PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO, LWOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XLII. — 1903.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1903.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLII „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Sprawozdanie ze Zjazdów lekarskich.

IV. Odcinek.

V. Sprawy Towarzystw lekarkich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

IX. Nekrologia.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny, Z. l. Zjazd lekarski, T. l. Towarzystwo lekarskie.

SPIS AUTORÓW

Rok XLII. Kraków, 3 Stycznia 1903. Nr. 1.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe **w Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38 **w Chicago** Dr. Bronisław Grabowicz, Milwauke **Av. Nr. 576.**

Rękopisy zwracają się tylko w razie **wyraźnego zastrzeżenia.**

Jeden numer osobno kosztuje **40 halerzy.**

Przedpłata wynosi:

	rocznie	półrocz.	kwart.
w Austryi	20 koron,	10 kor.,	5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	7 rubli.	3·50 rsr.,	1·75 rsr.
w Niemczech	16 marek,	8 marek,	4 marki.
we Francyi	30 frank..	15 frank.,	7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Treść:

Rok XLII. Kraków 3 Stycznia 1903. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Przeglądając piśmiennictwo dotyczące sprawy zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków, zauważyć możemy kilka okresów, przez jakie sprawa ta przeszła. Postawiona na porządku dziennym przez Credégo w roku 1881, wywołała znany powszechnie przewrót w postępowaniu w zakładach porodowych całego niemal świata i spowodowała pojawienie się mnóstwa prac, w których przeważnie potwierdzano spostrzeżenia Credégo. Nie brakło naturalnie i tutaj sporu o pierwszeństwo, nie brakło też wielu niefortunnych prób „ulepszenia“ znakomitego sposobu Credégo. Pojawiały się naturalnie sposoby zachwalane, ale też i używane tylko przez jednego autora i ustępowały rychło miejsca nowym. Wszystkie te „nowe“ sposoby miały jedną wspólną cechę: były one znacznie mniej pewne i najczęściej znacznie trudniejsze do wykonania, niż prosty i zupełnie pewny sposób Credégo, polegający, jak wiadomo, na wprowadzeniu do worka spojówkowego noworodka jednej kropli 2% roczczynu azotanu srebra.

Sposób Credégo przetrzymał zwycięsko ogniową próbę „ulepszań“ i nadeszła chwila, w której zaczęto poważnie myśleć nad tem, ażeby to, co stało się błogosławieństwem setek noworodków w zakładach publicznych, wyprowadzić poza mury tych zakładów i zabezpieczyć przez to i dzieci rodzące się poza klinikami od cierpienia tak często przyprawiającego je o ślepotę. W Niemczech rozpoczęto tę akcyą i tam też ją pogrzebano. Przyczyną, dla której zajmowała ona znacznie krócej, niżby to być powinno, umysły powołanych do tego ludzi, była ta okoliczność, że w r. 1885 berliński profesor położnictwa Karol Schröder, największa wówczas powaga, oświadczył się w urzędowej ocenie przeciw obowiązkowemu wprowadzeniu sposobu Credégo w praktyce akuszerek.

Orzeczenie to opierało się na dwóch motywach: 1) W przeciwstawieniu do ochronnego szczepienia ospy chodzić tu ma nie o zapobieżenie epidemiom, tylko poszczególnym przypadkom, a więc nie o ochronę ogółu, ale niektórych jednostek. 2) Znaczne zadrażnienie, jakie powoduje kropla dwuprocentowego azotanu srebrowego w oku noworodka, ma być tak podobne do pierwszych okresów rzeczywistego ropnego zapalenia, iż łatwo zdarzyć się może, że akuszerki, nie mogąc odróżnić jednego od drugiego, nie wezwą na czas lekarza w przypadku ropnego zapalenia, sądząc, że mają do czynienia z zadrażnieniem przez kamień piekielny. Karol Schröder był powagą i orzeczenie jego, bronione aż do ostatnich czasów przez wielu autorów, wystarczyło do usunięcia sprawy obowiązkowego zakraplania sposobem Credégo z porządku dziennego. O ile sprawa ta była i jest po dziś dzień pierwszorzędnej wagi, o tyle motywa Schrödera są zdaniem mojem, błahe i rzeczy zgoła nie rozstrzygające. Ochrona choćby nielicznych jednostek przed możliwą ślepotą jest przecież niewątpliwym obowiązkiem społeczeństwa, a poddawanie ogółu pewnym procedurom dla ochronienia tych jednostek jest tak długo usprawiedliwionem, dopóki się nie znajdzie sposobu odróżniania zupełnie pewnego noworodków narażonych na tę chorobę, od tych, które jej dostać nie mogą. Co się tyczy drugiego motywu, to zapewne raz i drugi stałby się mogło to, czego się Schröder też obawia, w każdym jednak razie zysk byłby nieporównanie większy, niż strata.

Orzeczenie Schrödera zamknęło drugi okres publikacyi, dotyczących tej sprawy. Nieliczne prace, które się pojawiały później, nie zmieniały zasadniczych na rzecz poglądów. Dopiero w roku 1896 pojawiła się praca Hermana Cohna, wywołana dyskusyą naukową w Tow. śląskiem, a oparta na skrzętnych badaniach i ogromnych liczbach statystycznych. Odkryła ona nagą prawdę i dowiodła, że znakomite wyniki sposobu Credégo w zakładach nie wpłynęły prawie zgoła na smutny stan poza zakładami: wykazała, że i po roku 1884 tysiące dzieci zapada na tę chorobę, a setki tracą wzrok. W konkluzyi domaga się Cohn wbrew orzeczeniu Schrödera, obowiązkowego wprowadzenia ochronnego sposobu Credégo w praktyce położniczej akuszerek.

W ostatnich paru latach widzimy wreszcie czwarty okres w rozwoju zajmującej nas tu sprawy: jest nim poszukiwanie środka, któryby mógł skutecznie zastąpić dwuprocentowy azotan srebrowy, nie drażniąc tak silnie oka. Okres ten różni się zasadniczo tem od pierwszych prób „ulepszenia“ sposobu Credégo, że występują tu same przetwory srebrowe, jak: argonina, itrol, octan srebrowy, protargol — nie zaś środki odkażające, jak sublimat, karbol, bor i t. d. Jest to naturalnem następstwem zrozumienia, że 1) ropne zapalenie oczów noworodków jest przeważnie rzeżączkowem i 2) że przetwory srebrowe działają swoiście przeciw rzeżączce.

I ten czwarty okres uważać dziś możemy za skończony. Z prac Piotrowskiego i Engelmanna widzimy, że w 10% roczczynie protargolu posiadamy środek, który działa bezwzględnie pewnie i nadaje się doskonale do użycia. Powołać się mogę tutaj na dwie prace Piotrowskiego, wykonane w moim oddziele, z których wynika, że udało nam się w 1030 po sobie następujących przypadkach uchronić noworodki, przed tem cierpieniem, że więc

mieliśmy 0% zakażeń spojówki. Jest to wynik pod każdym względem znakomity i lepszy od wyników, otrzymanych po użyciu jakiegokolwiek innego środka. Piotrowski zwrócił szczegółowo uwagę na objawy zadrażnienia, występujące po użyciu tego środka, wykazał, że są one tak minimalne, iż nie mogą wchodzić w rachubę, i słusznie wypowiedział twierdzenie, że nic nie stoi na przeszkodzie, ażeby środek ten dać do rąk położnym.

W znakomitych wynikach, otrzymanych po użyciu 10% protargolu, jest jeden szczegół uderzający: oto nie mieliśmy zapalenia ropnego oczu nietylko w pierwszych dniach po porodzie, ale nie widzieliśmy także tak zw. późnych zakażeń. Wiadomo, że zdaniem przeważnej liczby autorów zakażenie worka spojówkowego ma następować podczas porodu, lub bezpośrednio po porodzie, kiedy noworodek otwiera oczy. Zakażenia wtenczas nabyte mają się objawiać chorobą w pierwszych pięciu, lub jak niektórzy twierdzą, w pierwszych trzech dniach. Wszelkie późniejsze wystąpienie choroby dowodzić ma, zdaniem tych autorów, późniejszego zakażenia już w połogu przez przeniesienie zakaźnie działających odchodów połogowych do worka spojówkowego noworodka. Że takie późne zakażenie nastąpić może, — wątpić nie wolno; wszakżeż nietylko noworodek, ale i dorosłe osoby nabyć mogą w ten sposób ropnego zapalenia spojówki. Jeśli tak jest i jeśli wszelkie późne wystąpienie choroby dowodzić ma późnego zakażenia, wówczas zapobiegawcze zakroplenie protargolu bezpośrednio po porodzie nie może zmniejszyć liczby tych późnych zakażeń. Tymczasem widzimy, że dzięki 10% protargolowi zniknęły nie tylko wczesne, ale i późne zakażenia, z czego mamy prawo wyprowadzić wniosek, że jeśli nie wszystkie przypadki późnego rozpoczęcia się choroby (6—10 dnia), to przynajmniej ich większość jest następstwem zakażenia podczas porodu, a tylko okres wylęgania jest w tych przypadkach dłuższy. Dla poparcia tego zapatrywania dodam, że wskutek zupełnie niedostatecznych urządzeń w moim oddziele nie mogę niestety nic uczynić, ażeby późnemu zakażeniu zapobiedz; dzieci leżą w łóżku z matką, jest więc sposobności bardzo dużo do przeniesienia odchodów na spojówkę dziecka. Jeśli nadto uwzględnimy, że zdaniem Bumma ilość gonokoków w odchodach połogowych zwiększa się bardzo znacznie w pierwszych dniach połogu, to chyba dziwnem się wyda, że wystarczyło zapobiegawcze zakroplenie bezpośrednio po porodzie, ażeby usunąć pojawianie się tych późnych zakażeń.

To samo spostrzeżenie, które tu nastręczyło nam obserwowanie wyników po protargolu, widzieli i inni autorowie po użyciu innych środków zapobiegawczych; i tam późne zakażenia stawały się rzadszemi lub znikały. Obszernie zajmuje się tą sprawą H. Cohn. Zwracają na nią uwagę Koblanck, Kostlin, Glaeser i Ahlfeld. Ten ostatni zadaje sobie zupełnie usprawiedliwione pytanie, dlaczego te tak zw. późne zakażenie występują jednak w pierwszym tygodniu, a nie później n. p. w 3-cim lub 4-tym, kiedy matki zajmują się same dziećmi i mają najwięcej sposobności przeniesienia odchodów na spojówkę?

Wszystko to zmusza nas ostatecznie do przyjęcia, że okres wylęgania w tem cierpieniu trwać może rozmaicie długo i że choroba, występująca w pierwszych 7 dniach, jest najczęściej wynikiem zakażenia oka podczas porodu. Niezwykłej uprzejmości p. prof. Wicherkiewicza zawdzięczam statystykę przypadków ropnego zapalenia oka noworodków, leczonych w tutejszej klinice ocznej w ostatnich latach. W 54 przypadkach podany jest dzień rozpoczęcia choroby i tak: w pierwszych trzech dniach wystąpiło cierpienie u 23 noworodków, w następnych 4 dniach u 19 i to w 4-tym dniu u 6-ciu, w 5-tym dniu u 5-ciu, w 6-tym dniu u 4-ch, w 7-mym dniu u 4-ech. Począwszy od 8 dnia liczba ta spada nagle. Zestawienie to przemawia również za tem, że wszystkie przypadki, występujące w pierwszym tygodniu, są następstwem zakażenia podczas porodu, a dopiero w drugim zaczynają się pojawiać znacznie rzadsze przypadki, pochodzące z zakażenia podczas połogu. Przeciwko tym ostatnim, na szczęście nielicznym, nie pomoże naturalnie żadne zakraplanie zapobiegawcze; natomiast faktem jest, że tym najczęstszym przypadkom, zaczynającym się w pierwszym tygodniu, można napewno zapobiedz w sposób zupełnie pewny i zgoła nie niebezpieczny.

Nie ulega wątpliwości, że w dobrze prowadzonych zakładach położniczych sprawa zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek jest już dawno, bo od r. 1882, rozstrzygniętą. Pierwotna metoda Credégo daje bowiem tak dobre wyniki, że gdyby tylko o zakłady chodziło, nie wartoby było szukać innych środków. Tu jednak chodzi o co innego: tu chodzi o tę olbrzymią większość dzieci, rodzących się poza zakładami, które są w podwójnie złem położeniu: po pierwsze dlatego, że się nie czyni u nich nic, ażeby cierpieniu zapobiedz, a powtóre dlatego, że z chwilą wybuchu choroby nie znachodzą się one tak, jak dzieci urodzone w zakładzie, w opiece lekarskiej, przez co umiejętne leczenie zaczyna się zwykle za późno. Zestawienie przypadków klinicznych poucza, że na 51 chorych dzieci tylko 19 zaczęto leczyć w pierwszym tygodniu choroby, a tylko czworo w pierwszych dwóch dniach. Często zgłaszano się z dzieckiem dopiero po dwóch tygodniach, a w pięciu przypadkach po miesiącu. W jednym przypadku zasięgnięto porady lekarskiej dopiero w 3 miesiącu od rozpoczęcia choroby. Łatwo zrozumieć, że wobec takiej lekkomyślności, opartej o cały szereg zabobonów, powikłania ze strony rogówki wydarzać się muszą często. Na 56 przypadków klinicznych widziano je 18 razy, czyli w 32% przypadków. Jest to stosunek znacznie gorszy, niż to oblicza Schatz dla Wielkiego księstwa Mecklenburg-Schwerin, gdzie tylko 20% dzieci, cierpiących na ropne zapalenie spojówki, miało powikłanie ze strony rogówki. Jeśli przyjmiemy za Schatzem, że 7% dzieci chorych na obustronne ropne zapalenie spojówek traci wzrok, jeśli dalej uwzględnimy, że w 28 powiatach zachodniej Galicyi rodzi się rocznie około 100,000 dzieci, jeśli wreszcie przypuścimy, że podobnie jak w Mecklemburgu i w Szwajcaryi tylko 5‰ tych noworodków zapada na ropne zapalenie spójówek, to otrzymamy jednak pokaźną liczbę 35 ociemnień rocznie. Przyjąwszy, że połowa z tych dzieci umiera w pierwszych latach, — będziemy mieli jeszcze liczbę 17 ciemnych, którzy rokrocznie zasilać będą zastępy największych nędzarzy i najnieszczęśliwszych ludzi. Przekonany jestem, że liczba ta jest w rzeczywistości większa, nawet znacznie większa. We Wrocławiu było według obliczenia H. Cohna nie 5‰, ale 25‰ chorych na ropne zapalenie noworodków. Ale to wystarczy, żeby stwierdzić, że rząd i społeczeństwo, nie czyniące nic lub prawie nic, żeby temu nieszczęściu zapobiedz, obciążają sumienie swoje wielką odpowiedzialnością.

Zastanówmy się teraz, czy rzeczywiście nic zrobić nie można i czy to, co się robi, odpowiada celowi i wystarcza? Dla ułatwienia sobie odpowiedzi na te pytania podzielić musimy owe 100,000 rodzących na trzy kategorye:

1) Najliczniejsza kategorya, to te kobiety, które rodzą poza zakładem i bez pomocy akuszerek. Tych jest w zachodniej Galicyi, jak z zestawień Piotrowskiego wynika, 76%, czyli około 76,000.

2) Drugą kategoryę stanowią kobiety, które rodzą poza zakładem, ale pod opieką położnej. Tych jest około 22% czyli w Zachodniej Galicyi około 22,000.

3) Najmniej liczna kategorya, to te kobiety, które rodzą w zakładach. Stanowi ona mniej więcej 2% ogólnej sumy.

Otóż dla tej pierwszej najliczniejszej i jak łatwo zrozumieć najuboższej grupy kobiet nie uczyniło ani ustawodawstwo, ani społeczeństwo zgoła nic. Jeśli zważymy, że w tej sferze społecznej najwięcej jest przesądów i zabobonów, że właśnie w tej sferze wskutek tych przesądów grasują babki, to pojmiemy, że noworodki, chore na ropne zapalenie spojówek, dostają się bardzo późno, — często za późno pod opiekę lekarską. Tu więc najczętsze będzie nietylko zapalenie spojówek, ale także i ociemnienie.

Druga kategorya jest już w nieco lepszem położeniu; położne bowiem mają przepisy i jeśli się ich trzymają, mogą w niektórych przypadkach zapobiedz cierpieniu, w innych przyczynić się do wczesnego zasięgnięcia rady lekarskiej. Tu więc i choroba nie będzie tak częstą i ociemnienie rzadszem.

Trzecia kategorya, niestety bardzo nieliczna, zabezpieczona jest przed chorobą, a co za tem idzie przed ociemnieniem.

A teraz zachodzi pytanie, czy rząd i społeczeństwo mają prawo tolerować nadal ten stan rzeczy, i czy nie należy i nie można starać się o jego poprawę w pierwszej i drugiej kategoryi, t. j. tam, gdzie się dziś nie robi nic, względnie bardzo mało.

Rzecz napotyka na pewne trudności tam, gdzie chodzi o pierwszą grupę. Żadna ustawa dla położnych nie może tu naturalnie poprawić opłakanego stanu rzeczy, gdyż to są właśnie kobiety, które się obchodzą bez akuszerek. Tu trzeba zwrócić się bezpośrednio do tych matek, względnie ojców. Mamy w tym względzie przykłady, dające się u nas zastosować. Piotrowski podaje, że w Szwajcaryi wręczają broszurkę, pouczającą o niebezpieczeństwie tego cierpienia oczu — nowożeńcom. Nie sądzę, żeby to było praktycznem, gdyż normalnie upływa od ślubu do urodzenia się dziecka czas aż nadto długi, żeby treść takiej broszurki, chyba w dzień ślubu nieaktualnej, — doszczętnie zapomnieć, jeśli wogóle nowożeńcy ją przeczytają. Natomiast odpowiednim i praktycznym wydaje mi się sposób, proponowany przez niektórych autorów (Magnus), stósowany w Hawrze i na Ślązku pruskim. Tam wręcza się taką popularnie napisaną broszurkę osobie, zgłaszającej do urzędu, względnie parafii, urodzenie się dziecka, lub przynoszącej dziecko do chrztu. Zapewne możnaby zarzucić, że u nas za wielu jest jeszcze analfabetów, ażeby ten sposób mógł wpłynąć na poprawę stosunków. Nie sądzę, żeby tak było, gdyż 1) ilość analfabetów stale się zmniejsza, a 2) nawet człowiek, nie umiejący czytać, może się postarać o to, żeby mu rzecz tę kto inny przeczytał, n. p. dziecko szkolne lub sąsiad. Inna rzecz, że nie każdy po przeczytaniu broszurki zastosuje się do rad tam zawartych, ale bądź co bądź, tym sposobem możnaby przynajmniej coś niecoś osiągnąć i uczynić pierwszy krok na drodze, na którą wejść jest obowiązkiem. Napisanie takiej broszury i pokrycie jej kosztów nie powinno natrafiać na trudności w kraju, w którym naczelna władza sanitarna dowiodła przez zamianowanie okulisty inspektorem — doskonałego zrozumienia potrzeb ludności i troski o poprawę opłakanych stosunków. Nieporównanie łatwiej przedstawia się rzecz w drugiej kategoryi noworodków. Tam rząd przez zmianę ustawy dla położnych, zupełnie zdaniem mojem niedostatecznej, może znacznie poprawić stosunki. Ustawa ta, według mojego przekonania, powinna nakazywać położnym zakraplać obowiązkowo oczy każdego noworodka zaraz po porodzie 10%-roztworem protargolu. Dzisiejsza ustawa z dnia 10 września 1897 poleca położnej w ustępie 22 „pamiętać o ochronie oczu noworodka, aby przy ich otwieraniu nie wcisnęły się żadne nieczystości pomiędzy powieki“ i dodaje, że akuszerka winna „zaraz po porodzie otoczenie oczu oczyścić w sposób przepisany, a podany w podręczniku“. Wreszcie w tymże ustępie mówi ustawa, że „szczególniejsza uwaga konieczna jest wówczas, jeżeli położna dostrzeże chorobliwy wypływ z części płciowych ciężarnej kobiety“. Ten dodatek osłabia naturalnie tamte przepisy, gdyż *per contradictionem* uznaje przypadki, w których niema takiego wypływu, za niezasługujące na szczególniejszą uwagę.

Przeglądając piśmiennictwo, zajmujące się sprawą przymusowego zakraplania Credégo, nabieramy przekonania, że ta ustawa austryacka jest wyrazem zapatrywań przeważnej liczby autorów. Prócz nielicznych, którzy domagali się ustawowego w tym względzie przymusu, wszyscy inni uważali przymus taki za niemożliwy. Do tych ostatnich należy cały szereg autorów, jak Abegg, Ammon, Bayer, Bröse, E. Cohn, Cramer, v. Erdberg, Fleischhauer, Felsenreich, Koblanck, Nebel, Olshausen, Schatz, Silex, Schröder, Steffen, Valenta, Zweifel i wielu innych, których prac nie miałem pod ręką. Zastanawiając się nad motywami, które skłoniły tych autorów do sprzeciwiania się przymusowi zakraplania, nabieramy przekonania, że prawie wszyscy mieli tu na myśli zakraplanie 2% roztworem azotanu srebra (Credé), że więc powodowały nimi te same względy, którym dał wyraz Schröder w swojej wyżej przytoczonej opinii. Chodziło mu tu w pierwszym rzędzie o to, że azotan srebra jest środkiem zanadto drażniącym, ażeby można było narażać wszystkie dzieci na zapalny odczyn po użyciu tego środka. Tylko nieliczni, jak n. p. Bayer stają na innem stanowisku i uważają wszelki przymus w tym względzie za napad na osobistą wolność. To stanowisko nie jest, zdaniem mojem, słusznem, czego dowodzi, „*si licet parva componere magnis*“, przymusowe szczepienie ospy. Wprawdzie Nebel sprzeciwiając się ostro przymusowemu stosowaniu metody Credégo pisze „Und dabei kann nicht einmal als Milderungsgrund für diese Verurtheilung Unschuldiger etwa der Umstand angeführt werden, dass dadurch, wie bei der Schutzimpfung etwas für die Sicherung der Allgemeinheit geleistet würde;“ ale zdanie to pozbawione jest uzasadnienia. Owszem, ropne zapalenie oczu noworodka jest chorobą wielce zakaźną i jeśli nie w tym stopniu, jak w ospie, otoczenie takiego noworodka jest bądź co bądź na-

rażone na tę samą chorobę. Według Froebeliusa było w petersburskim zakładzie podrzutków w przeciągu 6 lat 2918 przypadków tej choroby u noworodków, a 345 u mamek!

Przepisy, zawarte w powyżej przytoczonym ustępie 22 ustawy dla położnych, nie są bynajmniej w stanie zastąpić takiego ustawowego przymusu. Ustawodawca wychodzi przedewszystkiem z fałszywego, a przynajmniej niczem niedowiedzionego założenia, że zakażenie oka następuje po urodzeniu się główki. Cały szereg przypadków dowodzi przeciwnie, że zakażenie nastąpić może już przed urodzeniem. W przypadkach Dubrisaya, Hirschberga, Blumera, Krukenberga, Feita i Kröniga dzieci przyszły na świat z już rozwiniętymi objawami cierpienia. Naturalnie w tych przypadkach poród trwał długo i okres wylęgania odbył się przed urodzeniem dziecka, podczas gdy w przeważnej liczbie przypadków znaczna część tego okresu wypada, z powodu krótkiego trwania porodu, na pierwsze dni połogu. Jeśli tak jest, to obmywanie powiek i otoczenia oczu wodą borową lub jakąkolwiek inną nie może żadną miarą zapobiedz cierpieniu. Sposób ten użytym być powinien obok zakroplenia 10% protargolu do worka spojówkowego.

Ustęp rozdziału 22, w którym mowa o „chorobliwym wypływie z części płciowych ciężarnej“ uważam również za nieodpowiedni, a nawet szkodliwy i to z dwóch przyczyn: raz dlatego, że kobieta może mieć „chorobliwy wypływ“, nie mający nic a nic do czynienia z rzeżączką i zgoła dla oka dziecka nieszkodliwy, a powtóre, że ciężarna może nie mieć żadnego wypływu, a przecież zakazić swój płód rzeżączką.

Każdy położnik zna przypadki silnych ropiastych upławów podczas ciąży u osób, które nie mają i nie miały nigdy rzeżączki i każdy położnik widział chyba w praktyce zapalenie rzeżączkowe oka noworodka, choć matka nie miała śladu upławów. Sam Credé sądząc, że tylko dzieci kobiet, które cierpią na upławy, są narażone na tę chorobę, zakraplał azotan srebra tylko u tych noworodków. Tymczasem zauważył, że i dzieci matek pozornie zdrowych zapadają na to samo cierpienie, ba, nawet 70 razy na 100 matki tych dzieci nie mają żadnych upławów. Leopold i Wessel udowodnili to spostrzeżenie badaniem bakteryologicznem, wykazali gonokoki w wydzielinie pochwy u kobiety, która nie miała upławów, a której dziecko dostało po porodzie zapalenia spojówek. Podobne badania robił Kroner i z całą stanowczością twierdzi, że fakt, iż kobieta ma lub nie ma upławów w ciąży, nie ma w rokowaniu dla dziecka najmniejszego znaczenia. Kroner badał sześć kobiet, których dzieci dostały ostrego ropnego zapalenia spojówek z licznymi gonokokami w wydzielinie. Kobiety te nie miały w ciąży ani śladu upławów. Na to samo zwraca uwagę Zweifel, dodając jeszcze, że matki noworodków, chorych na rzeżączkowe zapalenie spojówki, nie okazują „przeważnie“ śladu upławów. (meistens kein Ausfluss, keine Spur von dem, was man Tripper zu nennen pflegt, überhaupt keine Erkrankung nachzuweisen war). Dlaczego więc ustawa austryacka domaga się „szczególniejszej uwagi wówczas, jeżeli położna spostrzeże chorobliwy wypływ z części płciowych ciężarnej“, nie wiadomo.

W punkcie tym ustawa zdaje się skłaniać do stanowiska względnego przymusu (fakultativer Zwang), jakie zajmują niektórzy autorowie, i pozwala położnej wybierać między noworodkami, które uważa za narażone na zakażenie i takimi, które uważa za bezpieczne. Stanowisko to jest, jak z powyższych uwag wynika, z gruntu fałszywem, a przytem daje położnej sposobność do klasyfikowania kobiet na „zarażone“ i „niezarażone“, co, jak łatwo zrozumieć, pociągnąć może za sobą nieobliczalne przykrości. Łatwiej zresztą w wykładzie wytłómaczyć uczennicy, że pochwa każdej rodzącej jest na tyle nieczystą, że może spowodować zanieczyszczenia oka noworodka i zapalenie, niż wyjaśniać jej, że istnieje choroba zakaźna weneryczna, której istnienie lub brak u danej pacyentki może zresztą wykazać tylko bakteryologiczne badanie.

Tak więc ustawa dla położnych w ustępie, zajmującym się troską o oczy noworodka, nie odpowiada zgoła dzisiejszemu stanowi nauki i nie jest w stanie sprowadzić poprawy smutnego stanu rzeczy.

Zdaniem mojem § 22 ustawy dla położnych powinien brzmieć jak następuje:

„Już podczas porodu winna położna pamiętać o ochronie oczu noworodka, aby przy ich otwieraniu nie wcisnęły się żadne nieczystości pomiędzy powieki.

Ponieważ noworodki narażone są często na ciężkie zapalenie ropne oczu i to równie często takie, których matki nie okazują ani śladu chorobliwych upławów, przeto położna powinna jednakowo zwracać uwagę na oczy wszystkich noworodków.

Zaraz po urodzeniu winna położna otoczenie oczów u noworodka oczyścić kawałkiem waty, zamaczanej w 3% roztworze kwasu borowego, poczem po osuszeniu skóry powiek otworzyć palcami oko i puścić na rogówkę kilka kropli 10% roztworu protargolu“.

Akuszerkom gminnym i okręgowym powinne wydawać apteki protargol za receptą, podpisaną przez lekarza powiatowego, bezpłatnie; koszta tego leku powinien pokrywać rząd.

Obawy, które tu i ówdzie wypowiadano, że akuszerka 1) jest zanadto niezgrabna, żeby mogła należycie wykonać zakroplenie płynu do worka spojówkowego, 2) że ma ona za mało powagi i że wskutek tego publiczność nie pozwoli jej na takie manipulacye, — są tylko w części słuszne; na podstawie własnej obserwacyi stwierdzić mogę, że ogromna większość położnych doskonale da sobie radę z tym zabiegiem i przypuszczam, że opozycya ze strony rodziny nie będzie chyba częstą. Znam położne, które, idąc za moją radą, w każdym przypadku wpuszczają protargol do oczu noworodka — i nie spotkały się dotąd z opozycyą. Zresztą, tak tu, jak i w innych podobnych sytuacyach, *„per aspera itur ad astra“*. Popularna broszurka, o której wspomniałem, ułatwiłaby w wysokim stopniu położenie akuszerki i zmniejszyła opór rodziny.

Wiem, że dużo czasu minie i dużo wniknąć musi oświaty w społeczeństwo, zanim w tej sprawie staniemy u celu. Zrozumiałe są zabobony na punkcie leczenia w szerokich, przyrodniczo niewykształconych warstwach narodu, zrozumiałe, a więc i łatwe do wybaczenia.

Trudniej przyszłoby nam zrozumieć u władz, wydających ustawy i czuwających nad ich wykonaniem, wahanie się i brak decyzyi tam, gdzie chodzi o odwrócenie od setek i tysięcy ludzi największego nieszczęścia — ociemnienia.

II. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Nim przystąpię do skreślenia zaburzeń mowy, spostrzeganych w chorobach usznych, zamierzam przedstawić i wyjaśnić istotę afazyi wogóle, jej postacie, sposoby powstania i różne obecnie panujące w nauce poglądy na zaburzenia mowy.

WSTĘP.

Zaburzenia mowy, towarzyszące różnym chorobom nerwowym, organicznym i czynnościowym, oraz występujące w ich następstwie, znane były już oddawna i były często przedmiotem badań licznych autorów i różnych czasów. Atoli dopiero poszukiwania i prace ostatnich dziesiątków lat nadały nauce o zboczeniach mowy właściwy kierunek i wprowadziły ją na tory doświadczeń anatomów patologicznych i spostrzeżeń klinicznych.

Zboczenia mowy pod względem postaciowym, przyczynowym i umiejscowienia są tak różnorodne i przybierają nieraz pozory tak zawiłe, że dla zoryentowania się i łatwiejszego przeglądu odczuwano oddawna potrzebę ich rozklasyfikowania. Wprawdzie lekarze starożytni: Hippokrates, Galenus, Plinius mówią o utracie mowy w chorobach i zranieniach; pomimo tego jeszcze lekarze 17-go i początku 18-go wieku podciągali wszystkie postacie niemoty pod miano niemoty *(alalia)* i bezgłosu *(aphonia)*, które dopiero znacznie później powiodło się im rozróżniczkować. Podziałów dawniejszych (Frank, Sauvage, Klencke i inni w XVIII w., amerykański lekarz Rush w roku 1812), niepopartych dowodami anatomicznymi i fizyologicznymi, ani znajomością lokalizacyi mózgu, możemy obecnie nie uwzględniać, gdyż były zbyt niedokładne i polegały raczej na umysłowej spekulacyi.

Dopiero rozwój nauk przyrodniczych, pogłębienie psychofizyologii mowy i gruntowniejsze poznanie anatomii mózgu, rzucając nowe światło na funkcyę mowy wogóle, umożebniły dokładniejsze jej zrozumienie i określenie.

Cofając się wstecz do historyi rozwoju ludzkości, widzimy, że najstarożytniejsi ludzie zawsze porozumiewali się ze sobą zapomocą pewnych znaków, które w miarę postępu i rozwoju nabierały coraz doskonalszego wyrazu. Migi, głos i pismo stanowią trzy etapy w rozwoju ludzkiego porozumiewania się. Niezdolność wykonywania i rozumienia tych znaków, zapomocą których człowiek udziela drugiemu swoich wyobrażeń i uczuć, nazywano *asymbolia*. Kussmaul proponuje na to miano *asemia* i odróżnia: *as. expressiva*, t. j. niezdolność wyrażenia i *as. perceptiva*, t. j. niezdolność zrozumienia myśli, udzielanej zapomocą znaków, dalej *as. verbalis, graphica* i *mimica*, zależnie od rodzaju znaków.

Filozof i lingwista Steinthal rozróżnia trzy akty w mowie, mianowicie: 1) przygotowanie mowy w umyśle, 2) mowę wewnętrzną i 3) tworzenie się słów zewnętrznych, czyli wyrazów. Do mowy potrzeba zatem najprzód myśli i popędu uczuciowego do jej wyrażenia, poczem dobieramy słów potrzebnych, utrwalonych w pamięci i nareszcie wprawiamy w ruch przyrządy odruchowe mowy. Stosownie do tego dzieli Kussmaul wszystkie zaburzenia mowy na dwie gromady:

1) *Lalopathiae*, polegające na wadliwości czysto formalnego wyrażenia myśli w głoskach, zgłoskach, słowach i zdaniach. Tu należą: a) zaburzenia artykulacyjne, bądź pochodzenia ośrodkowego *(dysarthria)*, bądź też mechanicznego, polegającego na brakach i zmianach w obwodowych narządach mowy i ich nn. ruchowych *(dyslalia)* i b) zaburzenia mowy wewnętrznej, aktu zmysłowo-umysłowego, który łączy słowo, jako znak zmysłowy z wyobrażeniem i układa je według pewnych prawideł, gramatycznie i syntaktycznie dla wyrażenia myśli *(dysphasiae)*. Myśl wadliwą można wyrazić w formie nienagannej, i odwrotnie — zupełnie logiczne myśli mogą być wyrażone błędnie i niepoprawnie.

2) *Dyslogiae, logopathiae* albo *logoneuroses*, jeżeli sposób myślenia jest zakłócony, wadliwy.

Ołtuszewski, poddając krytyce ten podział, wykazuje, że nie daje się on zastosować do patologii mowy, jakkolwiek jest słuszny pod względem psychologicznym. Racyonalniejszym i logiczniejszym, aczkolwiek również nie wolnym od zarzutów, jest na razie podział podany przez Ołtuszewskiego, oparty na zasadzie lokalizacyi zmian chorobowych, będących przyczyną zakłócenia mowy. Ołtuszewski rozróżnia:

1) Zaburzenia mowy, zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych narządu korowego mowy przy nienaruszonej inteligencyi, jako afazye lub dysfazye. Tu zalicza: niemowność pochodzenia korowego, przeważną część przypadków bełkotania, ewentualnie, wadliwego wymawiania u dzieci, u starszych plątanie sylab w porażeniu postępującem, niektóre przypadki mowy nosowej, jąkanie i trzepotanie.

2) Zboczenia mowy, wskutek zmian znachodzących się niżej kory mózgowej, a zatem w białej istocie podkorowej, w ośrodkach opuszkowych, w mięśniach i nn. obwodowych i w narządach artykulacyjnych, jako zboczenia w artykulacyi mowy *(anarthriae* i *dysarthriae)*. Tu zalicza: niemowność pochodzenia podkorowego, jak bełkotanie u dorosłych w porażeniu opuszkowem, w wylewach krwawych do rdzenia przedłużonego lub jego ucisku, przy wyroślach gruczołowatych we wczesnych okresach dzieciństwa, oraz w częściowem zajęciu ucha środkowego lub błędnika; dalej mowę nosową, zależną od rozszczepu podniebienia twardego i miękkiego, wadliwe wymawianie, spowodowane zmianami anatomicznemi w samym narządzie artykulacyjnym, jak guzy języka, nieprawidłowa budowa szczęk i t. p.

3) Wreszcie *dyslogiae*, t. j. zboczenia mowy, zależne od nieprawidłowego wątku myśli, od zaburzeń psychicznych u obłąkanych, głuptasów, idyotów i t. p.

Pomijając zatem choroby umysłowe, widzimy w podziale zaburzeń mowy dwa główne obozy autorów: jedni teoretycy z Kussmaulem na czele odróżniają *anarthriae*, jako zaburzenia artykulacyi, od niemowności (afazyi), zaburzeń wysłowienia, skojarzenia wyobrażenia z wyrazem, niezależnie od siedziby choroby. Drudzy — klinicyści (Ołtuszewski, Ziehen i in.), zaliczają do afazyi tylko te zaburzenia mowy, które mają siedzibę w korze mózgowej; wszystkie zaś inne, polegające na prawidłowej czynności narządów i mm. artykulacyjnych, na uszkodzeniu jąder i włókien nerwowych ni-

żej kory mózgowej — do zboczeń w artykulacyi mowy *(anarthria)*.

W niniejszej rozprawie mamy na oku przedewszystkiem zaburzenia, mające siedzibę w korze mózgu, a więc przedewszystkiem afazye. *„Aphasia“*, jest wyrazem, stworzonym przez Trousseau, na propozycyę uczonego greka Krysaphisa od α *privativum* i φάσις = mowa. Odróżniamy 2 główne typy afazyi.

1) Typ ruchowy, odśrodkowy, stanowi niemożność wyrażenia myśli i pojęć, niezdolność przyoblekania ustnie lub piśmiennie wyobrażeń w właściwe słowa, przy utrzymanej inteligencyi, rozumieniu mowy i pisma i przy dobrej czynności ruchowej narządu artykulacyjnego. Wiersz Mephistofelesa: „Wo Begriffe fehlen, stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein“ jest odwrócony. Pojęcie o przedmiocie, jego stosunkach i własnościach, jest prawidłowe, niemniej utrzymana jest czynność ruchowa narządu mowy, t. j. języka, warg, krtani i t. d.; nawet zgloski dają się czasem wytworzyć, a przecież słowa, odpowiadającego pewnemu pojęciu, nie sposób wymówić. Czasem taki chory jest w stanie wypowiadać niektóre słowa, krótkie zdania bez związku, które może wypowiedział w ostatniej chwili przed porażeniem i które przeto zostały mu jeszcze w pamięci. Powtarza on je ciągle, niemi odpowiada na każde pytanie, bo jedynie niemi tylko rozporządza, mimo że pytanie z jednej strony i niedorzeczność swojej odpowiedzi z drugiej, doskonale rozumie. Czasem chory mówi, używając innych wyrazów, fałszywych zgłosek i słów, nie odpowiadających jego wyobrażeniom i myślom. Ta postać zboczeń mowy nazywa się afazyą ruchową, afazyą Broca, afazyą atakt yczną (Kussmaul), afazyą ekspresyjną, albo odśrodkową, gdy polega na przerwaniu drogi odśrodkowej, ekspresyjnej drogi, służącej od pojęcia do słowa.

2) Drugi główny typ afazyi stanowi niemożność percepcyi wyrazu słyszanego lub pisanego przy utrzymanej inteligencyi i dobrym słuchu. Chory taki słyszy zresztą dobrze, czasem mówi także nie źle, ale nie jest w stanie połączyć słyszanego wyrazu z odpowiedniem wyobrażeniem, jak gdyby słyszał obcy, nieznany mu język. Tę formę nazywano afazyą sensoryczną (Wernicke), afazyą czuciową, afazyą wyrazową (Ołtuszewski), głuchotą duchową *(Seelentaubheit, Worttaubheit.* Kussmaul). Tu przerwana jest droga odbierania wrażeń, percepcyjna, dośrodkowa, t. j. od słowa do pojęcia. Droga odbierania wrażeń może być nienaruszoną i prawidłowo czynną bez drogi ekspresyjnej, t. j. ktoś może wszystko rozumieć co słyszy i być przytem niemym, lecz nie odwrotnie, gdyż w zwykłych warunkach może tylko ten uczyć się mówić i pisać, kto słyszy i widzi; bez słuchu i wzroku zaś mowa i pismo nie mogą być całkiem prawidłowe.

W skład gromady afazyi wchodzi aleksya, t. j. utrata możności czytania przy utrzymaniu zdolności widzenia i agrafia, t. j. utrata możności pisania przy nienaruszonej ruchomości ręki.

Przy roztrząsaniu spraw afatycznych idzie przedewszystkiem o rozwiązanie i wyjaśnienie trzech nas obchodzących zagadnień: I. W jaki sposób afazya powstaje? II. Jakie są jej objawy, oraz typowe i atypowe postacie? III. Gdzie leżą wywołujące je zmiany? Oto główne nas obchodzące pytania, na które mamy dać odpowiedź.

I.

Pierwsze pytanie najlepiej można rozwiązać, jeżeli sobie przedstawimy, w jaki sposób mowa fizyologiczna powstaje i jakiemi drogami się odbywa. Otóż dla mowy mamy narząd zawikłany, składający się ze zwojów i dróg nerwowych, zajmujący po części najwyższe organa inteligencyi i woli, po części narządy odruchowe w mózgu. Wszystkie te ośrodki, komórki zwojowe i włókna nerwowe zostają dopiero przez ćwiczenie, wychowanie i naukę ze sobą skojarzone i wprawione do służenia mowie. Dopiero przez mówienie wytwarzamy i udoskonalamy ośrodkowy narząd mowy. Podobnie jak mięśnie i stawy, ośrodki mózgowe podlegają także wpływowi ćwiczeń Związek, który przez ćwiczenie narządów ośrodkowych powstaje między ogniskami uczucia, wyobrażenia i ruchu nazywamy „przyzwyczajeniem“. Jeżeli pewien ruch schodzi się często z pewnem uczuciem albo wyobrażeniem, to powstaje między nimi takie połączenie ścisłe, że później mocą przyzwyczajenia to samo uczucie lub wyobrażenie pociąga za sobą już mimowoli i bezwiednie ten ruch. Wynaleźć drogi i sposoby, którymi ruchy potrzebne dla mowy się rozwijają i później się odbywają — jest zadaniem fizyologii mowy.

Pierwsze ruchy, służące mowie, polegają na czynności psychicznej, wynikłej z wrodzonej zdolności tworzenia znaków i symbolów w celu porozumienia się, *facultas signatrix* Kanta. Takich znaków jest trzy rodzaje: migi, głos i pismo, które przedstawiają trzy okresy w rozwoju ośrodka porozumienia się ludzi między sobą. Rozwój głosu, a raczej mowy, uskutecznia się u każdego dziecka w sposób podobny, jak w dziejach rozwoju ludzkości wogóle, t. j. znów przez trzy fazy. W pierwszym okresie mowa występuje jako *interjectio,* t. j. wykrzykniki, będące wyrazem poczucia ogólnego i odruchowego popędu mięśniowego, podobnie jak u dzieci powstają ruchy kończyn. Drugi okres polega na tak zw. *onomatopoesis,* t. j. na popędzie naśladowania wrażeń słuchowych, dźwięków doznanych w naturze, jak plusk deszczu, szmer strumyka, świst wiatru, albo głosu zwierząt, np. szczekania psów, rzechotania żab i nareszcie głosu i mowy człowieka. — *Facultas signatrix* istnieje także u zwierząt; nie dochodzi tu jednak do wytworzenia słów, z powodu szczątkowego rozwoju ich pierwiastku intelektualnego i braku potrzebnego do tego zmysłu i popędu duchowego. Dzieci natomiast są od urodzenia obdarzone tym zmysłem i popędem i naśladując nieświadomie, zaczynają mówić. Wyjątkowo widzimy tę zdolność u zwierząt, jak np. u papugi. Naśladowanie to polega zatem na odruchu, odbywającym się za pośrednictwem narządu słuchowego, według doświadczeń Vulpiana w rdzeniu przedłużonym, jak zaś wykazały doświadczenia Danilewsky'ego — w mózgowiu. Trzeci nareszcie stopień rozwoju mowy stanowi zdolność samodzielnej mowy, wyrażania myśli w słowach. (C. d. n.).

III. Wyciągi.

Breuer (Wiedeń). **Leczenie, oraz patogeneza dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 39, 40 i 41, 1902). W sprawie patogenezy prawdziwej dusznicy bolesnej, łącznie z jej dwoma głównymi objawami (silnym zazwyczaj podmostkowym bólem, rozpromieniającym się ku kończynom, a czasami i łopatkom i uczuciem śmiertelnej trwogi, gwał-

towej ciężkości na piersiach), zajmuje autor podobne stanowisko jak Potain, Huchard i inni, mianowicie, że w takich przypadkach następuje nagły brak krwi (*ischaemia*) w sercu. Prawdziwa dusznica bolesna rozwija się zawsze skutkiem zwapnienia tętnic wieńcowych lub ich ujść; — napad występuje wówczas, jeżeli mięsień sercowy zmuszony jest do większej pracy, lub jeśli parcie tętnicze jest z jakiegokolwiek powodu podwyższone, n. p. po większych wysiłkach fizycznych, po obfitem jedzeniu, spaniu w położeniu poziomem itd.

Już w r. 1895 stosował Askenazy w podobnych przypadkach diuretynę z pomyślnym wynikiem i ogłosił też pracę, która zachęciła autora do podawania tego przetworu w dychawicy sercowej (*asthma cardiacum*) i prawdziwej dusznicy bolesnej: Breuer jest tak rozentuzyazmowany wynikiem takiego lekowania, że je zalicza do najświetniejszych zdobyczy ostatnich czasów. Oczywista rzecz, że teobromina nie znajduje zastosowania podczas samego napadu, lecz w międzyczasie, jako środek zapobiegawczy przed dalszymi napadami. We wszystkich przez autora przytoczonych przypadkach napady występowały pod wpływem diuretyny rzadziej i to z widocznie mniejszem nasileniem, — czasami nawet zupełnie znikały. Srodek ten działa tylko tak długo, jak długo bywa podawanym; — atoli może być stosowanym przez całe tygodnie. Najczęściej używano diuretyny (*theobrominum natrio-salicylicum*) w rozczynie wodnym z dodatkiem wody miętowej, lub też w proszkach po 0·50 na dawkę; dzienna dawka wynosiła zazwyczaj od 3 do 3·50 grm., przyczem wskazanem jest, by tę dawkę równomiernie rozdzielić na 24 godzin, aby chory, — jeśli tego zachodzi potrzeba, — i w nocy mógł zażywać. Stosowano także *theobrominum natrio-benzoicum*, *theobrominum lithium salicylicum*, a w ostatnich czasach i *theobrominum natrio-aceticum* 2 do 2·50 grm. dziennie, lub czystą teobrominę w ilości 1·50 do 2 grm. dziennie. Skoro ilość napadów się zmniejsza, można dawkę stopniowo zmniejszyć. Oprócz dusznicy bolesnej skutkiem miażdżycy tętnic wieńcowych, wad zastawkowych w tętnicy głównej, tętniaków, nadużycia tytoniu i t. d. nadają się do opisanego leczenia i te przypadki dusznicy, które objawiają się w postaci kurczów żołądkowych, gwałtownych bólów brzucha, a uważanych przez autora również jako następstwo zwapnienia aorty brzusznej, lub jej gałązek (Nothnagel).

Działanie teobrominy wyjaśnia Breuer w ten sposób, że uważa ją jako środek działający wprost na naczynia i to nie w pojęciu jak azotan amylowy, który natychmiast działa rozszerzająco na poszczególne naczynia, lecz zmniejszając nadmierną pobudliwość naczyń miażdżycowo zmienionych, zapobiega w ten sposób wystąpieniu napadów; możliwą jest także rzeczą, że obniża parcie krwi. W końcu zaznaczyć należy, że i Nothnagel także znakomite otrzymał wyniki w odnośnych przypadkach po zastosowaniu diuretyny.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze).

Cybulski (Görbersdorf). **Przyczynek do rozpoznania jam gruźliczych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 44, 1902). Oprócz dotychczasowych metod, służących do wykazania jam gruźliczych, proponuje autor nowy sposób, który go prawie zawsze doprowadził do celu. Badający zbliża swoje ucho do szeroko rozwartych ust chorego, przyczem ten ostatni o ile możności głęboko oddycha. Słychać wówczas znamienne rzężenia, które są typowe dla jam gruźliczych; — osłuchiwanie płuc, dokonane zwykłym sposobem, stwierdza tesame objawy. Rzężenia w ten sposób słyszalne odróżniają się swoim charakterystycznym dźwiękiem, niemniej swojem umiejcowieniem od rzężeń, powstających w tchawicy. Dokładnie można rozpoznać, że pochodzą z głębi płuc, a rzężenia drobnobańkowe wskazują na pochodzenie z cienkich gałązek oskrzelowych.

Dr. Pisek (Podgórze).

Bezançon i Labbé. **O leukocytozie w chorobach zakaźnych.** (*Presse médicale* 1902, Nr. 90). Większości chorób zakaźnych towarzyszy hiperleukocytoza; spostrzegano aż do 115.000 leukocytów w 1 mm³. Leukocytoza może dotyczyć przeważnie ciałek wielojądrzastych i wtedy mamy polynukleozę, lub jednojądrzastych, a wówczas mamy do czynienia z mononukleozą. Hiperleukocytozę wielojądrzastą spostrzegamy przeważnie w zapaleniach miejscowych, w ropówkach, w ostrem ropieniu miąższowem lub w błonach surowiczych, oraz w ostrych stanach zapalnych, połączonych z miejscowym obfitym wysiękiem włóknika i znacznem przepacaniem (diapedezą) ciałek białych, jakoto: w róży, zapaleniu płuc, rzeżączce, w nieżytach gardła, ostrym gośćcu stawowym, podobnież w błonicy, posocznicy i t. p. Hiperleukocytoza jednojądrzasta pojawia się w niektórych swoistych chorobach ostrych, jak w zapaleniu gruczołu przyusznego i krztuścu; przeważnie jednak napotykamy ją w pewnych okresach chorób przewlekłych, np. przymiotu i gruźlicy. Także w ospie i ospicy, o ile leukocytoza bywa, pojawia się w takim razie w postaci mononukleozy. Stany durzycowe, durzyca i zimnica cechują się zmniejszoną liczbą ciałek białych, to jest hipoleukocytozą, czyli leukopenią z względną przewagą ciałek jednojądrzastych. Odra zbliża się do tego typu. Przy leukopenii liczba ciałek białych może się zmniejszyć do 2000 lub 1000 w 1mm³.

W chorobach z hiperleukocytozą wielojądrzastą objaw ten idzie w parze z przebiegiem choroby i zwykle z nastaniem zdrowienia, a względnie z ustaniem gorączki, powraca fizyologiczna równowaga pierwiastków krwi. W chorobach z mononukleozą bez względu na to, czy istnieje leukocytoza, czy też jej brak, krzywa ciałek białych nie idzie w parze z krzywą gorączki; stanowi zdrowienia po tych chorobach towarzyszy odwrotnie wzmożenie się mononukleozy, oraz pojawienie się postaci przejściowych. Stałym objawem, cechującym zarówno choroby przebiegające z polynukleozą, jakoteż z mononukleozą, jest ponowne pojawianie się i to nawet w znacznej liczbie ciałek eozynochłonnych, które zniknęły podczas choroby tak, że eozynofilię można uważać wprost za objaw zdrowienia w chorobach zakaźnych.

Każda choroba zakaźna z osobna nie posiada specyalnej sobie właściwej formy stanu leukocytów. Formuła ta ma tylko znaczenie pomocnicze, oryentacyjne. Tak n. p. u gorączkującego z stanem durzycowym stwierdzenie hiperleukocytozy z polynukleozą zwróci naszą myśl ku postaci durzycowej zapalenia płuc, lub posocznicy. W tychsamych warunkach leukopenia z mononukleozą przemawiać będzie za durem, lub zimnicą. Badanie krwi w gorączce przepuszczającej pozwoli nam odróżnić zimnicę od zakażenia żółciowego, moczowego lub głębokiego ropienia. W chirurgii hiperleukocytoza z polynukleozą może przyczynić się do rozpoznania zapalenia ślepej kiszki w odróżnieniu od krwisteku zamacicznego. W gorączkach osutkowych może posłużyć do oryentacyi fakt, że na płonicę wskazuje hiperleukocytoza z wybitną polynukleozą, ospę cechuje wybitna mononukleoza i pojawienie się we krwi myelocytów, a w odrze stosunek wzajemny ciałek białych bardzo nieznacznie tylko się zmienia.

Podobnie jak w stanie fizyologicznym, istnieje średnia równowaga leukocytów we krwi w stanach patologicznych, niezmienna, określona dla każdego stanu chorobowego. Każde zboczenie od tej przeciętnej w jednym lub drugim kierunku wskazuje na ciężkość postaci chorobowej. Leukopenia jest znakiem ciężkiego stanu i wyrazem niedostatecznego oddziaływania narządów krwiotwórczych; średnia leukocytoza wskazuje na to, że ustrój się broni; hiperleukocytoza z polynukleozą jest znamieniem uporczywego i silnego zakażenia i wytężonych wysiłków obronnych ustroju.

Stan leukocytów jest w związku także z jakością jadu i ze stanem odporności zajętego terenu. Jest on wyrazem odczynów miejscowych, wynikłych z zetknięcia się z drobnoustrojami, oraz odczynów wtórnych, powstałych w narządach krwiotwórczych. Leukocytozy wielojądrzastej używa ustrój w przypadkach nagłych ostrego zakażenia w celu koniecznej obrony. Jest ona dostatecznem odparciem w lekkich zakażeniach, przy małej jadowitości zarazków; atoli nie wystarcza w walce z silnem zakażeniem. W tych ciężkich przypadkach posługuje się ustrój leukocytozą jednojądrzastą. Dlatego też zakażeniom z polynukleozą, jako tylko przejściowym i powierzchownym odczynom, towarzyszy tylko przejściowa odporność ustroju, podczas gdy zakażenia z mononukleozą pozostawiają po sobie trwałą odporność ustroju przeciw dalszym zakażeniom. *Dr. M. Blassberg.*

P. Ruitinga. (Amsterdam). **Serodyagnostyka gruźlicy.** (*Zeitschrift für Tuberculose*. Tom III, Zeszyt 6, 1902). Po krytycznem zestawieniu wyników, które różni badacze otrzymali w sprawie rozpoznawania gruźlicy na podstawie aglutynacyjnych własności surowicy, opisuje autor własne doświadczenia, dokonane na ludziach i bydle rogatem. Wyniki tych doświadczeń są tak chaotyczne i tak dalekie od wyników Arloinga i Courmonta, twórców serodyagnostyki gruźlicy, że metodę tę uważać należy przynajmniej na razie za pozbawioną wszelkiej wartości. Autor badania swe podzielił na kilka grup: w pierwszej badał chorych przychodnich, u których klinicznie gruźlicy stwierdzić nie można: w drugiej — chorych gruźliczych, w trzeciej — dotkniętych wilkiem, w czwartej wreszcie — dotkniętych gruźlicą t. zw. chirurgiczną. Wszędzie wyniki pomięszane, różne w jednakich warunkach tak, że żadnej reguły, żadnego wniosku wypowiedzieć nie można. N. p. z pośród 20 badanych w pierwszej grupie u 11 wynik był dodatni, u 9 ujemny. Sądząc z tego metoda Arloinga byłaby bezużyteczną, gdyby nie dane anatomopatologiczne, czyniące bardzo wątpliwem przypuszczenie, że z owych 11-tu chorych żaden nie jest dotknięty gruźlicą, jakkolwiek klinicznie jej nie wykazano. Idąc za zdaniem Arloinga, możnaby przypuścić, że surowica ludzi gruźliczych przez długi czas po wyleczeniu zachowuje swe aglutynacyjne własności, ale znów wobec tego próba aglutynacyjna traci swą wartość, gdyż nie daje odpowiedzi, czy obecny stan chorego jest wynikiem istniejącej, czy też już leczonej gruźlicy. Można też i inaczej tłómaczyć dodatnie wyniki

próby u niegruźliczych, mianowicie, że surowica nabiera aglutynacyjnych własności względem prątków Kocha nietylko z powodu zakażenia gruźliczego, lecz i z innych jakichś przyczyn, że więc prócz swoistych „aglutynin“ mogą krążyć we krwi i nieswoiste. Wiadomo np. że pewne przetwory chemiczne (alkohol, formalina, sublimat, safranina, wezuwina i t. d.) powodują aglutynacyę prątków durowych. Omawiana metoda mogłaby mieć pewne znaczenie, gdyby chociaż znanymi nam były warunki, w których próba daje wynik ujemny mimo istniejącej gruźlicy. Niestety tak nie jest: Arloing i Courmont chcieli tłómaczyć ujemne wyniki w niewątpliwie istniejącej gruźlicy szybkim przebiegiem choroby, lub jej dalekiem posunięciem; badania jednak autora tłómaczenie to obalają. W przypadkach wilka i gruźlicy chirurgicznej wyniki badań również stwierdzają bezużyteczność metody Arloinga. *Z. Czaplicki.*

R. Link (Freiburg). **Leczenie jednostronnego nacieku szczytowego zapomocą ułożenia chorego.** (*Zeitschrift für Tubercul.* III, 6, 1902). Wiadomo, że ludzie z wadami sercowemi lub ze skrzywieniami kręgosłupa, a więc ze stałym zastojem w płucach, rzadziej podlegają gruźlicy, przytem gruźlica u nich ma widoczniejszą skłonność do zabliźniania się. Biorąc powyższy fakt za punkt wyjścia, autor proponuje leczyć jednostronne nacieki szczytowe zapomocą sztucznie wytworzonego zastoju w chorem płucu przez kilkogodzinne leżenie na stronie chorej: siła ciężkości ma tu być głównym czynnikiem. O ile stałe ułożenie na chorą stronę nie wpływa drażniąco na kaszel, to metodę tę da się stosować z łatwością, a ma ona jeszcze tę zaletę, że zapewnia względny spokój choremu płucu, o czem można się przekonać przez osłuchiwanie chorego, leżącego na boku; szmery oddechowe są wtedy cichszo, niż po stronie drugiej. *Z. Czaplicki.*

Leiser. **Przewodnictwo dźwięków przez powietrze, a przez kość.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). Ogólnie znaną jest z fizyki zasada, że przedmioty twarde lepiej przewodzą dźwięk, niż powietrze. Taksamo rzecz musi się mieć i z narządem słuchu: i tutaj dźwięk przez kość łatwiej się przewodzi, niż przez powietrze. Ogólnie używane wyrażenie, że przez kość słyszy się gorzej, niż przez powietrze, polega na nieścisłości wyrażania się.

L. przekonał się, że przy ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych ucha środkowego strojnik słyszalny bywa lepiej uchem chorem od strony nietylko ciemienia, ale z innych miejsc: np. łokieć, rzepka, wyrostki kolczaste kręgów, mostek i inne miejsca mniej pokryte miąższem. Zjawisko to L. objaśnia sobie w ten sposób, że w sprawach zapalnych ucha środkowego podrażniony jest jednocześnie narząd Cortiego i wskutek tego jest niejako czulszy na dźwięk. Zjawisko, że strojnik od strony ciemienia słyszy się lepiej tem uchem, które jest zatkane palcem, objaśnia sobie L. tem, że zwiększa się współdźwięk. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grunert. **Przyczynek do nauki o pojawianiu się cukru w moczu w przebiegu zapalenia ucha.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). W piśmiennictwie istnieją o tym przedmiocie tylko bardzo niedokładne i pojedyncze wiadomości. Körner, Macewen wspominają o pojawianiu się cukru w moczu w przebiegu powikłań mózgowych pochodzenia usznego. Ulrich i Truckenbrod podają po jednym przypadku, kazuistyka ta jednak jest mało przekonywująca. Trzy lata temu spostrzegano w klinice usznej w Halli przypadek, w przebiegu którego ropienie uszne wikłało się zmianami w czaszce; pojawił się cukier w moczu; przypadek ten jednak był niedokładnie obserwowany. G. podaje dwa odpowiednie przypadki, spostrzegane w klinice usznej w Halli. W jednym przypadku (*Otitis med. sup. chr.*) wykonano atyko-antrotomię, odsłonięto oponę twardą i nacięto ją z powodu znacznego jej napięcia: odpłynęła znaczna ilość cieczy przeźroczystej. Cukier zaraz po operacyi znikł z moczu. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku (*Otitis med. sup. ac.*) wykonano trepanacyę, przyczem otworzono ropień około zatoki poprzecznej. Cukier znikł na trzeci dzień po operacyi. Chory wyzdrowiał.

U obydwóch chorych po przybyciu do kliniki nie znaleziono cukru w moczu; dopiero w czasie pobytu w klinice w jednym i w drugim przypadku pojawił się cukier. G. wstrzymuje się od tłómaczenia przyczyn pojawiania się cukru w moczu w tych przypadkach, przypuszcza jednak, że tutaj wchodzą w grę te same czynniki, jak i w innych przypadkach. Znany jest także przypadek Bacona, w którym w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego pojawił się przemijający cukromocz. *Dr. Teofil Zalewski.*

Judson Bury. **Dwa przypadki drżączki poraźnej w tejsamej rodzinie: polepszenie pod wpływem hyoscyny.** (*The Lancet*, 19 kwietnia 1902). Praca ta jest zajmująca głównie z następujących względów: typowe objawy drżączki poraźnej wystąpiły u rodzonych brata i siostry; choroba rozpoczęła się w stosunkowo wczesnym wieku; wreszcie nastało wyraźne polepszenie po leczeniu hyoscyną. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły w postaci osłabienia nóg i skłonności do upadania na twarz; brat liczył wtenczas 35 lat życia, a siostra 18. Wywiady nie wykazały, ażeby tu zadziałał przestrach, uraz, lub jakakolwiek choroba. Za jedyny czynnik przyczynowy można było przyjąć warunki zajęcia: oboje pracowali w fabryce tkackiej, brat musiał często wychodzić z bardzo gorącego pokoju na zimno, a siostra ciągle dotykała rękami wilgotnej i chłodnej przędzy. Z historyi tej rodziny zaznaczyć należy, że według słów chorych dwie ich siostry cierpiały również na drżączkę poraźną; jednak tego ważnego szczegółu stwierdzić nie udało się. Siostry pomarły w wieku lat 16 i 25. U obojga omawianych chorych obraz drżączki poraźnej był zupełnie typowy. Chorzy byli w zakładzie dwa razy: pierwszy raz 11 tygodni, drugi raz po roku i 5 tygodni. Leczenie za każdym razem polegało na mięsieniu i podawaniu hyoscyny.

Lek ten z początku zastrzykiwano podskórnie (od 0,00024 do 0,0005 raz dziennie); wobec tego, że od większych dawek wystąpiły nudności, suchość w ustach i zawroty głowy, trzeba było zaprzestać wstrzykiwań. Potem B. podawał hyoscynę wewnątrz według przepisu Williamsona, który polega na tem, że rozpuszcza się 0,0075 *hyoscini hydrobromati* w 180,0 wody chloroformowej; z początku daje się dwie łyżeczki od kawy dziennie, potem trzy, cztery do pięciu. W razie potrzeby można podnieść dawkę do sześciu łyżeczek dziennie (0,001 hyoscyny), o ile nie występują objawy zatrucia. Hyoscynę najlepiej podawać rano natychmiast po śniadaniu i wieczorem przed samym snem, jeżeli chory cierpi na niepokój i bezsenność. W przypadkach B. chorzy doszli do 0,000625 hyoscyny i pod wpływem tego leczenia nastąpiło wyraźne polepszenie: niepokój, nawał krwi do głowy znacznie się zmniejszyły; drżenie zmalało także; polepszyły się nawet chód i postawa chorych. Autor przychyla się do zdania Williamsona, iż hyoscyna jest najbardziej skutecznym środkiem w leczeniu drżączki poraźnej. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Stekel (Wiedeń). **Przyczynek do patologii i terapii grypy.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 44 i 45, 1902). Na zasadzie starannych spostrzeżeń, przeprowadzonych w ciągu kilku ostatnich lat nad grypą, podaje autor niektóre nader ważne wskazówki, mające wielce ułatwić rozpoznanie tej choroby. Zwracając pilnie uwagę na okolicę podniebienia i krtani u dotyczących chorych, można niejednokrotnie widzieć włóknisto-białe miejsca, przeświecające z pod błony śluzowej, które, usadowiwszy się przypadkowo na migdałkach i wikłając się z rzekomym dławcem, mogą przedstawić obraz prawdziwej błonicy. Taka błonica grypowa różni się od prawdziwej tem, że rozpoczyna się w większości przypadków od nieżytu oskrzeli; śledziona jest zazwyczaj powiększona, naloty na migdałkach są barwy żółtawo-białej i są usadowione na prawidłowej, nie zmienionej (nie ciemno-czerwonej) błonie śluzowej; nadto surowica przeciwbłonicza pozostaje zupełnie bez skutku, podczas gdy wysoka dawka chininy sprowadza natychmiastową prawie poprawę. Także i zmiany w narządzie krążenia w postaci niemiarowego, przyspieszonego lub zwolnionego tętna (Schott, Ernst), lub wreszcie jako zapalenie osierdzia i wsierdzia, wskazują na grypę.

W sprawie leczenia zaznaczyć należy, że autor jest zwolennikiem wysokich dawek chininy; — inne zabiegi nie odstępują od zwykłych prawideł. *Dr. Pisek* (Podgórze).

L. Frank. **Pierwotna gruźlica wątroby.** (*Amer. Journ. of Med. Scienc.* — *Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19-go kwietnia, 1902 r.). Po opisaniu spostrzeganego przez się przypadku gruźlicy wątroby, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) pierwotna gruźlica wątroby, chociaż rzadko, lecz się zdarza; 2) zakażenie wychodzi z jelit przez układ żyły bramnej; laseczniki znajdują się w owrzodzeniach jelitowych; 3) gruźlica wątroby następowo może przejść na inne narządy brzuszne i na otrzewnę; 4) w sprawie tej może przyjść w wątrobie do znacznego przerostu tkanki łącznej (marskość wątroby); 5) choroba kończy się zwykle śmiercią w ciągu roku. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Czystowicz. **W sprawie kamieni żółciowych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Cz. przytacza przypadek posocznicy przewlekłej, której przyczyny nie mogli wykryć najlepsi interniści w Petersburgu: jedni szukali jej w płucach, przypuszczając ropień płucny, inni zaś podejrzywali nowotwór w jelitach. Sekcya wykazała, że przyczyną był owrzodziały pęcherzyk żółciowy, który zawierał 12 kamieni. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Rejn. **Rak jelit grubych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Nowotwory jelit grubych zdarzają się dość rzadko. Na 41.865 sekcyj w moskiewskim Instytucie anatomo-patologicznym naliczył autor od r. 1870 do 1893 3585 przypadków nowotworów rakowych, w tej liczbie rak kiszki grubej zaledwie w 164 przypadkach. Mięsaków na 21.358 sekcyj od r. 1881 do 1893 było 274

i 64 chłoniakomięsaków (lymphosarcoma). Największą liczbę nowotworów jelit podał de Boris, który zebrał 426 przypadków; następnie Körte opisał 51, Schiller 18, König 7 i t. d. Własnych przypadków miał autor 3. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kofeina w leczeniu dzieci. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, listopad). Kofeina działa na ustrój człowieka podniecająco: zwiększa siłę skurczów serca i pobudza czynność oddechową. Jestto więc środek, który bynajmniej nie zaoszczędza sił ustroju; owszem, wydobywa z niego i zużywa ostatnie zapasy energii. Ztąd wielka ostrożność, wskazana w stosowaniu tego środka wogóle, musi być tem ściślej zachowana u dzieci, u których, jak wiadomo, układ nerwowy jest tak bardzo pobudliwy.

Według Rousseau-Saint-Philippe wskazania dla podawania kofeiny u dzieci są następujące:

1. Osłabienie ogólne ustroju, objawiające się miękkiem uderzeniem serca, licho napiętem tętnem, nizką ciepłotą, skąpą ilością moczu i sennością dziecka. Ze stanem tym często spotykamy się w przebiegu cholery dziecięcej, lub nawet zwykłej gwałtownej biegunki. 2. Niektóre przypadki chorób osutkowych, zwłaszcza odry, gdzie przekrwienie dróg oddechowych jest bardzo znaczne, krążenie płucne w wysokim stopniu upośledzone. Tu energiczne pobudzenie sprawności serca może usunąć chwilowe rzeczywiste niebezpieczeństwo porażenia tego narządu. 3. Niespodziewany zapad w ciągu, a zwłaszcza ku końcowi błonicy. Zapad taki nierzadko występuje wtedy, gdy zmiany miejscowe szczęśliwie ustąpiły, a wyleczenie zdawało się bardzo blizkie i pewne. Energiczna dawka kofeiny podtrzymuje tutaj czynność serca i nerek i pozwala na przetrzymanie groźnej chwili. 4. Obawa zapadu w przebiegu duru brzusznego (osłabienie pierwszego tonu serca). 5. Przewlekłe nieżytowe wtórne zapalenia płuc (po krztuścu lub grypie) z objawami ognisk opadowych i niedodmy.

Poza tymi dość ściśle określonemi wskazaniami, kofeina może być tylko szkodliwą, zwłaszcza stosowana bezkrytycznie w ostrych chorobach gorączkowych. Rousseau-Saint-Philippe dowodzi, że środek ten podnosi o $\frac{1}{2}^{0}$, a nieraz o 1^{0} ciepłotę dziecka i wywołuje u niego najwyższy stopień niepokoju. Należy zatem usunąć podawanie kofeiny w chorobach osutkowych o zwykłym przebiegu, w zapaleniu stawów, osierdzia, wsierdzia, w zapaleniu opłucnej z wysiękiem, lub bez niego, a zwłaszcza w zapaleniu płuc nieżytowem pierwotnem. W cierpieniu tem dziecko jest zwykle nieruchome, przybite; myliłby się jednak, ktoby brał ten stan za zapad, lub niedomogę mięśnia sercowego. Pomimo tego pozornego przygnębienia serce bije silnie i szybko, oddech jest gorączkowy, podniecenie nerwowe znaczne, przerywające od czasu do czasu te okresy spokoju. W przypadkach tych nierozważnem stosowaniem kofeiny można pogorszyć wszystkie objawy i doprowadzić ustrój do wyczerpania.

Kofeina, jak wiadomo, powoduje nudności, zaparcie stolca i działa szkodliwie na przewód pokarmowy. Dlatego też stosowanie jej podskórne jest odpowiedniejsze, zwłaszcza, że najczęściej chodzi tu o natychmiastowe działanie lekarstwa. Podskórnie czy wewnętrznie należy kofeinę mięszać w równych częściach z bedźwinianem sodowym, aby uczynić ją strawniejszą i łatwiej rozpuszczalną. Średnia dawka u dziecka nie powinna przekraczać 0·10—0·30 grm. na dobę. *Dr. T. Żeleński.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 24 października 1902.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Lenartowicza wybrano na członka Towarzystwa.

III. Z kolei przystąpiono do wyboru Zarządu Towarzystwa na r. 1903. Wybrani zostali: przewodniczącym kol. Reiss; zastępcą przewodniczącego kol. Schwarz; skarbnikiem kol. Lenartowicz; sekretarzem I. kol. Żydłowicz; sekretarzem II. kol. Pacyna.

IV. Kol. Borzęcki miał odczyt p. t. »Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie ożenienia się«. (Rzecz przeznaczona do druku). Streszczając swoje wywody, prelegent sądzi, że pozwolenie nasze na zawarcie związku małżeńskiego pacyentowi, który jakoby z powodu niewyleczonej rzeżączki zdania lekarza zasięga, dać możemy, jeżeli:

1. Badanie drobnowidowe, względnie założenie hodowli, wykonane kilkanaście razy w dłuższym przeciągu czasu, z wydzieliny z cewki, z strzępków, nitek z moczu, z wydzieliny gruczołu krokowego, gruczołów błony śluzowej cewki (Littrego, Morgagniego), pęcherzyków nasiennych dało nam wynik stale ujemny.

2. Jeżeli mimo zastosowania środków i sposobów, zmierzających do zaostrzenia istniejącego stanu, wynik badania również był ujemny.

3. Jeżeli mimo stale ujemnego wyniku przeprowadziliśmy bez względu na istniejące objawy energiczne leczenie przeciwrzeżączkowe.

Gdy mimo to wbrew naszemu rokowaniu, przecież następuje przeniesienie rzeżączki na żonę, to nie obciążyliśmy naszego sumienia, bo *ultra posse nemo obligatur*.

Kol. Sokołowski zaznacza, że wygłoszony odczyt jest w każdym kierunku świetnie opracowany, żałuje tylko, że prelegent nie zwrócił większej uwagi na badanie gonokokków, w kierunku uwzględnienia metody Grama, oraz szczepień. Nie zgadza się również na polecenie choremu nadużyć *in Baccho et Venere*, jako metody prowokacyjnej, a już stanowczo przeciwny jest samogwałtowi w celu wywołania za drażnienia.

Kol. Żydłowicz zwraca uwagę, że nie potrzebujemy się udawać aż do polecenia choremu nadużyć *in Baccho et Venere*, ażeby rozstrzygnąć, czy chory jest wyleczony, czy też nie, bo mamy na to inne sposoby, a mianowicie podrażnienie cewki za pomocą ciężkich zgłębników, lub silniejszego roztworu azotanu srebrowego.

Kol. Boczar wykazuje, ile trudności przedstawia dokładne badanie bakteryologiczne. Zakładanie hodowli nie zawsze do celu prowadzi, bo jak Finger twierdzi, hodowle się udają, jeżeli się szczepi wydzielinę w okresie ostrym; w okresie przewlekłym szczepienie daje wyniki więcej niż wątpliwe. Jeżeli znajdziemy gonokoki pod drobnowidem w wydzielinie z cewki, to znajdziemy je i w hodowlach, a w przeciwnym razie bardzo rzadko. Sprawa ciałek ropnych również jest zasadniczego znaczenia, bo im więcej leukocytów, tem większe prawdopodobieństwo obecności bakteryj.

Kol. Steuermark podnosi znaczenie faktu, czy gonokoki są usadowione w powierzchownych warstwach błony śluzowej, czy też w zaułkach. W tym przypadku kol. St. używa dwóch sposobów badania albo przy pomocy zgłębników pałeczkowych, albo ciężkich.

Kol. Reiss owi nasuwają się dwa pytania: czy czas przyczynia się do leczenia rzeżączki przewlekłej, jak to twierdzi kilku autorów? na to pytanie mógłby dać odpowiedź twierdzącą na podstawie przez siebie spostrzeganych przypadków. Drugie pytanie dotyczy obecności leukocytów w wydzielinie i tu posuwa się Finger za daleko, bo zna przypadki, że pacyenci, u których znachodził leukocyty przy zupełnym braku gonokoków, rzeżączki w małżeństwie nie udzielili. Następnie poleca używanie rozszerzadeł Kohlmanna, jako metody prowokacyjnej bo one pozwalają wygładzić błonę śluzową cewki i przepłókać lekiem drażniącym.

Kol. Krzyształowicz dodaje, że jeżeli się w wydzielinie nie wykaże gonokoków, nie można leukocytów lekceważyć, bo w razie ich istnienia, zwłaszcza w większej ilości, nikt istnienia rzeżączki zaprzeczyć nie może. Badanie hodowli natrafia na nieprzezwyciężone prawie trudności. Już w wydzielinie z cewki znachodzimy inne bakterye i dwoinki, a w hodowlach ich ilość i rozmaitość jest jeszcze większa. W każdym razie, czy znajdziemy gonokoki, czy na podstawie obfitości leukocytów przypuszczamy ich istnienie, leczenia zaniechać nie wolno.

Kol. Boczar jeszcze dodaje, że Finger w wydzielinie prawidłowego gruczołu krokowego znachodził ciałka białe.

Kol. Mayzel przyznaje wielką wartość pracy kol. Borzęckiego, nadmienia tylko, że we wszystkich tych przypadkach należy jak największą zwracać uwagę na gruczoł krokowy.

Kol. Borzęcki odpowiada po kolei wszystkim interpelantom: przyznaje, że zakładanie hodowli jest bardzo wskazane, choć nie zawsze prowadzi do celu. Nadmienia, że zakładanie zgłębników jest o tyle dobrem, że prędko wywołuje zaostrzenie sprawy chorobowej. Większa ilość leukocytów powinna zawsze budzić podejrzenie istnienia bakteryj, choć z drugiej strony faktem jest, że każde zwężenie sprowadzić może obfitsze wydzielanie się leukocytów. Dużą rolę w badaniu odgrywa czas, przez który się bada; dlatego też nie można tu wydawać sądu dorywczo, lecz badać jak najdłużej. Przyznaje wreszcie, że ów ideał wyleczenia przy zupełnym braku nietylko gonokoków, ale i ciałek wypocinowych, nie znajduje prawie nigdy urzeczywistnienia. Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VI. Korespondencye.

Kair, d. 19 grudnia 1902 r.

Czcigodny Panie Redaktorze!

Nie wielu czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“ pozwoliły stosunki i znaczna odległość Egiptu wziąść udział w I. egipskim Zjeździe lekarskim: czynię więc chętnie zadość życzeniu pańskiemu, podając krótkie sprawozdanie z jego otwarcia.

Dnia wczorajszego zebraliśmy się w przystrojonej sali „Hôtel Continental“ w celu ogólnego poznania się. Zebrało się ogółem 520 lekarzy; z tych 340 zamieszkujących Egipt, a 180 obcokrajowców. Z 340 lekarzy egipskich było 152 tubylców, reszta europejczycy.

Austryę reprezentowali: Prof. Nothnagel, Drowie: Buchmüller, Hiebaum, Neuwirth, Landesmann, Schweinburg i Prof. Wicherkiewicz. *Węgry:* Prof. Hoor, Géza de Farkas i Magyarevics. *Niemcy:* Doktorowie: Nolda, Schacht i inni. *Belgię:* Drowie: Kops, Eid, Lambotte. *Francyę:* Profesorowie: Bouchard, Lortet, Gayet, Teissier, Courmont, Baudry, Bergonier; Drowie: Müller, Langlois, Legrand i inni. *Anglię:* Drowie: Harrison, Spanton, Sandwith, Madden, Ellioz Smith, Page May, Khayatt. *Włochy:* Senator Maragliano; Profesorowie: Mariani, Pasquale, Trombetta; Dr. Torella; Profesorowie: Tamassia, Gaglio, Ternie, Gangitano, Giordano, Fornario; Drowie: Moretti, Rosi. *Rosyę:* Dr. Rapczewski; Profesorowie: Pawłow, Ott, Skworcoff. *Szwajcaryę:* Prof. Eternod. *Persyę:* Dr. Mol Mizza Mehdi-Khan. *Stany Zjednoczone:* Dr. Major Gorgas; Drowie: Heiser, Campbell.

Z Polaków przybyli: Dr. Rapczewski, Dr. Baliński, Prof. Wicherkiewicz i Dr. Benni; nadto panna Mendelsohn, warszawianka, osiedlona w Kairze. Wieczór był dość ożywiony: ochotniejsi puścili się nawet w tany.

Dziś zgromadziliśmy się w sali opery Khedywa tak przekształconej, że podłoga sceny i widowni jeden stanowiły poziom. Na scenie zajęli miejsca: Dr. Ibrahim pasza prezydent zjazdu, Dr. Abbat pasza prezydent honorowy, Dr. Woronoff sekretarz generalny, Sir Pinching, Comanos pasza i delegaci oficyalni. Profesor Pawłow, major Gorgas i kilku lekarzy francuskich, którzy stawili się w mundurach.

Widownię zajęli inni uczestnicy Zjazdu, a loże wypełnili dyplomaci, rodzina Khedywa, wyżsi urzędnicy i t. d. Galeryę obsiedli słuchacze medycyny w tarbuszach (fezach). Całość wywoływała bardzo mile wrażenie, nastrój był uroczysty.

O godzinie 10-tej wszedł Khedyw w otoczeniu ministrów i swego dworu, a pozdrawiając zebranych, zabrał głos (po francusku):

„Z przyjemnością i zadowoleniem witam was Panowie i cieszę się, widząc was tutaj zebranych. Wdzięczny jestem państwom i zakładom naukowym, które na zaproszenie mego rządu raczyły wysłać swych przedstawicieli. Zjazd, mając na celu badanie chorób krajów gorących, — nie mógł wybrać lepszego miejsca, jak dolina Nilu, — która przez swoje położenie geograficzne i klimat jest niejako łącznikiem między Wschodem a Zachodem. Widzę z dumą, jak mój kraj bierze sobie do serca postęp ku rzeczom dobrym i pożytecznym dla ludzkości: Moje też starania będą się ciągle zwracały ku temu, aby ten postęp podtrzymywać na dobrej drodze i mam przekonanie, Panowie, że starania te będą obficie wynagrodzone owocami waszych prac. Pozostaje mi podziękować wszystkim uczonym, którzy się do tego przyczynili, że Zjazd w ogóle przyszedł do skutku — i Komitetowi, który miał ciężkie zadanie do spełnienia. Ciesząc się już teraz z owoców waszych prac, otwieram pierwsze posiedzenie egipskiego Zjazdu lekarskiego“.

Z kolei przemówił po arabsku Dr. Ibrahim Pasza Hassan prezydent Zjazdu: „Egipt, a raczej Afryka, nie był jeszcze nigdy tak jak dziś zaszczycony zebraniem się tylu znakomitych uczonych, przybywających z Europy, Ameryki, Australii i t. d., aby ozdobić swą obecnością pierwszy Zjazd naukowy w Egipcie i oświecić światłem ich nowoczesnej nauki stary kraj Faraonów. Nam Egipcyanom słusznie też pochlebia ten znak życzliwości ze strony naszych dostojnych kolegów. Będziemy się starali odpowiedzieć według naszej możności, podejmując ich, jak tylko będziemy mogli najlepiej. Obecny Zjazd wymagał dużo wysilków; zachęcał nas do wytrwałości nasz dostojny władca, obejmując protektorat; dalej ministrowie, lord Cromer, instytucye sanitarne i kwarantanowe również pomagały nam rzetelnie. Nasi współpracownicy z sekretarzem generalnym na czele okazali swą wytrwałość, przezwyciężając trudności, które się ciągle wyłaniały przeciw urzeczywistnieniu rozpoczętego dzieła; Wy zaś panowie, waszemi pracami przyczynicie się do jego upiększenia. Powiedziałby ktoś może, że zajmowanie się chorobami krajów gorących nie ma dla Europy wielkiego znaczenia: gdy się jednak zważy, ile to mieszkańców Europy przesiedla się do Egiptu w charakterze kolonistów, to ważność ta staje się oczywistą i jest kwestyą dnia. Np. w Egipcie mieszka 112,000 Europejczyków, a liczba ta zwiększa się w zimie o 15,000. Oprócz Europejczyków i Amerykanów wszystkie narody są tu reprezentowane, a Egipt staje się z dnia na dzień coraz więcej kosmopolityczny. Przeto wszystko, co się uczyni dla polepszenia jego stanu epidemiologicznego, wyjdzie na dobre nie tylko tubylcom, ale także i Europejczykom, którzy lepiej umieją od mieszkańców Wschodu zastosować się do rad nauki“.

Dr. Abbat pasza, prezydent honorowy, przedstawił postęp Egiptu na drodze wiedzy medycznej przez 22 wieki od Ksyriusa aż do czasów Mohameta Alego.

Dr. Voronoff, sekretarz generalny, zdał sprawę z prac przygotowawczych Zjazdu.

Następnie przemawiali delegaci rządów zagranicznych: Dr. Nolda imieniem Niemiec; Prof. Nothnagel — Austryi; Dr. Eid — Belgii; Prof. Bouchard — Francyi. Delegat Francyi dziękował Khedywowi za jego szlachetną inicyatywę. „Życzymy, powiedział Bouchard, aby to zebranie było dla Egiptu pożyteczne; wiemy że będzie pożyteczne dla wszystkich narodów, ponieważ rozwiązanie zagadnień, postawionych w celu poprawy zdrowia publicznego, wymaga jedności przekonań. Zresztą już się tem samem służy ludzkości, że się pozwala ludziom szukać wspólnie prawdy. Pracować dla nauki, to tyle co pracować dla cywilizacyi. Moi kochani Koledzy Egipscy, pragnąłbym abyśmy byli jeszcze liczniejsi, aby wam podziękować za wasze zaproszenie i gościnne przyjęcie. Nasza radość jest wielka: żal tych, którzy pozostali na tamtym brzegu, jeszcze większy. Egipt jest dla nas krainą marzeń. Już od naszych najmłodszych lat mówią nam o czynach świetnych, spełnionych na waszej ziemi przez synów Francyi; opowiadają nam o sławie, którą wielu Francuzów tu osiągnęło, o sławie wojennej może, o sławie naukowej i artystycznej przedewszystkiem. Mówią nam, że niektórzy Francuzi przybyli, aby odczytać wasze napisy i nauczyć was waszej własnej historyi; inni aby wyświetlić pomniki, pokrywające waszą ziemię, a wreszcie odkryć te jeszcze liczniejsze, które są tą ziemią pokryte. Inny znów zyskał wasz szacunek i dziękczynność, dokonywując dzieła, które jest podziwem całego świata. Nadto wasza ziemia posiada wszelkie przynęty. Dla nas Egipt jest Wschodem, krainą, gdzie rodzi się światło, piękno i prawda. Piękno znajdujemy w waszych pomnikach; prawda, powiedziano nam, była ukryta w waszych podziemiach. Ale nauka i tu się dostała. Mówią nam, że nasi uczeni znaleźli tu tajniki początków wszelkiej cywilizacyi. Nasza wizyta to pielgrzymka do ziemi świętej. Jakież obowiązki wdzięczności mamy jeszcze względem was, — szczególnie my lekarze. U bram Wschodu wy jesteście placówką, broniącą Zachodu. Egipt, dzięki wam, jest tamą, o którą rozbijają się fale barbarzyństwa i chorób zakaźnych.

Powiedziano nam, że nad morzem Czerwonem i u stóp Synai, usadowiliście ochrony, od których chyba tylko podstępem z trudnością można się uchylić (stacya kwarantanowa w Tor i Suez). Po piramidach widzimy tamę nilową w Assuan. Nie szczędzicie wielkich wysiłków ku zachowaniu zdrowia ludzkiego i nas zapraszacie, aby się z wami połączyć. Odpowiadamy chętnie na wezwanie, aby razem z wami dalej pracować nad dziełem cywilizacyi, rozpoczętem przez naszych poprzedników".

Dr. Harrison, delegat angielski, przedstawił postęp dokonany przez szkołę medyczną w Kairze; dziękował za przyjęcie gościnne i życzył, aby prace Zjazdu wyszły Egiptowi na pożytek.

W tym tonie przemawiał Major Gorgas, delegat Stanów Zjednoczonych, Prof. Hoor, delegat węgierski, Prof. Maragliano, delegat włoski i Mirra Dr. Mohamed Khan, delegat perski.

Prof. Pawłow, delegat rosyjski, powiada, że Egipt jest kolebką cywilizacyi, że cały świat zwraca oczy ku temu krajowi, gdzie badania lekarskie i interes praktyczny nauki mają bardzo wielkie znaczenie; że Egipt, położony na drodze, łączącej najdalszy Wschód z całym światem, jest podstawą zapory, wzniesionej przez wszystkie mocarstwa przeciwko epidemiom.

Prof. Eternod, delegat Szwajcaryi, wygłasza ostatnią mowę. Stwierdza, że Szwajcarya jest krajem, gdzie zrodziła się chlubna myśl pomocy lekarskiej dla rannych na polu walki i że z tego względu interesuje się szczególnie tym Zjazdem.

Po wyczerpaniu powitalnych przemówień delegatów Prof. Bouchard miał odczyt: *„Les tendances nouvelles de la therapeutique"* (O nowych dążnościach lecznictwa). Ze względu na czas i na to, że okręt, na którym ten list odejdzie, opuszcza jutro Aleksandryę, odkładam sprawozdanie z tego odczytu na czas późniejszy. *Dr. Batko.*

• • •

VII. Międzynarodowy Kongres w sprawie walki z gruźlicą.

(Berlin 23—27 października 1902).

Podał

Dr. Henryk Pisek.

W obecności przedstawicieli całego świata cywilizowanego minister Posadowsky zagaił Kongres, zaznaczając między innemi, że sprawa takich wrogów ludzkości, jak mór i cholera, została już międzynarodowo załatwiona; — obecnie znów ludzie dobrej woli organizują się w zwarte szeregi, by zwalczyć gruźlicę, trapiącą społeczeństwa nieustannie i pożerającą rok rocznie tysiące ofiar.

Następnie nakreślił B. Fraenkel (Berlin) w dosadnych słowach obraz gruźlicy jako choroby ogólno-społecznej, podał wyniki, jakie osiągnęła dotychczasowa walka z gruźlicą, wyrażając swoje zadowolenie, że obecnie we wszystkich prawie krajach więcej się zwraca uwagę na tę zabójczą chorobę, aniżeli to było przedtem.

Szereg odczytów rozpoczął Landouzy (Paryż) na temat: **Wychowanie dzieci, jako czynnik w walce z gruźlicą,** wykazując konieczną potrzebę, by tak w szkołach ludowych jak i średnich zapoznawano uczniów w ogólnych a przystępnych zarysach z istotą gruźlicy. W tym celu mają się także odbywać osobne wykłady dla kształcących się nauczycieli.

Obertüschen (Wiesbaden). **Zadania szkoły w zwalczaniu gruźlicy.** Mowca żąda, by 1) każde dziecko chore na gruźlicę usunięto ze szkoły, a umieszczono w osobnym domu zdrowia; 2) tasama zasada tyczy się także chorych na gruźlicę nauczycieli, atoli bez utraty pensyi. Co się tyczy środków zapobiegawczych, zaleca: *a)* większe uwzględnienie ćwiczeń fizycznych, zdążających do wzmocnienia płuc i serca, — przedewszystkiem w wieku dojrzewania, między 14—19 rokiem życia; *b)* wpływ szkoły na wybór zawodu; *c)* pouczenie młodzieży szkolnej o istocie chorób zakaźnych i środkach zapobiegawczych. W dyskusyi zaznacza Hueppe (Praga), że zadaniem szkoły jest nietylko kształcić młodzież duchowo, ale i wpływać na rozwój fizyczny.

Baumgarten (Tübinga). **Walka z gruźlicą ze stanowiska bakteryologii.** Prelegent wyraża zdanie, że nie należy ustawać na drodze szukania środków, niszczących prątki gruźlicze w ustroju; — działanie małych dawek chininy wskazuje, że ten cel zostanie osiągnięty w niedalekiej przyszłości.

W sprawie donoszenia władzy o każdym przypadku gruźlicy rozwinęła się ożywiona dyskusya, wykazująca, jak trudno tę zasadę w czyn wprowadzić. Zgodzono się jedynie, by donosić władzy o zmianach pomieszkania przez suchotników, lub o śmierci w ciężkich przypadkach gruźlicy.

Freund (Berlin) mówił **O przepisach zapobiegawczych w pracowniach i warsztatach** dowodząc, że brak światła i powietrza, następnie wdychanie pyłu metalowego, kamiennego itp. wielce się przyczyniają do powstawania i rozwoju gruźlicy; również szkodliwie wpływają zbyt krótkie przestanki wśród pracy, jak niemniej praca w zamkniętych izbach. W tejsamej mniejwięcej myśli przemawiał Savoire (Paryż) z dodatkiem, aby warsztaty stały w tym względzie pod kontrolą lekarską.

Kusy (Wiedeń) poddał ostrej krytyce obecnie używane spluwaczki; żąda ustanowienia osobnej komisyi, któraby czuwała nad tą gałęzią przemysłu; Schrötter (Wiedeń) proponuje jedynie takie spluwaczki, któreby po zużytkowaniu mogły być niszczone (palone)*).

Andvord (Christiania). **Gruźlica u dzieci.** Przyjmując zasadę, że zakażenie gruźlicze datuje się już od dziecięcego wieku, należy bardzo wielką zwracać uwagę na pierwsze lata życia dziecka i na tem właśnie polega całe znaczenie i punkt ciężkości wszystkich odnośnych zakładów wychowawczych. W okresie zaś dojrzewania należy przeszkodzić o ile możności wytworzeniu się skłonności, dyspozycyi do gruźlicy — tu więc znajdą swe zastosowanie wszystkie zasady higieniczno-zapobiegawcze.

Dyskusya:

Egger (Bazylea) objaśnia, jakich środków chwycono się w Bazylei do zwalczenia gruźlicy u dzieci, a prócz tego żąda utworzenia osobnych domów zdrowia dla tych nieletnich chorych.

Derecq (Paryż) radzi, aby pilnie czuwać nad okresem zdrowienia, albowiem nierzadko się zdarza, że ozdrowieńcy z innych chorób częstokroć zapadają na gruźlicę, jeżeli są narażeni na częstsze i bliższe zetknięcie się z suchotnikami, lub ich wydzielinami.

Unterberger (Petersburg) bardzo zaleca utworzenie domów zdrowia przy każdej już istniejącej lecznicy, — co bez wielkiego nakładu da się przeprowadzić, — lub też wreszcie zakładać je w domach prywatnych. Na zasadzie swych doświadczeń może powiedzieć, że wyniki otrzymane w prywatnych domach zdrowia nie są gorsze od tych, jakie otrzymujemy w wielkich publicznych sanatoryach.

Gebhard (Lubeka). **O schroniskach dla suchotników.** Ponieważ nie ulega żadnej wątpliwości, że nigdy nie będzie można umieścić wszystkich suchotników w sanatoryach, dlatego należy utworzyć pewnego rodzaju schroniska dla tych chorych, którzy nie kwalifikują się do sanatoryów. Zakłady ubezpieczeń nie są wprawdzie organami sanitarnymi, ale one są jedynie w możności taką myśl urzeczywistnić; hanzeatycki np. zakład ubezpieczeń zbudował za 235.000 marek schronisko dla 30 chorych, które da się z biegiem czasu powiększyć dla 200 chorych. Tego rodzaju schroniska powinny się liczyć z okolicznością, że chorzy muszą tam całe lata przebywać, z czego znów wyłaniają się następujące uwagi: 1) W utworzeniu schronisk przez zakłady ubezpieczeń dla kalek leży jeden z głównych czynników, służących do zwalczenia gruźlicy w ogólności. 2) Jeśli cel ma być istotnie osiągnięty, schroniska powinny być w ten sposób urządzone, aby odosobnienie chorych przeprowadzono odpowiednio do nasilenia każdego chorobowego przypadku. 3) Schronisko dla suchotników należy tak urządzić, aby z jednej strony nie groziła obawa przeniesienia gruźlicy na otoczenie, względnie na okolicę, a z drugiej strony aby osoby zdrowe, zajęte w schronisku, nie były narażone na zakażenie. Obok takiego zakładu winien się znajdować dość obszerny ogród, by umożebnił chorym przebywanie na świeżem powietrzu, ale by nie wywolywał w nich uczucia zbyt bezwzględnego odcięcia od reszty świata. 4) Wewnętrzne urządzenie schroniska nie powinno być wprawdzie zbytkowne, ma jednak uwzględnić słuszne wymagania chorych.

Dyskusya: Freund (Berlin) oświadcza, że obawa, odnośnie do takiego schroniska w Lichtenberg, jakoby chorzy do zakładu nie chcieli się udawać, uważając go za przybytek śmierci, okazała się płonną. Pomimo bowiem, że tylko ciężko chorzy zostają przyjęci, a co za tem idzie, że niejednokrotnie pojawiają się przypadki śmierci, to przecież nie znać jakoś tego przygnębienia w zakładzie — owszem, chorzy chętnie przybywają, poddając się z otuchą przepisanemu leczeniu.

*) Tego rodzaju spluwaczki (tekturowe) są już w użyciu; w Krakowie na składzie u p. Bartmańskiego (dawniej Hellera), aptekarza w Krakowie. Cena za sztukę 6 centów.

Becher i Lennhof streszczają swe doświadczenia, zebrane w sprawie schronisk dla chorych gruźliczych w następujący sposób: 1) W schroniskach przebywa wielu chorych, czekających na przyjęcie do właściwych sanatoryów, — w każdym razie są to bardziej odpowiednie miejsca, aniżeli własne mieszkania. Nie można było zauważyć, jakoby stan chorych przez ten czas czekania się pogorszył, — jak to dawniej bywało. 2) Z uwagi, że w schroniskach przebywają chorzy, którzy dawniej byli w lecznicach, a drugi raz znów do leczenia przyjęci być nie mogą, inni znów bezpośrednio z lecznic do schronisk przybywają, okazuje się, że schroniska są niejako dalszem uzupełnieniem zabiegów leczniczych. Schroniska przyjmują także ciężko chorych, a mimoto odznaczają się taniością.

Leube (Würzburg). **O szpitalach dla chorych na gruźlicę.** Mowca zaleca utworzenie osobnych szpitali dla suchotników w okolicach zdrowych, o ile możności lesistych i w blizkości miast, lub jeśli to przeprowadzić się nie da, winien każdy większy powszechny szpital mieć osobny oddział (pawilon), przeznaczony dla chorych gruźliczych.

Köhler (Berlin). **Związek między gruźlicą ludzką a gruźlicą bydlęcą.** Prelegent skreślił w krótkich zarysach obecny stan tej sprawy, oraz dyskusye, prowadzone nad nią na Kongresie w Londynie i wreszcie niendałe doświadczenia Kocha o przeszczepieniu gruźlicy. Najważniejszem jest pytanie, czy istnieje możliwość przeniesienia się gruźlicy bydląt na ludzi. Lassar, Joseph i inni badali, czy ludzie, mający ciągle styczność z bydłem rogatem (rzeźnicy, weterynarze i t. p.), częściej zapadają na gruźlicę skóry; okazało się, że można skłonić się do przyjęcia, iż gruźlica zwierząt jest identyczną z gruźlicą występującą u ludzi, ale tylko po części; — ostatniego jednak i rozstrzygającego słowa w tej sprawie jeszcze nie wypowiedziano. Także i doświadczenia poczynione z pierwotną gruźlicą jelit przemawiają przeciw identyczności. Jedynie co można powiedzieć jest to, że dotychczas ani identyczność, ani nieidentyczność gruźlicy ludzkiej z bydlęcą nie została ściśle wykazaną i że sprawa przeniesienia się gruźlicy bydła na ludzi lub odwrotnie nie została ani napewno udowodnioną, ani odpartą.

Turban (Davos) **Mianownictwo i podział różnych postaci i okresów gruźlicy.** Mowca proponuje podział gruźlicy na trzy okresy: pierwszy obejmuje lekkie schorzenie najwyżej jednego płata płucnego; drugi lekkie schorzenie najwyżej dwóch, lub ciężkie zajęcie jednego płata; do trzeciego zaś okresu należą te wszystkie postacie, które przewyższają pierwszy i drugi okres. Oczywista rzecz, że podział taki byłby wielce pożądanym, atoli praktyka wykazuje, że gruźlica nie odznacza się takim szematycznym przebiegiem.

Sangmann (Dania). **Przesada w zapobiegawczych przepisach.** Walka z gruźlicą nie powinna się wyrodzić w walkę z gruźliczymi chorymi; następstwem takiej przesady byłoby tylko wytworzenie ogólnej »*phthiseophobii*«.

Ostatnim mówcą był Brouardel, który przedstawił w krótkości całokształt pracy dokonanej na poszczególnych konferencyach, poczem minister Studt zamknął pierwszy międzynarodowy Kongres w sprawie gruźlicy.

VIII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

Stan, w którym płód wraz z częściami dodatkowemi w macicy się znajduje, nazywa się ciążą. Stanowi temu towarzyszą różne objawy, które go charakteryzują i odróżniają od stanów innych, napozór do niego podobnych. Do tych należą przedewszystkiem zatrzymanie nasienia w jamie macicy, uważane przez Hipokratesa, szkołę aleksandryjską, Soranusa, Galena i innych za *conditio sine qua non* zastąpienia. Dalszym objawem, towarzyszącym również każdej ciąży, jest zamknięcie się ujścia macicznego tak, że przez nie, podobnie jak w czasie pomiędzy dwiema miesiączkami, nawet zgłębnika chirurgicznego przeprowadzić nie można. Co się tyczy tej sprawy, to istniała zupełna zgoda pomiędzy starożytnymi lekarzami. Żądał tego Hipokrates *(quae utero gerunt, iis uteri os connivet.“ Hippocrat. aphorismorum sectio quinta K. III.).* Soranus kładł na to nacisk *(Soranus lib. I. cap. XII.)* i tosamo powtarzał Galen. Równocześnie z zamknięciem się ujścia macicznego znikała miesiączka na cały czas trwania ciąży, przyczyniając się, jak to wyżej wspomnieliśmy, w części do odżywienia nasienia i późniejszego płodu, w części zaś do powstania płodu lub pokarmu w sutkach, stwarzając temsamem dalszy objaw ciąży. Macica sama musi się powiększać, zmieniając swoją zbitość. Galen wie, że ona się staje miększa, na co zresztą już Soranus zwrócił uwagę *(l. c.)*. W miarę dalszego trwania ciąży odczuwa ciężarna ruchy płodowe, które podług Hipokratesa występują wcześniej u męzkich, aniżeli u żeńskich płodów *„primum autem mas movetur.“ (Hippocrat. de natura pueri)*. Obok tych objawów ciąży wspomina Galen za Hipokratesem o jednym jeszcze, mianowicie o zmianie wejrzenia ciężarnej. Hipokrates zauważył występowanie plam na twarzy, a czasem nawet zmianę wejrzenia kobiety na lepsze. Tosamo powtarza Soranus *(Soranus lib. I. cap. XII. 43)*, twierdząc, że czasem występują u ciężarnych na twarzy czarne plamy, czasem zaś wysypka zwana „ἐφῆλις.“ Co przez tę ostatnią należy rozumieć, o tem poucza nas dokładnie Hipokrates, twierdząc *„quae utero gerentes maculam in facie veluti ex solis gestione, ἐφῆλιν vocant, habent.....“ (Hippocr. de his, quae uterum non gerunt. K. III)*. Galen zaś nie wspomina o wysypkach na skórze twarzy, ale jedynie o mniej lub więcej dobrem wejrzeniu *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 42)*.

Prócz tych sposobów rozpoznawczych, których nam natura użycza, istniały u Galena jeszcze środki lekarskie, których odczyn miał świadczyć o ciąży. Część tych środków jest wprost przejęta z Hipokratesa, jak n. p. woda z miodem przemawiająca za ciążą, o ile bóle jelitowe wywołuje *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 41)*. Drugą część stanowią środki rozpoznawcze jego własne, które mu jednakowoż bynajmniej sławy nie przysporzyły, albowiem są, jak np. próba moczowa, wcale naiwne *(de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI K. XIV.)*.

Wszystkie wymienione zmiany są mniej lub więcej pewnemi oznakami ciąży, ale mogą się częstokroć powtarzać w zmianach nie mających z ciążą nic do czynienia i z tego powodu poczuwa się Galen do obowiązku podania rozpoznania różniczkowego.

Zatrzymanie się nasienia, jakkolwiek ma na celu spowodowanie zastąpienia, to przecież go nie pociąga zawsze za sobą. Jeżeli się bowiem nasienie nie dostanie tylko na miejsce swego właściwego przeznaczenia, natenczas, jak to już wyżej wspomnieliśmy, oddziela się pneuma od nasienia, a sam płyn, jako nie mający wtedy żadnej wartości, marnieje *(de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. X.)*. Prócz tego może jeszcze nasienie zniszczeć, jeżeli się ono zmięsza z zanadto wielką ilością krwi *(de natural. facultat. lib. II. cap. III.)*.

Zamknięcie ujścia macicznego jest wprawdzie najznamienitszym znakiem ciąży, lecz spotykamy je nietylko u ciężarnych, ale i w przypadkach zapaleń i guzów macicy, co jednakowoż rozpoznać można po zbitości części pochwowej. U ciężarnych bowiem część pochwowa bywa miękką, podczas gdy po zapaleniach, lub u osób cierpiących na guzy macicy, bywa ona twardą *„gravidis enim molle est et secundum naturam: durum autem, in quibus est tumor praeter naturam, sive sit inflammatio, sive tumor durus“ (in aphorism. Hippocr. com. quint. 54 i de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*. Hipokrates wie dobrze, że część pochwowa jest w ciąży miękką *(„cum vero puer prodit, utero dilatato qui mollis est, etc.“ de natura pueri K. I. 416)*, lecz nie używa tego objawu do rozpoznania różniczkowego. Soranus nie podaje również tego objawu, jako rozstrzygającego w przypadkach wątpliwych, ale domyśleć się można, że się nim w tych razach posługiwał. Dowodem tego jest okoliczność, że wymieniając objawy towarzyszące zaśniadowi, którego nie uważał za ciążę, podaje, że macica bywa wtedy twardą. *(Soranus lib. II. cap. IX.)*.

Brak miesiączki jest wprawdzie jednem z najpewniejszych znamion zastąpienia, ale i na nim polegać nie można, gdyż istnieją prócz stanów fizyologicznych, w których miesiączka zanika, jeszcze i patologiczne, jak znowu z drugiej strony kobieta i w czasie ciąży może się czyścić, co jednakowoż prawie zawsze za sobą pociąga poronienie, lub poród przedwczesny. Sam zaś brak miesiączki może i bez ciąży spowodować nagromadzenie się pokarmu w sutkach tak, że i obecność tegoż nie dowodzi więcej bezwarunkowo, że w jamie macicy musi się znajdować płód. Gromadzenie się zaś pokarmu w sutkach tych osób tłómaczy Galen tem, że u patologicznie niemiesiączkujących kobiet przychodzi do przepełnienia się naczyń macicy, a te, oddając nadmiar krwi przy pomocy naczyń, łączących je z naczyniami sutków, powodują przemianę jej w mleko *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 39)*. Zwrócił na to już uwagę Hipokrates, za którym Galen powtarza, komentując jego aforyzmy. Wspomina także o temsamem i Soranus, wiedzący nawet, że i guzy macicy mogą spowodować laktacyę.

Ruchy płodowe, o ile istnieją, przemawiają wprawdzie stanowczo za ciążą, lecz brak ich nie dowodzi jeszcze przeciwieństwa. Ażeby one bowiem wogóle istniały i żeby je matka odczuła, muszą być spełnione pewne warunki, a w pierwszym rzędzie muszą one być dostatecznie silne. Że ich brak nie przemawia przeciw ciąży, to sam Galen w następującem zdaniu wyraźnie powiada: *„quae motiones tamen nequa ipsae, signa perpetua sunt“ (ibid. aph. 42)*.

Starożytni autorowie wspominają jeszcze o innych mniej pewnych oznakach ciąży, z których objawy objęte nazwą „κίσσα“, odgrywały najważniejszą rolę. Galen wspomina o nich również *(ibid. aph. 61)*, uważając za ich przyczynę otwieranie się odźwiernika ciężarnych. Największy jednak nacisk kładzie na te, które znamy dziś pod nazwą pewnych, nie łudząc się, jak to widzieliśmy, bynajmniej co do ich pewności rozpoznawczej i podając dlatego zapewne tak obszerne rozpoznanie różniczkowe.

Skoro już ciążę na pewno rozpoznano, starano się oznaczyć płeć płodu znajdującego się w łonie matki. Do tego służyły rozmaite oznaki, które rozmaici autorowie z mniejszą lub większą pewnością podawali. Zdaje się, że w świecie starożytnym badano często w tym kierunku lekarzy, za czemby przemawiała okoliczność, że wielu lekarzy siliło się na podanie pewnego sposobu rozpoznawczego, przy czem jednakowoż nie możemy im niestety oszczędzić zarzutu, że się nie zawsze powodowali czystemi i uczciwemi intencyami. Już z tego, cośmy powyżej mówili o znaczeniu nasienia cieplejszego, pochodzącego z prawego jądra i zimniejszego z lewego jądra, wynika, że u wnętrów jednostronnych (monorchów) można najprzód przepowiedzieć męzką a względnie żeńską płeć noworodka zależnie od tego, czy posiadają prawe czy też lewe jądro. Za męzką płcią płodu przemawia rozwój jego w prawej połowie macicy, za żeńską w lewej. Prócz tej wskazówki rozpoznawczej znajdujemy u Hipokratesa jeszcze i inne: z wczesnych i silnych ruchów płodu wnosi o jego płci męzkiej, podczas gdy ruchy słabe wskazują na płeć żeńską. Plamy występujące na twarzy ciężarnej przemawiają za tem, że wyda na świat dziewczynę, dobre zaś wejrzenie, spowodowane energicznymi ruchami płodu, każe się domyślać, żę urodzi chłopca. Przeciw tym wszystkim przepowiedniom miał odwagę wystąpić Soranus, twierdząc, że nic nas do nich nie uprawnia *(Soranus lib. I cap. XIII. 45)*. Galen zaś, który tak chętnie powtarza to, co powiedział Hipokrates, przyjmuje prawie wszystkie oznaki rozpoznawcze przez niego podane, wyjaśniając je, lub też podaje nowe, zaczerpnięte ze swojego skarbca leczniczego, nie wzdrygając się przed sposobami zupełnie dowolnie przyjętymi, czego dowodem jest wspomniana próba moczowa, zapomocą której nietylko ciążę, ale także płeć płodu rzekomo rozpoznać można.

Rozpoznanie płci płodu w łonie matki nie stanowi jednakże pierwszorzędnego zadania lekarza. O wiele ważniejsze są jego starania, mające na celu utrzymanie ciąży i doprowadzenie jej do prawidłowego końca. W tym celu podaje Galen bardzo ścisłe i bardzo dobre przepisy, których należy już od samego początku przestrzegać. Hipokrates nie zajmuje się specyalnie tym przedmiotem, ale że zalecał swoim pacyentkom odpowiednie zachowanie się w ciąży, wnosić możemy z tej okoliczności, że wymienia niebezpieczeństwa im grożące *„multa quoque sunt alia ex quibus foetui corruptionis periculum impendet“. (Hippocrat. de mulierum morbis K II)*. Soranus poświęca dyetetyce ciąży znaczny rozdział *(lib. I. cap. XIV)*; idąc jeszcze dalej pod względem przezorności, aniżeli jego poprzednicy, żąda pozostania w łóżku *post coïtum*, mającym sprowadzić zastąpienie, przepisuje ściśle rodzaj pokarmów, zachowanie się pod względem kąpieli, *quoad coïtum* itd. Galen zajmuje w tym przedmiocie miejsce pośrednie. On nie żąda pozostania w łóżku, ale zadowalnia się spokojnem zachowaniem się kobiety, gdyż przez nieoględne ruchy, jak np. przez skakanie, może kobieta łatwo płód stracić, czego dowodem jest dla niego opowiadanie Hipokratesa o śpiewaczce, która przez skakanie uroniła płód sześciodniowy *(de semine lib. I. cap. IV.)*. Co się tyczy dyety, to jeżeli ona już w prawidłowym stanie powinna być mierną i lekko strawną, to tem bardziej tego wymagać musiał w czasie ciąży, gdyż nadmiar pokarmu wywołuje rozmaite przypadłości jelitowe, które przez sąsiedztwo z macicą mogą przerwać ciążę *(de nat. facultat. lib. III. cap. IV.)*. By jednak nie grzeszono w żadnym kierunku, określa Galen swoje przepisy dokładniej. Obawiając się szczególniej w początkach ciąży złych następstw dla matki, a następnie i dla płodu, poleca w pierwszych trzech miesiącach ciąży ostrożność pod względem ilości pokarmu, gdy znowu w dalszych miesiącach, kiedy już płód więcej wymaga, jest za tem, by się matka lepiej odżywiała *(in Hippocr. de vulg. morbis com. tertius 30)*. — Opróżnienia powinny być u ciężarnej regularne, gdyż w przeciwnym razie gromadzą się złe soki, które sprowadzają rozmaite choroby organiczne, a te pociągają za sobą zazwyczaj poronienie *(in aphorism. Hippocr. com. quint. 55)*. Wstrząśnienia umysłowe, podobnie jak i głośny śpiew, źle wpływają na płód i na samą kobietę, znajdującą się w odmiennym stanie, przeto ich unikać trzeba. — Na używanie leków zgadza się wogóle Galen bardzo niechętnie i dlatego ogranicza je, o ile tylko może. Do środków leczniczych, wzbronionych wśród wszelkich warunków, zalicza Galen upusty krwi *(ibid. 30)*, zgadzając się pod tym względem w zupełności z Hipokratesem, szkołą aleksandryjską, Celsusem i Soranusem.

Tych przepisów powinny kobiety szczególniej z początkiem ciąży przestrzegać, gdyż wtedy nie jest jeszcze płód dostatecznie przymocowany, jako też nie mniej i w ostatnich miesiącach. Z tych znowu najniebezpieczniejszy jest miesiąc ósmy, gdyż poród pociąga wtedy za sobą bezwarunkowo śmierć płodu. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1. stycznia.

* Dnia 29 grudnia odbyło się skrutynium wyborów uzupełniających do zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Wybrani zostali: prof. dr. Józef Łazarski w Krakowie, dr. Józef Walczyński w Tarnowie, obaj jako członkowie zarządu Izby i dr. Jakób Bujniewicz w Rzeszowie, jako zastępca.

Ponowny jednomyślny wybór prof. dr. J. Łazarskiego wymownie świadczy, jak wiele zależy lekarzom w tych przełomowych czasach dla stanu lekarskiego na zatrzymaniu kierownictwa Izby w rękach doświadczonych dotychczasowego jej prezydenta.

* Na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich d. 13 grudnia uchwalony został następujący wniosek sprawozdawcy Dr. Kleina: »Ze względu na to, że prawo regulujące działalność Kas chorych przynosi krzywdę stanowi lekarskiemu; że § 16 obejmuje prawa członków do bezpłatnego leczenia i nie ogranicza się tylko do ubogich warstw ludności tak, że liczba tych Kas rośnie niepomiernie; ogólne Zgromadzenie lekarzy

uchwala: użyć wszelkich najenergiczniejszych środków, ażeby 1) § 16 uległ rewizyi i skasowaniu; 2) ażeby w ustawie Kas chorych wyraźnie zostało zaznaczone, że ubezpieczenie dotyczy tylko pomocy pieniężnej w czasie choroby, a nie bezpłatnego leczenia; 3) gdyby wiedeńska Izba lekarska w zwalczaniu tej ustawy natrafiła na opór ze strony rządu, to lekarze wiedeńscy liczą na to, że Izba kierownicza zawezwie wszystkie rakuzkie Izby lekarskie do złożenia mandatu; 4) do czasu rozstrzygnięcia tej sprawy lekarze kierować się będą uchwałami poprzedniemi, t. j. bojkotem dotychczasowych zarządzeń Kas chorych, pomimo rozporządzenia namiestnictwa dolnoaustryackiego; 5) wyłamujących się z pod tych uchwał Izba pociągnie przed Radę honorową.

* Wobec wygaśnięcia moru w Odesie ministeryum Spraw wewnętrznych poleciło władzom politycznym we Lwowie i Czerniowcach znieść rewizyę sanitarną, a poprzestać na nadzorze stanu zdrowia podróżnych, przybywających z Odessy.

* Dr. Michał Sadowski, redaktor „Medycyny", mianowany został lekarzem naczelnym szpitala Wolskiego.

* Wiadomości osobiste. Lekarz powiatowy Dr. Ant. Coghen przeniesiony został z Trembowli do Złoczowa; Koncepista sanitarny Dr. Leopold Haim — ze Lwowa do Stanisławowa; Dr. Aleksander Jastrzębski — z Peczeniżyna do Trembowli; Dr. Jan Josse — z Nadwornej do Peczeniżyna; Asystent sanitarny Dr. Franciszek Sękiewicz — z Turki do Lwowa.

* Redaktorami tygodnika »Časopis lékařů českých« na następne trzechlecie wybrani zostali Dr. Semerád, Dr. Honzák i Dr. Vlasák. Ostatni prowadzić będzie redakcyę załącznika »Věstník«.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień L (7—13—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 16 (7 zam.), z zapalenia płuc 13 (1 zam.), z błonicy 3 (zam.), z krztuśca 1, z płonicy 3, z cholery niemowląt 2 (1 zam.).

* Między 10 a 16 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiatach: borszczowskim, jasielskim i sanockim, po 2-ch chorych w każdym z tych powiatów. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nowotarskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.). Razem nowych przypadków duru osutkowego było 15.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni moskiewskiego uniwersytetu: Rott (choroby nerwowe) i Spiżarny (chirurgia) mianowani prof. zwyczajnymi. Dr. Tichow mian. profesor. nadzwycz. chirurgii w Tomsku. Docent berlińskiego Instytutu dla chorób zakaźnych, Dr. Aug. Wassermann, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Nekrologia. D. 22 b. m. zakończył życie w Mariagrün pod Gracem b. prof. Krafft-Ebing, głośny w świecie naukowym psychiatra. Pochodził z Niemiec, nauki lekarskie odbył w uniwersytetach niemieckich. W r. 1864 został asystentem w zakładzie dla obłąkanych w Illenau; w 1872 mianowany został profesorem nadzwyczajnym w Strasburgu, a w roku następnym przeniósł się do Gracu już jako profesor zwyczajny. W r. 1889 został powołany na katedrę psychiatryi do Wiednia. Przewidując zły koniec choroby nerkowej opuścił przed rokiem katedrę i Wiedeń. Był autorem licznych i bardzo poczytnych prac. Żył lat 62. Obszerniejszy życiorys podamy w jednym z numerów następnych.

Dr. Feliks Piotrowski, lat 33, zmarł w Dobrzelinie (Król. pol.). Dr. Kupffer, prof. anatomii, zmarł w Monachium.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Zaborowski: Przypadek ciąży donoszonej mimo ciała obcego w jamie macicy. Karwacki: Aglutynacya w zakażeniu pneumokokowem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 51. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.). H. Cybulski: Przyczynek do rozpoznawania jam płucnych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle praci přislušných, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodni konference berlinské 1902. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (c. d.).

— *La Presse medicale* Nr. 102. Martinet: Leczenie nukleinami. Jayle: Nowy przyrząd do chloroformowania. Griffon: Główne przetwory, rozpuszczające kwas moczowy.

— Nr. 103. Chantemesse: Seroterapia duru brzusznego. Nobecourt i Merklen: Zaczyny mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Bruns: Pląsawica elektryczna. Pick: Bujanie rodzaju zaśniadu w torbielu skórzakowym jajnika. Schorlemmer: Badania nad siłą trawienną białka treści żołądkowej osób zdrowych, jako też chorych na cierpienia żołądka i jelit. Einhorn: Nowy ezofagoskop. Knaut: Dwa przypadki otrucia bielunniem dzięddzierlawą.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 51. Gradenwitz: O wyłuszczeniu macicy śród zakażenia połogowego. Goldmann: Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego. Bamberger: O przedziurawieniu przegrody nosowej u robotników, mających do czynienia z chromem. Nusch: Aguryn nowy lek moczopędny. Decker: O »kankroinie Adamkiewicza«. Benario: Leczenie rzeżączki żelatyną protargolową. Gosen: Praktyczne doświadczenia z przyrządem Röntgena »systemu dessauskiego Aschaffenburg«. Fischer i Wagner: O nikolicynie jako o leku przeciw przewlekłemu morfinizmowi. Wagner: Miąższowe zapalenie nerek w przebiegu kiły (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Steindorf: Wpływ temperatury i pory roku na powstawanie ostrej jaskry pierwotnej. Ehrenfried: O jednem osobliwem postępowaniu przy ropieniu w uchu środkowem i o głównych lekach, tu stosowanych. Hock: Drżączka i zakażenie moczem. Katzenstein: Nowy zabieg operacyjny dla leczenia wrodzonego zboczenia *(ectopia)* jądra. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Alexander: Anatomiczno-fizyologiczne badania wrodzonych nieprawidłowości błędnika na zwierzętach. Hödlmoser: Zniekształtnienie Sprengla, polegające na braku m. kapturowego, oraz wędrująca nerka prawa u 12 letniego dziecka. Zuppinger: Podskórne wstrzykiwania żelatyny w wieku dziecięcym. Pichler: Przypadek urazowego torbiela trzustki. Wyleczenie drogą operacyjną. Przemijająca cukrzyca. Winiwarter: Przypadek gastrotomii z powodu krwotoku, powstałego wskutek urazowego pęknięcia błony śluzowej żołądka.

Redakcya otrzymała. Popielski: 1) Ueber das peripherische reflectorische Centrum der Magendrüsen. 2) To samo po rosyjsku. 3) Ueber die reflectorische Thätigkeit des Pankreas. 4) Ueber die Zweckmässigkeit in der Arbeit der Verdaungsdrüsen. 5) To samo po rosyjsku. 6) Priczyny raznoobrazija swojstw podżełudocznaho soka w otnoszenii biełkowaho brodiła. 7) O cielesoobrazności w rabotie podżełudocznoj i żełudocznych żeliez. 8) Znaczenie akta jedy w piszczewarenii. 9) Wlijanije mjasnych konserwow Azibera i Millera na organizm.

Posiedzenie administracyjne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, d. 7 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy.***

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 10 Stycznia 1903. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).**

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg i **Dr. Ernest Keller**

ówcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu. — operator kliniki położniczej w Pradze.

Wielkie znaczenie wczesnego rozpoznania gruźlicy zarówno dla higieny społecznej, jak dla leczenia, ułatwia nam zrozumienie faktu, że od długiego czasu klinicyści i bakteryolodzy usilnie się starają wynaleźć niezawodne objawy miejscowe czy ogólne, któreby mogły posłużyć za podstawę rozpoznania choroby. Lecz mimo wielkiego nakładu pracy, zużytej w tym kierunku, nie posiadamy dotąd środka rozpoznawczego, któryby spełniał dwa zasadnicze warunki, t. j. był bezwzględnie pewny i mógł bez trudności być stosowany w praktyce. Wymaganiom tym nie czynią zadość ani fizykalne objawy miejscowe, ani konstytucyonalne cechy ogólne, gdyż o ile wystarczą do rozpoznawania gruźlicy jawnej, o tyle niezbyt rzadko zawodzą, lub prowadzą do błędnych wniosków rozpoznawczych w przypadkach choroby utajonej, a więc właśnie tam, gdzie wczesne rozpoznanie największe mogłoby oddać usługi. Z pośród środków etyologiczno-rozpoznawczych, opartych na podstawach naukowych, próba tuberkulinowa w praktyce niestety rzadko tylko da się zastosować; zaś badanie plwocin na prątki w niektórych przypadkach, mimo najtroskliwszego poszukiwania, przez długi czas może dawać wyniki ujemne lub też nie da się wykonać z powodu braku plwociny.

Wobec przytoczonych faktów naturalnem nam się wyda zajęcie, jakie wśród klinicystów i bakteryologów wzbudziła ogłoszona w r. 1898 nowa metoda rozpoznawcza gruźlicy, metoda oparta na wielkim wynalazku Grubera-Durhama i Widala — serodyagnostyka gruźlicy, odkryta przez S. Arloinga i P. Courmonta. Już Park usiłował wywołać aglutynacyę w zawiesinie roztartych hodowli gruźliczych przez dodanie surowicy osobników, dotkniętych gruźlicą. Ale próby te musiały wypaść ujemnie, — brakło bowiem pierwszego założenia dla prób aglutynacyjnych, jednostajnie zmąconej hodowli, złożonej z oddzielnych osobników. Dopiero Arloingowi i Courmontowi udało się dzięki stosownym zabiegom uzyskać taką hodowlę: hodowali oni przez dłuższy czas szczep gruźlicy ludzkiej na kartoflu, którego dolną część opłókiwała woda kondensacyjna z dodatkiem 6% gliceryny. Woda ta zwolna spłókiwała osobniki, znajdujące się na powierzchni hodowli, a więc najluźniej z podłożem związane tak, że po pewnym czasie powstawało w niej dość jednostajne zmącenie. Płyn ten szczepili autorowie do kolb z bulionem glicerynowym i w czasie rozwoju hodowli kilkakrotnie na dzień energicznie wstrząsali kolby, rozdzielając w ten sposób powstające skupienia prątków. Po szeregu pokoleń, których hodowle w ten sposób były traktowane, udało się uzyskać jednostajnie zmąconą hodowlę o następujących własnościach: Rozwój jej jest szybszy, aniżeli zwykłych hodowli gruźliczych, gdyż już po 4 dniach zwykle ukazuje się zmącenie i to nietylko w bulionie glicerynowym, ale i zwykłym. Hodowla składa się z odosobnionych laseczek, obdarzonych według autorów ruchliwością, które w stanie młodocianym nie okazują odporności wobec kwasów, bo uzyskują ją dopiero w późniejszym okresie. Po dłuższem stanie hodowli tworzy się osad, złożony ze zbitych w grudki laseczek, a w razie zaprzestania wstrząsania hodowli — typowy kożuch na powierzchni. Jadowitość hodowli jest znacznie obniżona, gdyż nawet po zastrzyknięciu znaczniejszych ilości hodowli do otrzewnej zwykle dopiero po kilku miesiącach powstają zmiany gruźlicze w sieci, nigdy zaś nie przychodzi do uogólnienia się gruźlicy. Również i na zwykłym agarze można uzyskać hodowle w postaci obfitych brudno-szarych, wilgotnie połyskujących nalotów. Najlepszem podłożem okazuje się bulion z dodatkiem 2% peptonu i 6% gliceryny. Procedura uzyskania jednostajnie zmąconych hodowli jest, jak widzimy, bardzo mozolna i długa, a wobec niektórych hodowli mimo najusilniejszych zabiegów nie prowadzi do pożądanego celu. Zmiany, którym hodowle przytem ulegają, są bardzo głębokie, ich morfologia okazuje znacznie większą zmienność, niż morfologia hodowli zwykłych, lecz odzyskują one napowrót charakter prawidłowy, jeżeli je przez dłuższy czas znowu hodujemy w zwykłych warunkach. Takich to hodowli użyli Arloing i Courmont do swych prób aglutynacyjnych, dodając do nich badaną surowicę w stosunku $^1/_5$, $^1/_{10}$ i $^1/_{20}$. Próby ustawiają w cienkich probówkach (o świetle 7—10 mm.), nachylonych do poziomu pod kątem 45°; wynik dodatni objawia się wyjaśnieniem górnych warstw, mniej lub więcej zupełnem i powstaniem kłaczkowatego osadu po 10—12 godzinach. Najniższą wartość dodatnią stanowi rozcieńczenie $^1/_5$, zaś rzadko tylko uzyskuje się odczyn ponad $^1/_{20}$. W ten sposób badali Arloing i Courmont siłę aglutynacyjną surowic ludzkich w 186 przypadkach (według najnowszej statystyki) z następującym wynikiem: z pośród 106 osobników, u których klinicznie rozpoznano gruźlicę, dało 96, t. j. 91%. odczyn dodatni, 10, t. j. 9%, ujemny. Z pośród 60 chorych, u których klinicznie nie można było stwierdzić gruźlicy, 26, t. j. 43%, dało wynik dodatni, 34, t. j. 57%, ujemny. Z pośród 20 pozornie zdrowych osobników, 6, t. j. 30%, dało dodatni, 14, t. j. 70%, ujemny odczyn. Na podstawie tych wyników Arloing i Courmont dochodzą do wniosku, że

metoda ich jest bardzo czuła (91% wyników dodatnich u dotkniętych gruźlicą), nadto zaś, że nawet wśród pozornie zupełnie zdrowych osobników utajona gruźlica bardzo jest częsta. Na potwierdzenie tego poglądu przytaczają pracę Becka, który na 2137 prób tuberkulinowych (z wykluczeniem osobników dotkniętych jawną gruźlicą) otrzymał 1154. t. j. 54%, wyników dodatnich. Dalej znajdują oni, że i wysięki gruźlicze objawiają wyraźne działanie aglutynacyjne; z pośród badanych 20 wysięków opłucnowych, na 11 klinicznie gruźliczych, 10 dało wynik dodatni, 1 ujemny; na 9 klinicznie nie gruźliczych 4 dodatni, 5 ujemny; na 13 płynów puchliny brzusznej — 5 gruźliczych dało wynik dodatni, 8, pochodzących z 8 przypadków marskości wątroby, ujemny; 8 wysięków gruźlicy stawowej dało słabe wyniki dodatnie. Dla dokładniejszego poznania i określenia odczynu badali też Arloing i Courmont siłę aglutynacyjną zwierząt zdrowych i gruźliczych. Z pośród surowic prawidłowych surowica królików i morskich świnek okazała się pozbawioną wszelkiego działania; surowica wołu i kozy daje słabą tylko aglutynacyę, zaś surowica psa w rozcieńczeniach $^1/_5$—$^1/_{20}$; z faktów tych wnioskują oni, że zdolność aglutynacyi jest miarą odporności danego gatunku wobec zakażenia gruźliczego. U zwierząt zakażonych gruźlicą stwierdzili, że im słabszy był wszczepiony jad i im odporniejszy jest dany gatunek wobec gruźlicy, tem wyższe uzyskuje się wartości aglutynacyjne, tak np. u mało wrażliwych psów po zaszczepieniu słabo jadowitej hodowli aglutynuje surowica w rozcieńczeniach $^1/_{200}$—$^1/_{800}$. Na podstawie tych wyników tłómaczą oni fakt, że w daleko posuniętych okresach choroby wyniki są tylko słabo dodatnie lub ujemne, upatrując w nim wyraz podupadłej odporności ustroju. — Takie byłyby w krótkich zarysach wyniki badań Arloinga i Courmonta, jak obecnie mamy je przed sobą w szeregu publikacyj, wydanych w ostatnich dwu latach. Nie brakło też wkrótce po ogłoszeniu nowej metody prac stwierdzających jej zalety, zwłaszcza ze strony badaczy francuzkich; i tak Mongour i Buard uzyskali w 17 przypadkach klinicznie stwierdzonej gruźlicy 17 odczynów dodatnich; w 5 wątpliwych przypadkach 5 odczynów, zaś w 11 przypadkach innych chorób tylko 3. W drugim szeregu spostrzeżeń stwierdzili na 14 przypadków gruźlicy 13 odczynów dodatnich; na 14 przypadków innych chorób tylko 1. Buard otrzymał u 25 dzieci, dotkniętych gruźlicą, 20 wyników dodatnich. Z entuzyastyczną pochwałą nowej metody spotykamy się w pracy Bendixa (z kliniki Leydena), który na 36 przypadków gruźlicy zaznacza 34 wyników dodatnich; w 6 przypadkach innych chorób same wyniki ujemne; dwie surowice osobników gruźliczych, które dały wynik ujemny, pochodziły z mocno podupadłych suchotników, — a więc i tu zgodność z Arloingiem i Courmontem. Ostatni fakt stwierdzają także badania Rothamela na 20 przypadkach gruźlicy w różnych okresach choroby. Wreszcie i G. Courmont stwierdza w głównych zarysach wyniki i poglądy autorów serodyagnostyki. Z pośród Francuzów jedyny Dubard zachowuje się sceptycznie wobec nowej metody, coprawda nie popierając swego zdania wywodami faktycznymi: „Spostrzeżenia moje — powiada on — każą mi wątpić o dopuszczalności stosowania serodyagnostyki do wczesnego rozpoznawania gruźlicy z powodu niestałości odczynu“. W ostatnim czasie ukazały się dwie prace, które, opierając się na większym materyale, odmawiają nowej metodzie pewności i uzasadnienia. Beck i Rabinowitsch badali surowicę 73 chorych; z pośród 39 dotkniętych gruźlicą 11. t. j. 28%, dało wynik dodatni; z pośród 34 innych chorych 12, t. j. 35%; nawet jeśli się 5 osobników podejrzanych o gruźlicę wykluczy z grupy gruźliczych, zaś przypadek zagęszczenia szczytu do nich zaliczy, otrzymuje się 35 gruźliczych z 11 odczynami, t. j. 31%, i 38 nie-gruźliczych z 12, t. j. również 31%; z pośród 12 osobników, które dały odczyn tuberkulinowy, tylko 3 miały surowicę aglutynującą; z pośród 22, u których wykazano w plwocinie prątki Kocha, tylko 8. Także i doświadczenia na zwierzętach bynajmniej nie dały zachęcających wyników; z pomiędzy 3 surowic prawidłowych świnek morskich jedna dawała odczyn; z pomiędzy 8 świnek zakażonych gruźlicą tylko 3; z pomiędzy 2 zakażonych hodowlą Arloing-Courmonta tylko jedna. Z pomiędzy 2 zdrowych i 5 zakażonych gruźlicą królików żaden nie dał odczynu, a tylko jeden zakażony hodowlą Arloing-Courmonta dał wynik dodatni. Na podstawie tych wyników Beck i Rabinowitsch dochodzą do wniosku, że aglutynacya hodowli Arloing-Courmonta nie jest swoistym objawem gruźlicy, a przez to samo też nie może służyć za podstawę serodyagnostyki tej choroby. Podobne jest też zdanie C. Fraenkla, który z pomiędzy 15 osobników gruźliczych tylko u 5, t. j. 33%, uzyskał wynik dodatni; z pomiędzy 22 nie-gruźliczych tylko u 5, t. j. 22%.

Zachęceni przez wspaniałe wyniki badaczy francuskich i Bendixa, postanowiliśmy doświadczenia te powtórzyć, zwłaszcza, że dzięki uprzejmości WP. Prof. S. Arloinga zakład otrzymał jedną z oryginalnych jego hodowli. W niniejszej pracy przedstawiamy wyniki tych badań, które, jak się spodziewamy, mogą się nieco przyczynić do wyjaśnienia tak bardzo zajmującej sprawy. Co się przedewszystkiem tyczy hodowli samej, możemy w głównych zarysach potwierdzić wyniki Arloinga i Courmonta; mąci ona dość szybko (w ciągu 3—5 dni) bulion glicerynowy, dając jednostajnie zmącenie; na skośnym agarze, jak również na surowicy Löfflera, daje bujny, brudno-biały, wilgotnie połyskujący nalot. Hodowle bulionowe okazują swoisty aromatyczny zapach, właściwy zwykłym hodowlom gruźlicy, a po dłuższem staniu tworzy się grudkowaty osad; jeżeli zaś przez dłuższy czas nie wstrząsa się hodowli, bulion się wyjaśnia, a bakterye zbijają się w grudkowate masy, albo spadające na dno, albo tworzące na powierzchni kożuch, przypominający typową hodowlę gruźlicy, tylko nie tak gruby i pofałdowany. Morfologia bakteryj w tych hodowlach jest bardzo zmienna; obok typowych cienkich laseczek widzieć można często świecące ziarenka, przypominające ziarniaki, w starszych zaś hodowlach grube laseczki o maczugowatych kształtach, lub też dość oryginalne formy olbrzymie, złożone z dwóch takich maczug, złączonych cieńszymi końcami, — formy, — które spostrzegał również i Dubard i tłómaczył jako formy poronne strzępek *(Hyphe)*.

Rozgałęzień, które według tego autora dają się spostrzegać w osadzie takich hodowli, myśmy nigdy nie zdołali dopatrzeć. Skaczące i pląsające ruchy, które laseczki okazują w młodych hodowlach, a które Arloing i Courmont pojmują, jako objawy prawdziwej ruchliwości, musimy zgodnie ze zdaniem Becka i Rabinowitscha, jakoteż C. Fraenkla, zaliczyć do kategoryi ruchów drobino-

wych; ruchu własnego w ścisłem rozumieniu w naszych hodowlach nigdy nie spostrzegaliśmy. Co się tyczy odporności wobec kwasów, to możemy potwierdzić wyniki Arloinga i Courmonta; mianowicie, w młodych hodowlach laseczki nie są odporne, lecz dopiero po dłuższem trwaniu hodowli; w preparatach z młodych hodowli około $^2/_3$ wszystkich laseczek daje się odbarwić. Beck i Rabinowitsch znajdują w swych hodowlach laseczki stale odporne na działanie kwasów, zaś C. Fraenkel podaje, że tylko przy zbyt długiem podbarwianiu błękitem metylenowym część laseczek się odbarwia (i to zachowanie już nie odpowiada typowym hodowlom gruźliczym). Musimy jednak stwierdzić, że i w preparatach wcale nie podbarwianych ta sama ilość laseczek jest odbarwiona, że tedy trudno podbarwieniu przypisywać wpływ, o jakim mówi C. Fraenkel. Jadowitość hodowli jest według Arloinga i Courmonta osłabiona, lecz mimo to wstrzyknięcie 1 ctm.³ do otrzewnej morskich świnek wywołuje „piękne rozsianie gruzełków po sieci“. Beck i Rabinowitsch znaleźli po zastrzyknięciu dość wielkich ilości hodowli kilka drobnych gruzełków wielkości główki od szpilki w sieci, brak zmian ogólnych; według C. Fraenkla niektóre zwierzęta po zastrzyknięciu większych ilości hodowli padają w ciągu kilku dni lub po dłuższym czasie, lecz sekcya nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych gruźliczych. My dotąd rozporządzamy tylko jednem doświadczeniem na morskiej śwince; świnka ta padła w 2 miesiące po zastrzyknięciu 3 ctm.³ hodowli do otrzewnej; sekcya wykazała gruźlicze zwyrodnienie sieci zbitej w kłębek, w innych zaś narządach nieobecność wszelkich zmian gruźliczych.

Przechodząc do omówienia techniki naszych badań, musimy przedewszystkiem zgodnie z Arloingiem i Courmontem zaznaczyć, że wiek hodowli wywiera wielki wpływ na wynik odczynu; hodowle młode, uboższe w laseczki, dają się łatwo aglutynować, podczas gdy starsze, gęsto zmącone, aglutynują się znacznie trudniej i okazują odczyn wyraźny dopiero po dłuższym czasie. Jeżeli jednak taką hodowlę zbyt gęstą rozcieńczamy bulionem, to zachowuje się ona potem jak młoda: widocznie tedy albo zbyt wielka ilość bakteryj albo zgęszczenie podłoża utrudnia aglutynacyę. Lecz także hodowle, co do których wpływ tego czynnika da się wykluczyć, a więc hodowle wieku 7—12 dni, okazują znaczne wahania w łatwości, z jaką ulegają aglutynacyi; do punktu tego, którego nie umiemy sobie na razie wytłómaczyć, wrócimy jeszcze niżej. Badaliśmy aglutynacyę przeważnie drobnowidowo w kropli wiszącej, która to metoda ze względu na wygodną manipulacyę i małą ilość surowicy, potrzebnej do odczynu, zasługuje na pierwszeństwo wobec makroskopowej; oczywiście na wstępie przekonaliśmy się w szeregu doświadczeń, wykonanych równolegle zapomocą obu metod o zgodności ich wyników. Jak się dowiadujemy z najnowszej pracy Buarda, także i on, zarówno jak Rothamel, stosowali metodę drobnowidową. Obraz, jaki się uzyskuje przy badaniu surowicy aglutynującej, jest rozmaity; jeżeli surowica aglutynuje silnie, obraz zupełnie przypomina obrazy typowego odczynu Widala: zbite kupki poplątanych bezładnie laseczek, między niemi pole widzenia zupełnie wolne. Przy próbie makroskopowej w tych przypadkach widzimy zupełnie jasny bulion ponad zbitym osadem, to też do tych przypadków nazwa „aglutynacyi“ da się zastosować bez zastrzeżeń. Przy słabszem działaniu aglutynacyjnem widzimy w obrazie drobnowidowym pomiędzy kupkami mniejszą lub większą ilość odosobnionych, nieruchomych laseczek, przy próbie makroskopowej bulion jest jaśniejszy, niż w rurkach, użytych do kontroli, lecz nie zupełnie jasny, osad zaś niedokładnie odgraniczony. Do takich przypadków dałaby się zastosować nazwa, wprowadzona przez Arloinga: *„clarification“*, — lecz nie widzimy dostatecznego powodu, żeby nazwę tę rozciągać na cały odczyn i w ten sposób niepotrzebnie kawałkować pojęcie aglutynacyi, jak to czynią Beck i Rabinowitsch. Zwykle robiliśmy rozcieńczenia $^1/_5$, $^1/_{10}$ i $^1/_{20}$, czasem zaś i wyższe, preparaty trzymaliśmy w ciepłocie pokojowej i oglądaliśmy po 1, 2 i 18—24 godzinach. W razie silnej aglutynacyi odczyn widoczny jest już po kilku minutach, w innych przypadkach występuje dopiero po 1—2 godzinach, lecz zawsze po 18—24 godzinach widzimy wzmożenie się aglutynacyi w porównaniu z obrazem po 2 godzinach. Zgodnie z Arloingiem uważaliśmy tylko wartości $^1/_5$ i wyższe za dodatnie; co prawda, jak zobaczymy niżej, i tę granicę należy uważać za dowolną, lecz zatrzymaliśmy ją, chcąc ściśle spełnić wymagania, stawiane przez samych wynalazców metody. Zupełnie niedopuszczalnem zdaje się nam jednak poczytywanie odczynów przy $^1/_1$ za dodatnie i użytkowanie ich, jak to czyni Buard; badanie 10 bez wyboru się nadarzających przypadków dało nam we wszystkich wyniki dodatnie przy $^1/_1$. Jeżeli zaś Buard twierdzi, że w przypadkach gruźlicy odczyn ten przy $^1/_1$ szybciej występuje, niż w innych, to musimy na to odpowiedzieć, że we wszystkich naszych 10 przypadkach odczyn był zupełny najwyżej w przeciągu 2 minut i że rozróżnianie szybkości odczynu w obrębie tego czasu zostawia zbyt wielkie pole ocenie podmiotowej, nie mówiąc już wcale o tem, że różne hodowle z różną łatwością i szybkością ulegają aglutynacyi, jak to już wyżej poruszyliśmy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Mowa powstaje zatem jako odruch spostrzegawczy, będący następstwem zmysłowego wrażenia słuchowego, a później odbywa się jako odruch wyobrażeniowy, wywołany myślami i wyobrażeniami. Podobnie pismo ma swoje źródło w „onomatopoesis“, t. j. w popędzie naśladowania wszystkich zjawisk natury w obrazach. Pismo obrazowe jest matką pisma fonetycznego (hieroglify). Mowa powstała więc nie jako czynność świadoma; nie jest ona wynalazkiem człowieka, lecz dziełem natury, nie „thesis“, lecz „physis“. Powstawszy bez świadomości i zamiaru, wykonuje się potem ze świadomością i zamiarem. Podobne zjawisko widzimy w rozwoju czynności narządów zmysłowych i ruchowych. Jest to bowiem zasadą ogólną rozwoju fizyologicznego i psychologicznego, że czynności świadome bywają poprzedzone wykonywaniem tych samych czynności nieświadomie (Kussmaul). Zatem mowa u dorosłego człowieka odbywa się w ten

sam sposób i temi samemi drogami, któremi się rozwija u dziecka. Przypatrzmy się teraz temu sposobowi i tym drogom.

Dziecko wkrótce po urodzeniu doznaje wrażeń zmysłowych. Przez narząd słuchowy w *a* i drogi słuchowe *a—s* (*p. rys. I*), wrażenia słuchowe dostają się ciągle od obwodu do mózgu, a mianowicie do pewnego miejsca w korze mózgowej *s*, które jest przeznaczone do przyjęcia podobnych wrażeń. W miarę powtarzania się częstego tych bodźców powstają w tem miejscu kory pewne zmiany trwałe, które wrażenia takie utrwalają, t. j. wytwarza się możność zatrzymania ich i przetrwania bodźca zewnętrznego, czyli innemi słowy rozwija się tym sposobem pamięć. Z czasem nagromadza się w korze zapas obrazów wyrazowych, lub słuchowych słownych które później mogą być tam wywołane, lub pobudzone dowolnie z pamięci nawet bez bodźca ze-

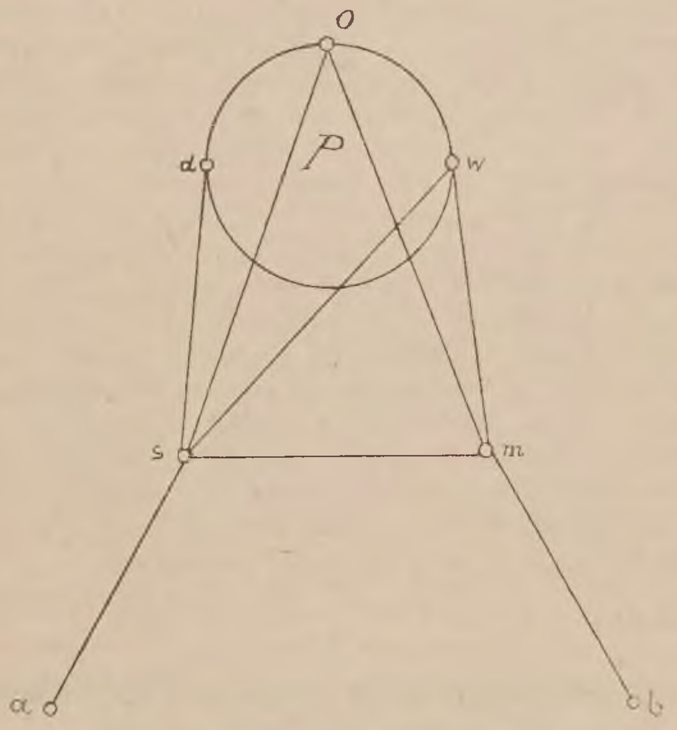


Fig. I.

wnętrznego i którymi się posługujemy przy mówieniu. Miejsce to nazywamy ośrodkiem sensorycznym, czyli czuciowym słuchu, albo polem pamięciowem dla obrazów słuchowych (*Klangbildcentrum*) (Wernicke), które przedstawia ośrodkowe zakończenie n. słuchowego.

Każde ograniczone pole kory mózgowej, które ma pewne odrębne zadanie czynnościowe, nazywamy ośrodkiem. Zdolność zaś pierwiastków nerwowych ulegania pod wpływem przemijających bodźców trwałym zmianom i zatrzymania śladów zaszłych pobudzeń, zowiemy pamięcią. Przytem rozróżniamy pamięć właściwą, to jest zdolność zatrzymania i utrwalania doznanych wrażeń, od wspomnienia, t. j. od zdolności przywoływania sobie do pamięci, odtwarzania w sobie tych wrażeń. Czynność takiego ośrodka zależy od pobudzeń dawniej w nim zaszłych. Na zasadzie takiej czynności i zdolności układu nerwowego polega też wszelkie ćwiczenie, wszelkie uczenie się, przyczem zauważyć można, że to, co nam w początku przychodziło z trudnością, z czasem staje się łatwem.

Takich ośrodków jest w korze mózgowej bardzo wiele. Wszystkie stoją ze sobą w związku anatomicznym, fizyologicznym i czynnościowym, dzięki włóknom nerwowym przewodzącym i łączącym. Po wytworzeniu się ośrodka *s* wychodzą z niego bodźce, prądy nerwowe do innego ośrodka *m*, który kieruje ruchami mechanicznymi, wykonywanymi przy mowie. Ośrodek *m*, pobudzony drogą *s—m*, wysyła znów bodźce ruchowe, inerwujące ku obwodowi, do *b*, do nerwów i mięśni narządów artykulacyjnych. Dziecko, będące w okresie rozwoju woli i naśladownictwa, zaczyna powtarzać słyszane dźwięki i głosy. Wernicke sądzi, że w pewnym wieku dziecka podrażnienie ośrodka słuchowego przez wrażenia słuchowe wywołuje uczucie przyjemne, które dziecko usiłuje samowolnie wywołać przez naśladowanie słyszanych dźwięków. W ten sposób przychodzi do skutku naśladowanie bez zrozumienia (*echolalia*). W miarę powtarzania się tych bodźców drogi i ośrodki rozwijają się i doskonalą coraz więcej; pozostawiają one ślady w *m*, gdzie wytwarza się pamięć ruchów mięśniowych artykulacyjnych, niezbędnych do wydobycia głosu, w celu wymówienia słowa. Miejsce to nazywamy ośrodkiem ruchowym mowy (*Sprachbewegungscentrum*). Im doskonalej droga *a—s—m—b* jest wprawiona i wyćwiczona, tem lepiej dziecko jest w stanie słyszane słowa powtarzać i z czasem wytwarza się w mózgu skojarzenie słyszanych głosek z czuciami, zależnemi od ruchów artykulacyjnych, mających miejsce przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków. Od powtarzanego słowa dochodzą znów obrazy dźwiękowe do ośrodka słuchowego i wrażenia dotykowe wykonanych ruchów — do ośrodków ruchowych w płacie czołowym mózgu; te to wyobrażenia wtórne umożliwiają kontrolę i poprawność powtarzanego wyrazu. Początek powtarzania tego u dziecka przypada przed końcem pierwszego roku życia.

Na tem jednak nie koniec. Ośrodki *s* i *m* po swojem rozwinięciu rozsyłają bodźce dalej, do innych ośrodków, połączonych z nimi. Jeżeli dziecko ma także rozumieć wyraz słyszany, to wrażenie słuchowe musi być połączone z innymi ośrodkami zmysłowymi. Pojęcie jakiegoś przedmiotu przychodzi do skutku dopiero przez połączenie wszystkich wrażeń, które on drogą narządów zmysłowych w mózgu wywołuje. Wyobrażenie przedstawia sumę pojedynczych wrażeń zmysłowych, które nam umożebniają przywołanie do świadomości wszystkich cech jakiegoś przedmiotu. N. p. wyobrażenie róży jest sumą wrażeń i obrazów pamięciowych woni, kształtu i uczucia dotyku. Pojęcie chleba składa się z obrazu wzrokowego, z obrazu pamięciowego smaku, dotyku (przy obmacywaniu i żuciu) i z obrazów słownych, t. j. słuchowych i ruchowych przy wymawianiu oraz wzrokowych przy czytaniu. Tu najważniejszymi są obrazy wzrokowe i smakowe; dla innego pojęcia zaś, n. p. pojęcia dzwonu, najważniejszym jest obraz dźwiękowy.

A więc ośrodek *s* inerwuje i pobudza ośrodki *d* (dotyku), *w* (węchu) *o* (*wzroku*) i t. d., które przez włókna t. zw. kojarzenne pozostają ze sobą w związku. Ten związek jest tak ścisły, że wystarcza pobudzenie jednego ośrodka, ażeby zaraz i inne zostały pobudzone i wywołały wyobrażenie zmysłowe. I tak, sam zapach róży budzi wyobrażenie przedmiotu, jego obraz wzrokowy ze wszystkiemi jego atrybutami, jak barwa, kształt i t. p.; albo słysząc głos znanego człowieka, lub tylko imię jego, mamy zaraz przed oczami jego osobę, t. j. postać, ubranie, a nawet wyobrażenia oderwane, np. jego przymioty duchowe itd. Odczu-

wając zapach znanej potrawy, tworzymy w wyobraźni jej kształt, czujemy jej smak, jej zbitość. Słysząc trąbkę straży ogniowej, budzi się w nas wyobrażenie o ogniu, dymie, widzimy przybory strażackie, wodę, beczki, konie, słyszymy krzyki, gwar itd. Usłyszana nazwa jakiego znanego przedmiotu, wywołuje w pamięci wszystkie cechy jego i cały szereg wyobrażeń z nim się łączących. Robimy węzeł na chustce, by sobie przypomnieć jakieś wyobrażenie przez sam widok węzła. Możemy zatem obudzić drogą wrażeń zmysłowych nietylko pamięć zmysłową, lecz także wyobrażenia oderwane.

Sprawę pojęcia podciągnięto szematycznie pod nazwę „ośrodka pojęciowego“ *(Begriffscentrum)* i przedstawiano go przez ośrodek wyobrażeniowy *P*, który jest połączony z anatomicznie uchwytnymi ośrodkami ruchowymi i czuciowymi, jak *m* i *s*. W rzeczywistości takiego osobnego ośrodka dla pojęcia niema, jak niema osobnego ośrodka dla siedziby duszy. Ośrodek pojęcia, ideacyi *P* nie jest więc jednostką jednolitą anatomicznie, lecz przedstawia połączenie wielkiej ilości spraw duchowych, jest wyrazem wszystkich czynności duchowych, potrzebnych do zrozumienia, do pojęcia *in specie* wyrazu, spraw odbywających się w całej korze mózgowej i składających się z sumy obrazów pamięciowych i spostrzeżeń zmysłowych, z których każde z osobna może na zawołanie się wynurzyć i być wywołane w wyobraźni. Pewne pojęcie może także być wywołane przez inne pojęcie pokrewne, n. p. widok łanu pod zbożem może budzić pojęcie chleba, strajku rolnego i t. p.

Tak więc połączenie ośrodka słuchowego *s*. z innymi ośrodkami *d. w. o.*, które razem dla uproszczenia nazwijmy *P*, umożebnia dziecku pojęcie i zrozumienie słyszanego wyrazu. A zatem ucho pojmuje wyraz, jako szmer niewyraźny; w *s* powstaje wyraźne, ale niezrozumiałe wrażenie, a dopiero w *C* ma miejsce zrozumienie wyrazu, jego pojęcie. Ballet to wyraża tak: „qu'un mot vienne frapper l'oreille il y est reçu, puis est conduit jusqu'à la première temporale, qui le perçoit comme son différencié et de là va ébranler un on plusieurs autres centres“.

W dalszym rozwoju zostaje inerwowaną droga C-*m*, t. j. droga od pojęcia do ośrodka ruchowego dla mowy i wtedy dopiero dziecko jest w stanie nietylko co słyszy powtarzać i rozumieć, lecz także samodzielnie mówić. Mianowicie powstające pojęcie w P. inerwuje drogami *P-s* i *P-m* ośrodki słuchowe i ruchowe, które razem stanowią wyobrażenie o słowie, t. zw. pojęcie słowne *(Wortbegriff)*. Od pobudzonych tą drogą obrazów ruchowych i słuchowych idą bodźce ku obwodowi do narządów artykulacyjnych w *b*., w celu wywołania wyrazu odpowiadającego pojęciu.

Według Ołtuszewskiego najwcześniej, bo już począwszy od 8 miesiąca, przychodzi do skojarzenia pamięci słuchowej z innymi ośrodkami, a zatem do rozumienia mowy, a następnie dopiero do powtarzania, które przypada na koniec pierwszego roku. Dla mowy samodzielnej wymaganą jest sprawna już pamięć słuchowa i ruchowa, t. j. zdolność wyobrażenia sobie, albo pobudzenia samodzielnego dobrze już rozwiniętych obrazów słuchowych i ruchowych danego słowa. Przytem wyobrażenie słuchowe musi trwać aż do wypowiedzenia ostatniej głoski, dla ogarnięcia następujących po sobie zgłosek w jednę całość i złączenia ich w jedno słowo. Zestawienie tych głosek przy mowie wymaga przeto więcej pamięci, czasu i zdolności kojarzenia, niż samo spostrzeżenie, zrozumienie lub powtórzenie. Z tych to powodów samodzielna mowa najpóźniej się rozwija, bo z końcem 3-go roku życia.

Wszystkie te wyżej wymienione drogi są anatomicznie już preformowane, nie są jednak jeszcze czynne u noworodka. Czynność ich fizyologiczna wyrabia się dopiero przez wprawę, przez ćwiczenie, do którego dają powód bodźce ze świata zewnętrznego drogą od narządów zmysłowych obwodowych do ośrodków zmysłowych korowych. W ten sposób można odróżnić następujące czynności, składające mowę głosową:

1) słyszenie bez rozumienia; czynność ta odbywa się drogą *a—s;*

2) rozumienie słyszanego, droga *a—s—P;*

3) powtarzanie słyszanego bez rozumienia, droga *a—s—m—b;*

4) powtarzanie słyszanego z rozumieniem drogą wyrażoną pod 3) + *s P;*

5) samodzielna mowa odbywa się drogami *Psm. Pm.* i *mb*.

W tym szemacie można porównać *s* z tylnymi rogami rdzenia pacierzowego, *m* z przednimi; w ten sposób mamy przed sobą łuk odruchowy psychiczny. W tym łuku dają się odróżnić dwie główne części, mianowicie: 1) ośrodki korowe i ich połączenie z obwodem, t. j. z narządami zmysłowymi i ruchowymi. Część tę nazywa Meynert układem rzutowym; ośrodki zaś *s* i *m* nazywa polem rzutowem. 2) Drugą część, to jest pola rzutowe i włókna kojarzące je z sobą nazywają się podług Meynerta układem kojarzennym. Czynność skreśloną pod 1) polegającą na słyszeniu i porozumieniu dźwięków w *s*, zowiemy czynnością pierwotnej identyfikacyi lub utożsamienia; czynność zaś określoną pod 2) i polegającą na znalezieniu właściwego danemu i rozpoznanemu dźwiękowi pojęcia w *P*, zowiemy czynnością następowej identyfikacyi. Porównano *s* z stacyą, która otrzymuje telegram, *P* zaś — z tym, który, jako ostateczny odbiorca, telegram rozumie i nadaje odpowiedź w *m*, t. j. w stacyi nadawczej, ta zaś odsyła ją na zewnątrz przez wywołanie odpowiednich ruchów, potrzebnych do wyrażenia tej odpowiedzi w *b*. Ta czynność, odbywająca się właśnie drogą *s—P* i *P-m*., jest czynnością następowej identyfikacyi (Wernicke). Drogi nerwowe, łączące ośrodki jednego układu rzutowego ze sobą, nazywają się drogami kojarzennemi, wewnątrzkorowemi; drogi zaś łączące ze sobą ośrodki różnych układów ruchowych — drogami kojarzennemi pozakorowemi. (Ciąg dalszy nastąpi).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Moritz Benedikt: **Das biomechanische (neovitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie.** *(Verlag von Gustav Fischer in Jena 1903).*

Tylko człowiek z takiem klinicznem doświadczeniem i takiej erudycyi, jak Benedikt, mógł podjąć się napisania tej pracy, będącej wstępem do „Stanu ogólnej patologii na początku bieżącego wieku“. Z pracą autora może niejeden się nie zgodzi, lecz każdy mu przyzna, że jest ona głęboko obmyślana i od początku do końca konsekwentnie przeprowadzona. Książka ta ma obok właściwie wytkniętego celu także i cel uboczny, że się tak wyrażę „agitacyjny“

mianowicie zwrócenie uwagi na konieczność empiryi w naszej nauce i zastosowanie do medycyny nauk matematycznych. Na poparcie swych twierdzeń wypowiada B. prawdy, które popiera dosadnymi dowodami. Przez biomechanikę rozumie B. neowitalizm, czyli naukę o układzie cząstek, umożliwiających czynności życiowe i o rodzaju tych czynności, jako następstwie zapasów, nagromadzonych w narządach. W dziewięciu rozdziałach roztrząsa autor omawiany przedmiot, mianowicie rozpoczyna od biomechaniki komórki, omawia działalność komórki w odległości, przy pomocy soków i układu nerwowego, oraz działalność na odległość układu nerwowego. Dowodem matematycznej ścisłości autora są rozdziały, w których zastanawia się nad zasadniczem prawem objawów życiowych, nad biomechanicznem prawem minimalnem i nad biomechanicznem prawem o trwonieniu w naturze. Biomechanika rozrostu jest jeszcze dosyć ciemną, a do poznania jej doprowadzi bliższe zapoznanie się z jego dynamiką. Omówiwszy jeszcze biomechanikę prądu krwi, w której się powołuje po największej części na to, co dawno już wypowiedział, zastanawia się nad biblijnym Adamem i Ewą, dochodząc do wniosku, że historya obydwóch tych postaci i o pochodzeniu od nich ludzkości, nie dają się z punktu widzenia naukowego w żaden sposób pojąć.

Jak widzimy B. porusza w tej książce doniosłe sprawy życiowe, omawia je w sposób prawdziwie filozoficzny i z punktu widzenia wyższego. Ścisły zakres sprawozdawcy nie pozwala nad nimi szczegółowiej się zastanowić, gdyż wymagają one osobnego studyum. *Dr. Lachs.*

Dr. Stephan Vàmossy: **Beiträge zur Geschichte der Medicin in Pressburg.** *(Pozsony-Pressburg, 1092, str: XVI—307).*

Monografie pojedynczych miast, nie posiadających uniwersytetów, przedstawiają zazwyczaj dosyć mało zajęcia dla szerszego świata lekarskiego. Przyczyną tego bywa ta okoliczność, że materyał w nich zawarty miewa zazwyczaj tylko miejscowe znaczenie i że bardzo często bywa po dyletancku zużytkowany. Inaczej się rzecz ma, jeżeli autor tego rodzaju pracy opiera się w niej o historyę ogólną, a pod względem lekarskim o powszechną historyę medycyny. W takim razie ze znaczenia jedynie miejscowego rozprawa nabiera doniosłości ogólnej. Taką jest praca, której tytuł powyżej przytoczyliśmy. Vàmossy jest lekarzem miejskim w Preszburgu, zna dokładnie stosunki miasta, poruczonego jego lekarskiej pieczy; ma przystęp do archiwum preszburskiego i pracuje z zamiłowaniem nad przeszłością medycyny i Preszburga. Przedmiot to dla nas dość odległy i dość nam obcy. Zainteresowuje nas jednak, bo się opiera, jak to już zauważyliśmy, o ogólną historyę medycyny. Gdzie tylko się potemu sposobność zdarza, nie zapomina Vàmossy zwrócić na to uwagi czytelnika. To też praca jego cieszy się uznaniem węgierskiej Akademii Umiejętności, która ją gorąco poleciła.

Co tylko archiwum w Preszburgu zawierało, zużytkował autor z nabożnością, godną sprawy, jakiej się podjął. Trudną zaś ona była, bo V. postanowił zbadać stosunki lekarskie Preszburga od najdawniejszych czasów, — kiedy jeszcze laicy, księża i dyletanci medycyną się opiekowali — aż do czasów Maryi Teresy. Te same stosunki, które spotykamy w wielu innych miastach i krajach w początkach rozwoju nauk lekarskich, były miarodajne i dla Węgier, a z nimi i dla Preszburga. Dopiero w pierwszej połowie XVI-go wieku znajdujemy zmianę w tym kierunku, gdyż wtedy widać już wybitny wpływ stosunków wiedeńskich.

Liczba lekarzy była w rozmaitych wiekach bardzo zmienną, a pisanie recept weszło w zwyczaj dopiero w wieku XVI-tym. Honorarya lekarskie bywały wtedy dosyć wysokie, a uiszczali je tylko zamożni, gdyż dla biednych istniał już od XV-go w. lekarz miejski, którego obowiązkiem było leczenie bezinteresowne. Vàmossy wymienia bardzo sumiennie wszystkich lekarzy, — o ile tylko ich nazwiska mógł odszukać, — którzy się bądź urodzili w Preszburgu, bądź też jakiś czas w nim swój zawód wykonywali. W liczbie ich znajdujemy nazwiska jak Raygerów, Rulanda, Segnera — wynalazcę kółka, nazwanego jego imieniem i wielu innych. Nie zapomina jednak i o niższej służbie lekarskiej, o balwierzach, chirurgach, akuszerkach i o — kacie, który swoim torturowanym ofiarom „musiał pierwszej pomocy udzielać i pamiętać także i o czyszczeniu kloak“. Obok zabezpieczenia zdrowia obywatelom, zarząd miasta musiał pamiętać o nadzorze nad domami publicznymi i o utrzymaniu ich w należytym stanie. Tych i innych szczegółów znajdujemy wiele w książce V., który, załatwiwszy się z nimi, przedstawia nam historyę chorób nagminnych, jakie Preszburg w owych czasach nawiedzały. Opisane tu zwyczaje stanowią bardzo ciekawy przyczynek do historyi oświaty Preszburga.

Przyjemny dodatek dla czytelnika tej pięknie wydanej i pisanej książki stanowi „*Regimen sanitatis Salernitanum*“. *Dr. Lachs.*

IV. Wyciągi.

Kehr. 1) **O chirurgicznem leczeniu kamicy żółciowej.** *(Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts;* zeszyt 24). 2) **Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamyków żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego.** *(Therapie der Gegenwart* 1902, zeszyt 10). Dawniej trudno było przedstawić sobie chorego na kamicę bez żółtaczki, której przecież bywa brak w 80 do 90% przypadków kamyków w pęcherzu żółciowym i przewodzie pęcherzykowym, a nawet wobec kamyków w przewodzie żółciowym i wątrobowym nie ma jej w 30% przypadków. Prawie równie często brakuje obrzęku wątroby. Częsty brak żółtaczki jest rzeczą naturalną, bo kamica długi czas odbywa się tylko w pęcherzu, a wędrowanie kamyków należy wprost do rzeczy wyjątkowych. Jak wykazały setki operacyj, kolka żółciowa polega zwykle na zapaleniu błony śluzowej pęcherza żółciowego, przez co przewód pęcherzykowy obrzmiewa, a przypływ i odpływ żółci zostają wstrzymane; rzadko natomiast kolka żółciowa występuje z powodu skurczów pęcherza, wypełnionego kamykami. Zapalenie błony śluzowej polega prawie zawsze na zakażeniu prątkiem okrężnicowym, łańcuszkowcami i gronkowcami, podczas gdy kamyk sam ledwieby mógł wywołać zapalenie. Tak też można sobie wytłómaczyć, że kolka żółciowa jest stosunkowo rzadka wobec nadzwyczajnego rozpowszechnienia kamicy, gdyż prawie na każdych 10 sekcyj dorosłych znachodzimy raz kamyki żółciowe i autor oblicza, że na ludność całego państwa niemieckiego dwa miliony ma kamyki żółciowe, a tylko 5%, tj. 100.000, odczuwa z powodu tego dolegliwości, u 1,900.000 zaś kamyki zachowują się spokojnie, prawie jako nieszkodliwe ciała obce. Nazywamy to okresem, lub stanem utajonym. Jeśli zapalenie w pęcherzyku ustaje, puchlina jego staje się także jałową i utajoną, a nawet otoki pęcherza żółciowego nie wywołują często żadnych objawów. Wiemy dziś, że największa część t. zw. „kurczów żołądkowych“ polega jedynie na sprawach zapalnych pęcherza żółciowego. Do zapalenia pęcherza przyłącza się często i zapalenie okołopęcherzykowe, wywołujące różne zrosty, które mogą być potem źródłem kolki, choć kamyków wcale już niema. Kamica żółciowa niesłusznie uchodziła dotychczas za chorobę niewinną; jest to choroba poważna i złośliwa, której niebezpieczeństwa ustępują leczeniu wewnętrznemu tylko w 50% przypadków, natomiast zapomocą leczenia chirurgicznego wyleczenie następuje w 95%. Nigdy nie należy się spuszczać na wyleczenie siłami przyrody, które Naunyn miał stwierdzić w 30 przypadkach jako przetoki wytworzone między narządem żółciowym a jelitami; po największej części bowiem kamyki jeszcze zostają, a przetoki mogą ułatwić zakażenie dróg żółciowych. Dlatego też autor nie zaleca sztucznych połączeń dróg żółciowych z jelitami.

Autor wcale nie sądzi, że każdy chory na kamicę żółciową musi być operowanym; żądanie Riedla, ażeby operować każdy przypadek w samym początku choroby, uważa K. teoretycznie za słuszne, lecz w praktyce nie da się ogólnie przeprowadzić. Natomiast sądzi on, że wobec ostrego surowiczo-ropnego zapalenia pęcherza żółciowego i wobec przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego zbyt rzadko i zbyt późno się operuje. Autor uznaje, że w wielu przypadkach można na długi czas osiągać stan utajenia zapomocą leżenia, picia wód alkalicznych i t. d.: szczególnie wobec zapalenia pęcherza żółciowego t. zw. przewlekle nawrotowego leczenie w Karlsbadzie, Neuenahr lub w domu, regularnie przeprowadzone tak daleko usunie kolki, że niema powodu do naglenia z operacyą. Okłady

gorące (termofory), leżenie w łóżku i picie wody karlsbadzkiej przez kilka tygodni dają pod tym względem najlepsze wyniki.

W leki żółciopędne K. nie wierzy i uważa na razie rozpuszczanie kamyków za niemożebne. Karolowe Wary, szczególnie „Sprudel“ działają w ten sposób, że przez znaczną poprawę krążenia w układzie żyły bramnej ustępują sprawy zapalne w pęcherzu i przewodzie żółciowym i znika obrzmienie błony śluzowej tak, że z łatwiej spływającą żółcią małe kamyki łacniej odejść mogą. Po największej części jednak kamyki są za duże, by mogły odejść i choroba wstępuje tylko w okres utajony. Coroczny pobyt w Karlsbadzie może chorobę stale w tym okresie utrzymać, a stały stan utajenia równa się prawie wyleczeniu. Taki skutek następuje w 50% przypadków. Stosowanie „mięsienia wibracyjnego“ w sprawach zapalnych narządu żółciowego nie odpowiada zasadom nauki. Jeśli napady są lekkie i w międzyczasie okolica pęcherza żółciowego jest zupełnie niebolesną, K. nie operuje.

Nietylko w pęcherzyku, lecz także w przewodzie żółciowym i pęcherzykowym kamyk również może długi czas pozostać utajonym i mimo uwięźnięcia nie wywołać najmniejszych dolegliwości; gdyż nie kamyk wywołuje bóle, lecz nagromadzający się za nim wysięk zapalny w pęcherzu, względnie w drogach żółciowych. Ostrą niedrożność przewodu żółciowego wspólnego z małymi wyjątkami należy leczyć wewnętrznie, bo kamyki uwięźnięte mogą odejść drogą fizyologiczną, a chory podczas kolki, osłabiony z powodu bólów i zakażenia, nie nadaje się do większych zabiegów operacyjnych. Natomiast wobec niedrożności przewlekłej przewodu żółciowego i bezskuteczności leczenia karlsbadzkiego nie należy długo zwlekać z operacyą. Jeśli występują objawy wyraźne zapalenia dróg żółciowych, a żółtaczka, chera i zupełny brak łaknienia długo chorego wyniszczają, należy rozważyć, czy operacya nie jest konieczną. Kolka bez żółtaczki i bez odejścia kamyków wymaga operacyi wobec lichego stanu ogólnego, upośledzenia zdolności do zarobkowania i z powodu życia zatrutego. Przypadki z żółtaczką i każdorazowem odejściem kamyków należą do internistów; jeśli zaś napady często się powtarzają, chory znacznie podupada i niema nadziei całkowitego wydalenia kamyków, wtedy operacya jest pożądaną. Puchlina i otok pęcherza żółciowego, oraz sprawy ropne okolopęcherzykowe przypadają chirurgom. Tylko jeśli wyjątkowo puchlina jałowa nie wywołuje żadnych objawów, można czekać, dopóki nie wystąpią dolegliwości uciążliwe. Morfiniści pod każdym warunkiem muszą być operowani i czas leczenia pooperacyjnego nadaje się wyśmienicie do odzwyczajenia ich od morfiny. Tak lekarz, jak i chory łatwo decydują się na operacyę, jeśli da się wykazać guz pęcherza żółciowego, obrzęk wątroby i jeśli występują żółtaczka i gorączka. Lecz i bez zmian miejscowych w wątrobie i pęcherzu żółciowym należy operować wobec długotrwałych znacznych dolegliwości, nie ustępujących pod wpływem leczenia wewnętrznego. W takich przypadkach znachodzimy często zrosty pęcherza bez kamyków. Bo jeśli pęcherz żółciowy z otwartym przewodem pęcherzykowym jest zrośnięty z żołądkiem, dwunastnicą lub siecią, wywołuje on różnorodne i trudne do rozpoznania cierpienia, a chorych takich po największej części leczy się z powodu wrzodu żołądka, lub niestrawności nerwowej. Tu zluźnienie zrostów i wycięcie pęcherza żółciowego usuwa kolki, a zatwardzenie, migrena, ucisk w żołądku, odbijanie i liczne inne dolegliwości znikają po operacyi. Sprawy następowe po kamicy żółciowej, jak zapalenie ropne dróg żółciowych, ropień wątroby, zapalenie otrzewnej z powodu przebicia, ropień podprzeponowy, zwężenia znaczne odźwiernika i dwunastnicy, a często i niedrożność jelit z powodu kamicy żółciowej, muszą być leczone chirurgicznie.

Leczenie raka pęcherza żółciowego powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze, a chorzy, cierpiący na kamicę i pochodzący z rodzin, w których zdarzały się częściej przypadki raka, powinni jak najwcześniej poddać się operacyi; niestety, przebieg kamicy w przypadkach, w których pęcherz żółciowy później rakowato wyrodnieje, jest często zupełnie utajonym tak, że prawie zawsze z operacyą za późno się przychodzi. Może w 33% przypadków kamicy przyłącza się zapalenie trzustki, które ustępuje po wycięciu pęcherza i sączkowaniu przewodu wątrobowego. Dlatego też chorzy z żółtaczką przewlekłą, nie polegającą ani na kamyku w przewodzie żółciowym, ani na chorobach nieuleczalnych wątroby, muszą najpóźniej trzy miesiące po rozpoczęciu się żółtaczki być operowani, ponieważ nie tak rzadko zamiast domniemanego raka głowy trzustki znachodzimy uleczalne śródmiąższowe zapalenie trzustki.

Z operacyj najchętniej K. wykonuje tylko cięcie przewodu wątrobowego w połączeniu z wycięciem pęcherza i w końcu do przewodu wątrobowego szczelnie wprowadza sączek gumowy, przez który cała żółć na zewnątrz się wydziela; odsetek śmiertelności w tych operacyach nie przekracza obecnie 3%. Przez sączkowanie przewodu wątrobowego dochodzimy i do kamyków zawartych w głębszych drogach wątrobowych i przez odprowadzenie na zewnątrz zakażonej żółci możemy skutecznie walczyć z niebezpieczeństwem zapalenia dróg żółciowych. Przez wycięcie pęcherzyka żółciowego, połączone z sączkowaniem przewodu wątrobowego, osiągnięty zostaje cel, który chirurgia w leczeniu kamicy żółciowej wytknąć mogła, t. j. usunięcie nietylko kamyków obecnych, lecz także zapobieżenie o ile możności dalszemu się ich wytworzeniu. Już dawno bowiem jest udowodnionem, że najgłówniejszem miejscem tworzenia się kamyków jest sam pęcherz żółciowy i że pierwotne powstanie kamyków w drogach wątrobowych należy do nadzwyczajnych rzadkości.

Stosunek kobiet do mężczyzn u operowanych był 5: 1. Mężczyźni, szczególnie otyli, nie dobrze znoszą operacyę, natomiast nadają się dobrze kobiety, które już rodziły. W ostatnim czasie K. operował trzech chorych powyżej lat 70 z wynikiem dodatnim. Wskazania do operacyi u bogatych brzmią odmiennie, aniżeli u biednych: ci ostatni bowiem nie są w stanie korzystać z dobrodziejstw leczenia w Karlsbadzie i żyć ściśle wedle przepisów dyetetycznych. Wobec cukrzycy, miażdżycy, przewlekłego zapalenia nerek, chorób płuc i serca, znacznej otyłości i t. d. należy o ile możności wystrzegać się operacyi. Najważniejszem jest szybkie i gruntowne operowanie, przyczem autor nie radzi operować w domu prywatnym, bo leczenie następowe jest często o wiele ważniejsze, niżeli sama operacya. Nawrotów prawdziwych, t. j. ponownego tworzenia się kamyków w zupełnie opróżnionym pęcherzu żółciowym autor nie zauważył; w 10% powstają nawroty niewłaściwe, t. j. zapalenia w pęcherzu i zaburzenia z powodu zrostów i przepukliny.

Autor wyraża przekonanie, że leczenie kamicy stanie się więcej chirurgicznem, jeśli lekarze praktykujący częściej będą się przypatrywali operacyom i przez dokładne wyuczenie się anatomii patologicznej kamicy *in vivo* wyćwiczą się w rozpoznawaniu i stosownem wybieraniu przypadków. *Dr. Fels.*

Berrwut. **Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z następowem wypadnięciem sieci, wyleczony przez laparotomię.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 41, 1902). Autor, zawezwany do wieloródki po porodzie bliźniaczym w celu wydobycia zatrzymanego łożyska, znalazł sterczącą z ujścia sieć, która wydostała się z jamy otrzewnowej przez ukośne pęknięcie macicy. Odrazu wykonał laparotomię, amputował część sieci i ranę macicy zeszył. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy do dnia piątego. W dniu tym bez zasięgnięcia porady lekarza mąż chorej podał jej silny odwar senesu, poczem wystąpiły bardzo silne bóle; chcąc ulżyć cierpiącej rozciął mąż opatrunek, poczem nastąpiło rozstąpienie się rany powłok brzusznych. Następnego dnia chorą przyniesiono do szpitala, gdzie ranę po oczyszczeniu powtórnie ze-zyto, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. *P.*

Mendel. **Pęknięcie macicy w porodzie, wyleczone bez zabiegu operacyjnego.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). M., zawezwany do wieloródki w 24 godzin po odejściu wód, znalazł stan rodzącej całkiem dobry; brak pierścienia skurczowego i położenie płodu poprzeczne, postawa druga. Wobec tego wykonał obrót i wydobył płód mały, nieżywy. Bezpośrednio po urodzeniu płodu rodząca zaczęła blednąć, tracić przytomność, a tętno stało się ledwie wybadalne. Ponieważ łożyska wygnieść się nie dało, wprowadził rękę do jamy macicy i natrafił na duże pęknięcie jej ściany po stronie prawej. Za wyciągniętą ręką wypadła pętla jelita przed szparę sromową aż na pościel. Odprowadziwszy pętlę jelita do jamy otrzewnowej, M. wytamponował całą jamę macicy i pochwę gazą jodoformową, wywierając równocześnie na dno macicy ucisk zapomocą dużego worka z lodem. Chora po 14-tu dniach wyzdrowiała i miała później rodzić jeszcze dwa razy prawidłowo. *P.*

Toff. **Dwa przypadki ciał obcych w macicy.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 38, 1902). Autor znalazł w macicy w rok po poronieniu pozostawiony w niej podczas tamponowania zwitek gazy grubości dwóch palców, a 30 ctm. długi. W drugim przypadku, zawezwany do poronienia w czwartym miesiącu ciąży, znalazł w jamie macicy patyk 5 ctm. długi, 2½ ctm. gruby. Patyk ten pochodził z rośliny *helleborus niger*, która według zapatrywania ludu w Rumunii ma własności sprowadzenia poronienia. *P.*

Schrötter. **Wyjęcie ciała obcego z prawego płuca zapomocą bronchoskopii drogą naturalną.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 45). S. opisuje następujący przypadek: Do kliniki zgłosiła się chora ze skargami na dolegliwości, jakich doznała podczas jedzenia mięsa. Badanie wykazało obecność kawałka kości w tchawicy na wysokości mniejwięcej 6-go pierścienia; zapomocą szczypczyków usunięto ten kawałek kości, wielkości 5 × 2 mm. W 3½ lat później zgłosiła się chora ponownie do kliniki. Badanie kazało przypuszczać rozszerzenie oskrzela. Podejrzywając, czy czasem razem z wyjętym poprzednio kawałkiem kości nie

dostał się inny do płuc, wykonano bronchoskopię górną. Udało się wprowadzić przez usta rurkę do tchawicy i oskrzela prawego aż do gałęzi, idącej do płatu dolnego prawego na głębokości 29,5 ctm. od zębów; wykryto obecność ciała obcego na tej głębokości. Po wielu usiłowaniach udało się w końcu wydobyć ciało na zewnątrz. Cały zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowem. Ciało obce okazało się kosteczką wielkości 8 × 5 mm. Po usunięciu ciała obcego objawy rozstrzeni oskrzelowej ustąpiły. *Dr. Teofil Zalewski.*

Winternitz. **Wybór metody leczenia tyłozgięcia macicy.** (*Wiener med. Presse* 1902, Nr. 42). Objawy tyłozgięcia macicy i sposób jego leczenia są rozmaite; ostatnie zależeć będzie od wieku chorej, dalej od tego, czy i ile razy rodziła. Dla łatwiejszego zrozumienia sposobów postępowania dzieli W. chore, dotknięte tyłozgięciem macicy, na grupy. Do pierwszej zalicza kobiety, które nie rodziły, u których macica jest ruchoma i brak jest innych zmian chorobowych w macicy i w przydatkach. Do objawów tyłozgięcia w tej grupie zalicza ból w krzyżach, rozpromieniający się ku nogom, a nadto rozmaite objawy nerwowe i histeryczne. Cierpienie miejscowe jest w tych przypadkach zdaniem autora bez znaczenia, dlatego leczenie powinno być ogólne przeciw objawom nerwowym lub histerycznym, a tylko w tych przypadkach, w których chora odnosi sama swoje cierpienia nerwowe do złego położenia macicy, tam stosować leczenie miejscowe, którego wpływ jest więcej psychiczny. Do drugiej grupy należą osoby, które rodziły, a które prócz tyłozgięcia nie okazują żadnej innej choroby, ani zboczenia w częściach rodnych. W przypadkach tych założenie krążka lub wykonanie odpowiedniej operacyi daje wyniki znakomite. Do następnej grupy zalicza autor wieloródki, u których czy to wskutek zwiotczenia, czy pęknięcia międzykrocza, prócz tyłozgięcia macicy jest jeszcze wypadanie ścian pochwy. Osoby te prócz bólu w krzyżach skarżą się na opadanie i ucisk w dole. W tych przypadkach cierpienia te usuwać mają krążki lekkie, okrągłe, które niekoniecznie dobrze prostują macicę, ale usuwają wypadanie pochwy, a ztąd i najprzykrzejsze cierpienia. Do ostatniej wreszcie grupy zalicza tyłozgięcia macicy, powikłane z innemi cierpieniami, bądź samej macicy, bądź przydatków. Objawy chorobowe będą znacznie cięższe i odnieść je należy do schorzeń dodatkowych, a nie do samego tyłozgięcia. Leczenie zależeć będzie od towarzyszącej zmiany chorobowej. *P.*

Dr. Engels (Marburg). **Bakteryologiczne próby jałowości rąk po ich odkażeniu metodą Ahlfelda, Mikulicza, kombinacyami wyskoku z formaldehydem i bacylolem.** (*Archiv f. Hygiene.* Tom 45, Zeszyt 3, 1902). Metoda Ahlfelda (mycie mydłem i szczotką w gorącej wodzie, potem w 96% wyskoku) może być stosowaną z powodzeniem w mniejszych zabiegach operacyjnych; do większych się nie nadaje, gdyż wyskok nie odkaża dostatecznie głębszych warstw. Metoda ta, sprowadzona przez Mikulicza do mycia wyskokiem mydlanym, nie daje zupełnie dobrych wyników: posługując się dla sprawdzenia wyników skrzynką Paul-Sarwey'a, której autor stale w swych doświadczeniach używał, nie otrzymał nigdy jałowości, nawet nie stwierdził ani razu znaczniejszego zmniejszenia się kolonij. Wyskokowe rozczyny formaliny posiadają bardzo silne własności bakteryobójcze, jak stwierdzają doświadczenia z *staphylococcus pyog. aur.*, *pyocyaneus*, *prodigiosus i bac. typhi abd.*, jednakże do odkażania rąk się nie nadają, gdyż już w 1% rozczynach wywołują silny wyprysk, a przytem mają nieznośny zapach. Natomiast wyskokowe rozczyny lysoformu (2%) mogą być użyte do odkażania rąk z zupełnem powodzeniem: jałowość osiągnięto w 70,7%, gdy przy metodzie Ahlfelda zaledwie w 29,1%. Hexametylentetramin, znany pod nazwą forminu, aminoformu lub urotropiny, okazał się najzupełniej nieprzydatnym. Wszystkie powyżej omówione środki przewyższa bacylol, któremu fizyczne i bakteryobójcze własności zapewniają naczelne miejsce w szeregu różnych środków odkażających; wyróżnia się bacylol przyjemnym i krótkotrwałym zapachem, wysoką zawartością kreosolów (52%), brakiem własności drażniących skórę i trujących. Rozczyny wyskokowe bacylolu (2—3%) już po ½-minutowem działaniu zabijają: *staphylococcus pyog. aur.*, *prodigiosus*, *bac. typhi abd.*, sarcyny, to też wyniki odkażania rąk były jeszcze lepsze, niż przy lysoformie.

Z. Czaplicki.

Prof. Heinricius. **O myomotomii z pozaotrzewnowem leczeniem kikuta według Chrobaka.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 67, zeszyt 2. 1902). Postępowanie operacyjne w przypadkach guzów mięśniakowych macicy przechodziło rozmaite koleje i do dnia dzisiejszego nie istnieje metoda ogólnie przyjęta. W r. 1891 podał Chrobak swój sposób operowania, używany odtąd przez wielu operatorów z rozmaitem powodzeniem. Autor, rozporządzając 118 przypadkami, operowanymi tą metodą, sądzi, że wyniki jego przyczynią się do ocenienia tej operacyi; podaje on w krótkości historye choroby wszystkich przypadków. Wskazanie do operacyi zależy bardzo często od stanowiska społecznego, zatrudnienia i innych stosunków kobiety, dotkniętej tą chorobą; w ściśłem tego słowa znaczeniu wskazanie do operacyi stanowią przypadki, w których guzy mięśniakowe szybko rosną, okazują zwyrodnienie, wywołują bóle, często i obfite krwotoki, gromadzenie się płynu w jamie brzusznej, ucisk na narządy sąsiednie, upośledzenie zdolności do pracy; jeżeli występują objawy uwięźnienia, nie dające się usunąć w inny sposób, wreszcie przy ciąży, jeżeli można przewidzieć, że wskutek tych guzów mogłyby wystąpić znaczne przeszkody przy porodzie. W technice operacyjnej H. odstąpił nieco od pierwowzoru, podanego przez Chrobaka. Krótki opis postępowania operacyjnego jest następujący: Przed operacyą dokładnie oczyszcza się pochwę wodą sublimatową i tamponuje gazą jodoformową. Chorą układa się według Trendelenburga. Po otwarciu jamy brzusznej wkręca się w guz 1 lub 2 korkociągi. Zapomocą igły Deschampsa podwiązuje się z obu stron przydatki macicy (u młodych kobiet zostawia się o ile możności jeden jajnik); następnie robi się cięcie łukowate na przedniej dolnej części macicy, a wreszcie na tylnej, w celu otrzymania dwóch płatów otrzewnowych. Dalej odpreparowuje się górną część szyjki macicy z otaczającej tkanki okołomacicznej i zakłada z każdej strony zapomocą igły Deschampsa po jednej podwiązce, któreby obejmowały już gałązkę tętnicy macicznej. Później usuwa się cały guz (wraz z macicą i górną częścią szyjki) zapomocą termokauteru Paquelina, którym równocześnie wypala się, a temsamem rozszerza się pozostały kawał szyjki macicznej, do którego wprowadza się wązki pasek gazy jodoformowej; koniec ośrodkowy tego paska wyciąga asystent przez pochwę na zewnątrz. Następnie zeszywa się szwem ciągłym (katgut) otrzewnę nad podwiązkami odciętych przydatków macicy i nad kikutem; wskutek tego osiąga się to, że wszystkie podwiązki i kikut leżą zaotrzewnowo. Wreszcie zeszywa się powłoki brzuszne, w trzecim dniu po operacyi wyjmuje się pasek gazy jodoformowej. H. nie zaszywa samego kikuta, w celu uniknięcia możliwego jego następowego obumarcia. W ten sposób operował H. wszystkie przypadki (118); dwie kobiety umarły wskutek zakażenia; śmiertelność więc wyniosła 1·65%; w 78 przypadkach okres pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; w 9-ciu przypadkach nastąpiło krótkotrwałe wzniesienie ciepłoty; w reszcie przypadków okres pooperacyjny był zaburzony przez wystąpienie nieprzewidzianych powikłań, które jednak wkrótce przeszły. Autor uważa tę metodę operacyjną za lepszą od metody Doyena, polegającej na zupełnem wyjęciu macicy.

Dr. E. Ehrenpreis.

Szyłow. **Przypadek przełożenia trzew** (*situs inversus viscerum*) **z rzadką wrodzoną wadą serca.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 33). S. opisuje przypadek, w którym przełożenie trzew wikłało się z ciekawą i rzadką wadą serca. Klinicznie cechował go, oprócz objawów gruźlicy płuc i przełożenia trzew, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca: uderzenie serca było rozlane, najwyraźniejsze u prawego sutka; wybitnie występował mruk koci; w ostatnich dniach życia wystąpiły zatory tętnic na stopach i goleniach. Chory umarł, licząc 12 lat. Sekcya wykazała niezupełne przełożenie trzew: jelito ślepe pozostawało na właściwem miejscu; inne narządy były przełożone. Serce miało 3 jamy: 2 przedsionki i jedną komorę; od komory odchodziły tętnice: główna i płucna, rozdzielone niewielką przegrodą; przegrody komór sercowych nie było prawie zupełnie; światło tętnicy głównej było nieco mniejsze, niż zwykle. Przedsionki leżały w porządku odwrotnym: prawy miał znaczenie lewego; do prawego dochodziły żyły płucne, do lewego żyły główne (*v. v. cavae*). Komóra łączyła się z przedsionkiem prawym, który zawierał 3 zastawki. Przedsionki łączyły się przez otwór, znajdujący się nad zarośniętym prawie otworem owalnym. Żyła główna dolna miała dużą zastawkę. Do przedsionka prawego dochodziło 3 żyły, jedna z nich miała zastawkę. Tę żyłę autor uważa za jedną z żył głównych; dwie zaś inne za płucne, które, jak wiadomo, zastawek nie posiadają. *Witold Orłowski.*

Prof. Winogradow. **Znaczenie metody bakteryologicznej w rozpoznawaniu chorób zakaźnych.** (*Russkij Chirurgiczeskij Archiw* 1902, Nr. 2). Badania Winogradowa (Petersburg) zmierzały do rozstrzygnięcia pytania, czy można sztucznie wprowadzić drobnoustroje do narządów trupa i czy z tych narządów można otrzymać takie same preparaty, jakie otrzymujemy np. w chorobach zakaźnych. Okazało się, że nawet do narządów ustalonych można z łatwością wprowadzić drobnoustroje na różną głębokość; drobnoustroje szerzą się w przestworach tkanin i w naczyniach tak, jak to ma miejsce w warunkach zwyczajnych. Ztąd wynika, że wykrycie drobnoustrojów w trupie jeszcze nie wystarcza dla niewątpliwego rozpoznania choroby zakaźnej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie śmierć następuje o tyle szybko, że choroba nie zdradza się wybitnemi zmianami anatomicznemi.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Kadjan. **Powietrzne torbielki na jelitach.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 37). Kadjan podaje nadzwyczaj rzadki przypadek, w którym cała otrzewna była usianą pęcherzykami, napełnionymi powietrzem. Dotyczył on chorej, lat 31 liczącej, która od trzech lat cierpiała to na rozwolnienie, to na zaparcie stolca, czasemi nudności i wymioty; przy badaniu stwierdzano w jamie brzusznej miejscami stłumienie odgłosu i chełbotanie; gorączki chora nie miała. Przypuszczając gruźlicę otrzewnej, lub przewlekłe zwężenie jelit, dokonał autor cięcia brzusznego w linii środkowej ciała. Po wydaleniu z jamy brzusznej znacznej ilości płynu pienistego, spostrzeżono na pętlicach jelitowych i na otrzewnej ściennej pęcherzyki wielkości główki od szpilki do orzecha laskowego. Pęcherzyki zawierały powietrze; niektóre z nich były więcej twarde; zwężenia jelit nie znaleziono. Gruczoły krezkowe były powiększone i zserowaciałe. Operacyę tę przyszło w krótkim czasie powtórzyć dwukrotnie; podczas ostatniej z nich okazało się, że znaczna część pęcherzyków znikła. Badanie wyciętych pęcherzyków wykazało, że składają się one z kilku warstw komórek śródbłonkowych. Oprócz K., przypadek podobnej choroby, zwanej *pneumatosis cystoides*, spostrzegał za życia tylko Hahn; na sekcyi stwierdzono ją zaledwie kilka razy; patogeneza tej choroby dotychczas jest ciemna.

Witold Orłowski.

H. Joy i F. Wright. **Rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego na podstawie leukocytozy.** (*Med. News*, — *The Lancet*, 26 kwietnia, 1902). Systematyczne badanie krwi przyniosło nadzwyczaj pożyteczne wyniki w rokowaniu, a zwłaszcza w rozpoznawaniu różnych chorób (dur brzuszny, zimnica, sprawy ropne i t. d.). W ostatnich czasach pojawiły się prace o zachowaniu się krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Joy i Wright na podstawie licznych badań nadają wielkie znaczenie systematycznemu liczeniu ciałek białych w tej chorobie. Z ich spostrzeżeń wynikają następujące praktyczne wskazówki: Jeżeli objawy kliniczne i wywiady wskazują na zapalenie wyrostka robaczkowego, należy bezzwłocznie oznaczyć liczbę białych ciałek we krwi. Jeśli liczba leukocytów jest znaczna, naprzykład około 16.000 w 1 mm.^{3}, a inne objawy chorobowe same przez się są ciężkie. wskazana jest niezwłoczna operacya: przypadek przedstawia się o tyle poważnie, że zwlekając z operacyą, łatwo można stracić chwilę, dającą pewne prawdopodobieństwo powodzenia. Kiedy liczba leukocytów waha się między 13.000 a 16.000 i obraz kliniczny jest umiarkowanie ciężki, operacya jest zapewne pożądana, lecz wolno pewien czas czekać, zwłaszcza jeżeli są inne jakie okoliczności, przemawiające przeciw zabiegom operacyjnym. Należy zliczyć powtórnie ciałka białe po 4—8 godzinach i jeżeli leukocytoza zwiększyła się dajmy na to na 1000 lub więcej w 1 mm.^{3}, należy uznać wzmagające się niebezpieczeństwo i niezwłocznie przystąpić do operacyi.

Jeśli pierwsze obliczenie wykaże mniej niż 16.000 ciałek białych w 1 mm.^{3} (przypuszcza się, że chory pozostaje pod opieką lekarską od samego początku choroby), a następne badania nie wykazują wzrastania leukocytozy, przypadek jest lekki, a rokowanie i bez operacyi jest dobre. Przytoczone wnioski, gdyby nawet nie miały znaczenia bezwzględnego, mogą jednak być w wątpliwych razach bardzo pożytecznymi, gdy na mocy obrazu klinicznego trudno zdecydować się, czy należy przystąpić do operacyi, czy też wyczekiwać. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

J. Nicolaysen. **Doświadczalne zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Nordiskt Med. Arkiv — Journal of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor badał stosunek między zapaleniem kiszek, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, wywołując te sprawy u zwierząt przez zakażanie ich bakteryami. Stwierdził on, e zmiany zaszłe są podobne do tych, jakie bywają u człowieka w przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Zwierzęta, karmione bakteryami, znajdowanemi u człowieka w zapaleniu wyrostka robaczkowego, miały owrzodzenia i inne głębokie zmiany w wyrostku robaczkowym; natomiast przewód pokarmowy zdawał się być niezajętym, jeżeli nie brać pod uwagę obrzęku kępek Peyera. Zmiany w wyrostku były tem silniej uwydatnione, im zwierzęta dłużej żyły po zakażeniu ich lasecznikiem okrężnicy, podanym w pokarmach. Najgłębsze zmiany spostrzegano od 9-go do 15-go dnia po zakażeniu. Najczęściej otrzymywano owrzodzenie z przebiciem wyrostka.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Dr. Sołowij. **Przyczynek do znajomości anatomii patologicznej łożyska.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 4, 1902). Na tle swoich spostrzeżeń guzów łożyskowych poddaje autor krytyce wszystkie opisane dotychczas przypadki tak zwanych nowotworów łożyskowych i dochodzi do następujących twierdzeń: 1) w zapaleniu włóknikowem łożyska (placentitis fibrosa) najwyraźniej wpadają w oko zmiany ścian naczyniowych (endo-peri-i mesovasculitis), jakoteż tworzenie się tkanki łącznej i nowych naczyń. 2) Histogenetycznie przedstawia „placentitis fibrosa“ tęsamą sprawę, jaką znajdujemy w t. zw. zawale, w bujaniu i przeroście tkanki podstawowej kosmków i w tak zwanych dobrotliwych guzach łożyskowych. 3) Wszystkie dotychczas opisane dobrotliwe guzy łożyskowe nie należy uważać jako właściwe nowotwory; są one bowiem najprawdopodobniej przyrody zapalnej i odpowiadają mniej-więcej obrazowi „placentitis fibrosa“. 4) Przyczyną najczęstszych zmian łożyskowych zdaje się być przymiot. *Dr. E. Ehrenpreis.*

A. Barker. **Wlewanie podskórne wycieńczonym chorym węglowodanów, jako przygotowanie do zabiegów chirurgicznych.** (*Brit. Med. Forn. — Phil. Med. Journ.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor jest zwolennikiem zaleconego przez Lennandera sposobu przygotowywania chorych wycieńczonych do poważnych operacyj przez wlewanie im pod skórę glukozy. Stosuje on 5% roztworu glukozy w normalnym solnym roztworze; litr takiego płynu można wprowadzić w ciągu doby. Wlewaniu nie towarzyszy ból, niema też ono ujemnego działania na gojenie się rany i nie wpływa na występowanie cukru w moczu. Roztwór ten jest izotoniczny z krwią i nie wywołuje żadnego odczynu ze strony ustroju.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

W. Osler. **W sprawie amebowego ropnia wątroby.** (*Med. News — Phil. Med. Journ.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor podaje w wątpliwość utarty pogląd, jakoby ropniowi wątroby towarzyszyła zawsze leukocytoza: w niektórych przypadkach, przezeń spostrzeganych, nie stwierdzono powiększenia liczby ciałek białych we krwi. Również nie zawsze zdarzają się w omawianem cierpieniu owrzodzenia jelit: czerwonka mogła być na kilka miesięcy przedtem i owrzodzenia mogły zupełnie zagoić się, gdy zaczął rozwijać się ropień w wątrobie. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Rudolph: **Leczenie gruźlicy płuc zapomocą przetworów wapniowych przy równoczesnem wstrzykiwaniu tuberkuliny.** (*Sémaine medicale* 1902 Nr. 50). Jak wiadomo, proces leczniczy gruźlicy przewlekłej polega na wytwarzaniu się tkanki włóknistej naokoło ogniska gruźliczego, lub też na otorbieniu gruzełka złogami soli wapniowych. Wstrzykiwania tuberkuliny, powodując każdorazowe miejscowe przekrwienie naokoło ognisk chorobowych, mają na celu ułatwić ustrojowi wytwarzanie tkanki włóknistej. Natomiast leczenie dzisiejsze gruźlicy nie stara się o stworzenie warunków, w których sole wapniowe łatwiej i obficiej mogłyby się wytwarzać, jakkolwiek już dawno przetwory wapniowe uważano — bez znajomości przyczyny — za czynnik bardzo skuteczny w leczeniu gruźlicy.

Leczenie to wznawia dr. Rudolph z Magdeburga. Równocześnie z wstrzykiwaniami tuberkuliny stosuje on chorym co wieczór lewatywę ze 150—200 gramów wody wapiennej, rozcieńczonej w połowie zwykłą ciepłą wodą. Chory przyzwyczaja się bardzo łatwo do zatrzymywania płynu przez dłuższy czas w kiszkach. Równocześnie biorą chorzy trzy razy dziennie po pół łyżeczki mięszaniny, zawierającej węglan i fosforan wapniowy w równych częściach. To leczenie „wapniowe“ nie wywołuje nigdy u chorych zaburzeń, ani ubocznych skutków.

Dr. Rudolph wypróbował ten sposób u 5 chorych z daleko posuniętą gruźlicą płuc, stwierdzoną bakteryologicznie. U jednego z tych chorych wszelkie objawy chorobowe ustąpiły zupełnie; u 4 innych otrzymano polepszenie o wiele znaczniejsze, niż się da uzyskać zapomocą zwykłych sposobów leczenia. *Dr. T. Żeleński.*

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

(Ciąg dalszy).

Kobieta w ciąży, nie szanująca się i narażająca się na choroby, stwarza sztucznie lub też nieświadomie warunki dla

przerwania ciąży i sprowadza poronienie lub poród w jednym z ostatnich trzech miesięcy, lecz zawsze przed końcem prawidłowego okresu. Już z formuły przysięgi starożytnych greckich lekarzy, podanej nam przez Hipokratesa, możemy wnosić, że dawniej równie często jak dzisiaj nagabywano lekarzy z prośbami o spędzenie płodu, lub o środki zapobiegające zastąpieniu. Hipokrates znał cały szereg takich środków, które się używały już to w formie leków, napojów, potraw, lub też pod jakąkolwiek inną postacią. *(Hippocrat. de mulier. morb. lib. 1.)*. Natomiast Soranus odsłania nam w dziewiętnastym rozdziale pierwszej księgi swojego katechizmu całą ohydę ówczesnych stosunków rzymskich, przyznając całkiem otwarcie, jak często kobiety się udawały do lekarzy po środki dla spędzenia płodu. On rozróżnia pod tym względem trojakie środki, mianowicie „ἀτόκια“ środki zapobiegające zastąpieniu, „φθόρια“ środki lecznicze, sprowadzające śmierć płodu i co za tem idzie poronienie i „ἐκβόλια“ środki mechaniczne, wywołujące oderwanie się jaja płodowego i jego wypadnięcie z macicy. Ze wszystkich trzech rodzajów wymienia ich cały szereg Galen, a pomimo, że nie wykonywał na większą skalę praktyki ginekologicznej, był przecież i w tę jej część dosyć dokładnie wtajemniczony. Rozróżnia on wogóle trojakiego rodzaju przyczyny poronień, z których jedne zależą od matki, drugie znajdują się w samym płodzie, a inne znowu, niezawisłe od matki i od płodu, bo sztucznie sprowadzone naszymi zabiegami leczniczymi lub mechanicznymi. Matka może sama świadomie lub nieświadomie spowodować poronienie, nie zachowując się podług powyżej podanych przepisów, a więc wykonywując nadmierne ruchy, spożywając za wiele lub za mało pokarmów, poddając się wzruszeniom umysłowym, śpiewając zanadto głośno i t. d. Prócz tych mogą jeszcze w związku z matką zachodzić przyczyny poronień zupełnie przypadkowe, za które ona wcale nie odpowiada. Do tych należą w pierwszym rzędzie choroby, przedewszystkiem zaś te, którym towarzyszy gorączka, choroby macicy lub narządów z nią sąsiadujących, a więc pęcherza, nerek, jelit, miesiączka pomimo ciąży i wszelkie krwawienia pochodzące z części rodnych, nagromadzanie się śluzu w miejscach, gdzie się naczynia błon schodzą z naczyniami macicy, zanik pokarmu w sutkach, brak wypróżnień, lub rozwolnienie, — wreszcie zbyt wątła budowa matki. Dziecko, znajdujące się w łonie matki, może samo sprowadzić poronienie przez zbyt silne ruchy, przez zanadto silny swój rozrost i przez swoją śmierć. Ze środków leczniczych zaś należą tu w pierwszym rzędzie środki czyszczące, leki, które dzisiaj znamy pod nazwą poronnych, upusty krwi itd.

Niektóre z wymienionych przyczyn potrzebują wyjaśnienia. I tak, mówiąc o zbyt silnych ruchach matki, ma Galen na myśli przestrogę, udzieloną nam przez Hipokratesa, który, chcąc u pewnej śpiewaczki wzniecić poronienie, kazał jej skakać. Zabieg nie zawiódł *(Hippocr. de natura pueri.)* i zwrócił swoją precyzyą tak powszechną na siebie uwagę, że Soranus nawet uważał sobie za obowiązek nań wskazać. *(Soranus lib. I. cap. XIX. 60)*.

Ostre choroby matki, o ile dotyczą także części rodnych, jak n. p. róża macicy, — jeżeli nie sprowadzają pierwej śmierci matki, — stają się powodem poronień lub porodów przedwczesnych przez to, że zabijają naprzód płód, a ten, jako nieżywy, powoduje wypróżnienie macicy. *(in aphor. Hippocr. com quint. 43)*.

Wszelkie krwawienia w ciąży, czy to z części rodnych, czy też sztucznie upustami krwi wywołane, wpływają przez odciąganie pokarmu na osłabienie płodu, a w dalszem następstwie są w stanie sprowadzić poród przedwczesny *(in aph. Hippocr. com quint. 31, 60* i *in VI. lib. de vulg. morbis com. VII. 28)*. Niebezpieczeństwo to rośnie w prostym stosunku do czasu trwania ciąży, gdyż w późniejszych miesiącach ciąży płód więcej potrzebuje pokarmu, aniżeli w początkowych, a krwawienia tego tak się obawiali starożytni lekarze, że prawie żaden nie zapomniał zwrócić na nie uwagi. Należą tu przedewszystkiem, jak widzieliśmy, Hipokrates, szkoła aleksandryjska, Celsus, który wogóle pierwszy miał odwagę wystąpić przeciw nadużywaniu upustów krwi dla celów leczniczych *(lib. II. cap. X.)*, Soranus *(lib. I. cap. IX. 65)* z pewnemi wprawdzie zastrzeżeniami, a jak dziś widzimy i Galen.

Zanik pokarmu wprowadzają prawie wszyscy nasi starożytni poprzednicy w związek z poronieniem. Tak czynił między innymi Hipokrates *(„mulieri utero gerenti, si mammae derepente gracilescant, abortionis periculum est.“ aphorism. sectio quinta. K. III.)*, wedle którego nawet przy ciąży bliźniczej zanik pokarmu w jednym lub w obydwóch sutkach zapowiadał śmierć jednego, a względnie obydwóch płodów. To samo powtarzają Celsus *(lib. II. cap. VII.)* i Soranus. Ten ostatni jednakowoż, nie spostrzegając tego objawu pomimo swego bystrego zmysłu obserwacyjnego, nie podaje go z własnego doświadczenia, lecz powołuje się jedynie w swojem nieograniczonem zaufaniu do Hipokratesa na jego świadectwo. *(Soranus lib. I. cap. XVIII.)*. Galen uważa objaw ten za jeden z najczęstszych, zapowiadających niezawodnie grożące niebezpieczeństwo, gdyż wielokrotnie przy każdej sposobności zwraca nań naszą uwagę, zapewniając ostatecznie, że on go często sam spostrzegał. *„et mihi saepius observanti visae sunt in supradictis occasionibus ante corruptionem mammae fuisse extenuatae“. (in aphorism. Hippocr. com. quint. 53)*.

Co się tyczy związku panującego między tymi dwoma objawami, to zauważyć musimy, że żaden z nich nie jest ani przyczyną, ani następstwem, lecz obydwa są zupełnie równorzędne, a występują z powodu komunikacyi pomiędzy naczyniami macicy i sutków. Tak przynajmniej wnosić należy z komentarza Galena do wyżej przytoczonego aforyzmu Hipokratesa, wedle którego przy braku krwi w naczyniach macicy, jako pokarmu dla płodu, występuje także niedokrwistość naczyń sutkowych, a w następstwie tego brak krwi, mającej się zamienić w mleko.

Rozwolnienie dowodzi choroby jelit. Ta zaś z łatwością udziela się z powodu blizkiego sąsiedztwa częściom rodnym, które w następstwie tego jako chore nie zatrzymują płodu i nastaje poronienie.

Mimo tych różnych przyczyn, które Galen starał się w przypadkach poronień wykazać, zdarzały mu się i takie, dla których nie mógł znaleźć żadnej przyczyny. W tych nieprzyjemnych w praktyce przypadkach, dla których musiał chociażby dla siebie samego pozorną, a i dla pacyentki niezrozumiałą znaleźć taką przyczynę, któraby nosiła na sobie wszelkie pozory uczoności, uciekał się do spekulacyi, co mu tym razem ułatwił Hipokrates. Ten bowiem wypowiedział teoryę dla tych, źle bez widocznych powodów kończących się dla płodów przypadków, według której wypełnienie się śluzem naczyń macicznych w miejscu ich zrastania się z naczyniami błon, nie pozwalając na zrost tych naczyń między sobą, powoduje poronienie. *„si uteri acetabula pituita oppleta fuerint, menses pauciores contingunt, et si uterum gestet, ubi foetus robustior evaserit, eum corrumpit“. — (Hippocr. de mulier. morb. lib. I.* i *aphor. sectio quinta str. 745)*. Galen solidaryzuje się z nim na tym punkcie; co jednakowoż Hipokrates uważa za pewne, to Galen przyjmuje tylko za prawdopodobne, powiadając *„est enim verisimile in his (sine manifesta occasione) esse plena mucore ora vasorum venientium ad uterum, ex quibus secundae pendent: quae ora acetabula nominavit non ad natas ipsis carnes glandulosas (in aph. Hippocr. com. quint. 45)*.

Ruchy płodowe mogą dla matki o tyle mieć szkodliwe następstwa, o ile one są zbyt silne, gdyż wtedy mogą sprowadzić pęknięcie błon otaczających płód, odpłynięcie wód i co potem jest nieuniknione, poronienie. — Zbyt silny rozrost płodu należy w ten sposób jako przyczynę poronienia rozumieć, że płód, potrzebując więcej, aniżeli wśród zwykłych warunków pokarmu, szuka go w łonie matki, a gdy go tam nie znajduje, przebija pęcherz, by się wydostać na

zewnątrz. *(in aph. Hippocr. com. quint. 37).* — Ze środków leczniczych należą tu, prócz wymienionych upustów krwi, przetwory czyszczące i poronne, jak np. odpowiednio przyrządzone fasole z octem i aloesem, liście cyprysowe i wiele innych, z których niektóre, jak n. p. klejożywica panakowa *(opoponax)*, suszone figi ze sodą, bylica *(artemisia) (de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.)* znajdują się i u Soranusa *(lib. 1. cap. XIX.)*. Czy Galen znał i środki mechaniczne, działające w tym samym celu wprost na błony płodowe, trudno stanowczo powiedzieć. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, gdyż mówiąc o lekach poronnych, wspomina o środkach sprowadzających pęknięcie „niektórych błon". Trudno przypuścić, żeby miał na myśli przetwory lecznicze, działające jedynie na niektóre błony. Najprawdopodobniej ma więc na myśli nasze zabiegi, którymi błony płodowe przebijamy. *(de nat. facultat. lib. III. cap. XII.)*. Jeszcze bardziej usprawiedliwia to nasze przypuszczenie inne miejsce tego samego rozdziału, gdzie Galen. wprost mówi o przebiciu błon, mającem na celu sprowadzenie poronienia. *„porro praedictorum utrumaliquando non naturae sponte, sed violenter incidit, quo casu abortus provocatur"*.

Prócz powyżej wymienionych warunków, które mogą przerwać ciążę, istnieją jeszcze, — jakkolwiek nie tak groźne, — inne, których według Galena przecież nie można uważać za prawidłowe. Tu należą te przypadłości, które dzisiaj znamy pod nazwą niepewnych oznak ciąży, a mianowicie bóle głowy, obrzęki kończyn, brak łaknienia, zaparcie stolca i ostatecznie przypadłości, objęte nazwą *„pica". (in VI. lib. Hippocr. de vulg. morb. com. octav.)*. Co starożytni pod tą nazwą rozumieli, o tem poucza nas Galen *(de symptomatum causis lib. I. cap. VII. K. VIII.)*, a jeszcze dokładniej Soranus poświęcający jej cały rozdział. *(Soranus lib. 1. cap. XV.)*. Wedle Galena polega ona na chuciach, objawiających się w zamiłowaniu do rzeczy ostrych, kwaśnych, ziemi cymolijskiej, gliny i co najprzykrzejsze na wymiotach. Stan ten trwa tylko do końca drugiego lub trzeciego miesiąca, gdyż w tych miesiącach przychodzi do nagromadzenia się nadmiaru treści z tego powodu, że zarodek mało jeszcze zużywa dla siebie krwi. *(de symptom. caus. l. c.)*. Soranus, który podaje zarazem sposób leczenia tego cierpienia, powiada, że zazwyczaj rozpoczyna się ono czterdziestego dnia ciąży i że odtąd trwa najdłużej cztery miesiące. Może więc wedle niego trwać aż do połowy szóstego miesiąca ciąży.

Jeżeli nie narażamy matki na te szkodliwe wpływy, lub gdy ona wychodzi z walki z nimi zwycięzko, natenczas ciąża trwa dalej. Już sama natura, która u Galena nic bez pewnego celu nie czyni, starała się wobec tylu jej grożących niebezpieczeństw przyjść matce w pomoc i zaopatrzyła macicę w specyficzną siłę, która jej pozwala płód zatrzymać aż do kresu ciąży. Galen nazywa tę siłę *retentrix facultas* i stawia ją na równi z tą, jakiej potrzebuje żołądek, by zatrzymał i dostatecznie przerobił przyjęty pokarm. Z chwilą dostania się nasienia do jamy macicy i jego przyczepienia się do jej ścian rozpoczyna się działanie tej siły i ona to powoduje tak szczelne zamknięcie się ujścia macicznego. Przez cały czas jej działania nie objawia się działanie drugiej siły macicy, na razie utajonej, a mającej na celu wypędzenie zawartości jamy macicy. *(„facultas expultrix)"*. Z chwilą gdy rozmaite szkodliwe wpływy przezwyciężają pierwszą, rozpoczyna się działanie *facultatis expultricis. (de naturalibus facultatibus lib. III. cap. II. i III.)*. Siłę tę można pobudzić do działania w którymkolwiek miesiącu ciąży. Zależnie od tego jednakowoż, czy ona działa w pierwszych sześciu miesiącach ciąży, czy też w jednym z ostatnich trzech, mamy do czynienia z poronieniem, a względnie z porodem, przebiegającym z mniej lub więcej dobrym skutkiem dla dziecka. Dziecko bowiem, które przyszło na świat w siódmym lub dziewiątym miesiącu ciąży, było zdolne do życia, podczas gdy dziecko z ósmego miesiąca nigdy nie żyło. Z tymi noworodkami załatwiali się wogóle starożytni lekarze szybko, uważając je już naprzód za stracone. Hipokrates *(de octimestri partu. K. I.)* nie przypisuje im wprost zdolności do życia *„. .... eorum qui octavo mense eduntur, nullus est superstes."* Celsus nie wspomina o płodach ośmio-miesięcznych, lecz zastanawia się jedynie nad zwiotczeniem sutków ciężarnych w siódmym i ósmym miesiącu ciąży i nad następstwami, jakie z tego powodu płodom zagrażają. *(Celsus lib. II. cap. VII.)*. Podobnie nie zastanawia się i Soranus bliżej nad płodami ośmio-miesięcznymi. Zdaje się, że nie musiał osobiście dużo spostrzegać złych następstw tych porodów. Z ostrożności jednakowoż, jakie zaleca ciężarnym w ósmym miesiącu ciąży, jak i z okoliczności, że uważa jedynie porody w siódmym i dziewiątym miesiącu ciąży za prawidłowe *(Soranus lib. I. cap. XX. 60)*, możemy wnosić, że się obawiał porodu ośmio miesięcznego. Jeszcze bardziej może nas utwierdzić w tej mierze to, co Moschion o tym przedmiocie powiada. Wedle niego ósmy miesiąc ciąży jest dla matki najcięższym, a porodowi w tym miesiącu należy wszelkimi możliwymi środkami zapobiedz. *„maxime quidem decimo et nono, secundo ordine septimo, unde difficile est aliquos evadere qui octavo mense nascuntur". (Moschion lib. 1. 78* [1]*)*. Jeżeli Moschion był tego zapatrywania, możemy na pewno twierdzić, że je i Soranus podzielał. Galen stał pod tym względem całkiem na stanowisku Hipokratesa, uważając noworodki, urodzone w ósmym miesiącu ciąży za stracone. *„de octavo enim certum est non edi in ipso vitales partus". (in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. septim. 27)*.

Dużo dawały do myślenia płody siedmiomiesięczne naszym starożytnym poprzednikom. Wszyscy zgodnie uważali je za zdolne do życia. Żeby się one jednakowoż mogły utrzymać przy życiu, żądano jednego bardzo ważnego warunku, a mianowicie, ażeby nie przyszły na świat przed upływem $185^1/_2$ dni, jak również żeby ciąża nie trwała dłużej nad 204 dni, gdyż wtedy mielibyśmy do czynienia z płodem ośmiomiesięcznym, a ten żyć nie może. Miesiąc ciąży liczy u Galena $29^1/_2$ dni. Zdaje się, że on doszedł do tej liczby jedynie na podstawie własnego spostrzegania. Ażeby jednakowoż płodowi, który przyszedł na świat po upływie $185^1/_2$ dni i utrzymał się przy życiu, można wyliczyć siedem miesięcy przebytych w łonie matki podaje Galen następujące obliczenie. Płód siedmiomiesięczny znajduje się w łonie matki 5 całych miesięcy, a zatem $5\times29^1/_2=147^1/_2$. Do tej liczby należy doliczyć 23 dni z pierwszego miesiąca, a co najmniej 15 dni z siódmego. Formuła jego więc dla płodów siedmiomiesięcznych będzie następującą: $23+5\times29^1/_2)+15=185^1/_2$. Jak widzimy, jest ona dosyć samowolnie obliczona. Przytem opowiada Galen sam, że widział dziecko, które przyszło na świat w 184-tym dniu ciąży, a utrzymało się przy życiu *(de septimestri partu)*. Najniższa ta granica, jest cokolwiek wyższą, aniżeli ta którą podaje Hipokrates. On żąda, by płód siedmiomiesięczny miał pół roku, a więc $182^1/_2$ dni. *„septimestres nascuntur diebus centum et octoginta duobus et insuper addita quadam diei particula". (Hippocr. de septimestri partu. K. I.)*. Zdaje się jednakowoż, że spostrzeżenia Hipokratesa nie przyniosły w tym kierunku żadnego stanowczego wyniku, gdyż w innem miejscu *(de carnibus K. 1.)*. oblicza czas trwania ciąży siedmiomiesięcznej na 210 dni. Celsus, Soranus i Moschion nie obliczają czasu trwania ciąży siedmiomiesięcznej na dni, ale wszyscy się zgadzają z Hipokratesem i Galenem na punkcie zdolności żywotnej płodów siedmiomiesięcznych. Wszyscy tu wymienieni autorowie wolą jednakowoż ciążę dziewięciomiesięczną, nie obawiając się raczej dłuższego jej trwania, t. j. ciąży dziesięciomiesięcznej, lub nawet jedenastomiesięcznej.

Pod koniec ciąży wstępowała w swoje prawa położna. Za czasów Galena, nie było bowiem, — jak to wyżej wspo-

---

[1]) Gynaecia Muscionis ex graecis Sorani in latinum translata sermonem. Ed Rose.

mnieliśmy — inaczej, aniżeli za czasów Hipokratesa, Celsusa lub Soranusa. Akuszerka badała, czyniła rozpoznanie co do prawidłowości porodu, rozstrzygała o potrzebie zawezwania lekarza. Co się tyczyło osoby Galena, to nie zdarzało się to prawdopodobnie zbyt często, gdyż on praktyki położniczej nie wykonywał, co się działo z wielkiem dla położnictwa uszczerbkiem, bo kto wie jakby wysoko ginekologia u Galena stała, gdyby się on nie opierał na tem, co mu położne opowiadały, a gdyby natomiast sam był zmuszony badać, lub też gdyby polegał na orzeczeniach lekarskich. Najprawdopodobniej wzywano za czasów Galena, dopiero wtedy lekarza, gdy się niebezpieczeństwo już stawało groźnem, jakkolwiek u niego nie znajdujemy w tym kierunku żadnych pewnych wskazówek. O czasach Hipokratesa, szkoły aleksandryjskiej, Celsusa, Soranusa i Moschiona możemy na pewno tak twierdzić, gdyż mamy niezbite na to dowody. Galen, nie zajmujący się w swoich pismach bliżej porodem, a tem mniej operacyami położniczemi, nie zostawił nam o porodzie nieprawidłowym prawie żadnych wskazówek. Opierając się jednakowoż na Soranusie i Moschionie, którzy przecież nie o wiele wcześniej aniżeli Galen żyli, możemy twierdzić, że i w drugim wieku naszej ery nie było pod tym względem inaczej. Uprawnia nas zaś do tego przypuszczenia i ta jeszcze okoliczność, że przecież długi czas po Galenie stosunki nie były inne. Często natomiast spotykamy u Galena dowody o czynności akuszerek przy porodach prawidłowych. Mają one przedewszystkiem rodzącą zbadać, przypominać jej by parła, a gdy po temu nadejdzie pora, t. j. gdy ujście będzie dostatecznie rozwarte, usadowić ją na krześle porodowem. *(de natural. facultat. lib. III. cap. III.)*. Porucza jej więc podobnie jak i Soranus bardzo ważne zadania. Nie poucza nas jednakowoż Galen jaką ma być sama położna i jak powinna badać. Pod tym względem musimy się informować u Soranusa. Galen wspomina tylko zlekka o badaniu palcem przez pochwę, lecz o ile się zdaje dopiero wtedy, gdy wody odeszły i gdy kobieta już sobie parciem zaczęła dopomagać. Podczas gdy jednak Soranus *(lib. I. cap. XXI.)* nakazuje badać palcem wskazującym, co nas u niego bynajmniej nie dziwi, jako u ginekologicznego praktyka, to Galen oświadcza się za badaniem małym palcem „μικρὸς δάκτυλος“ *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*, co znowu wytłómaczyć można brakiem praktyki ginekologicznej, lub też szczególniejszą chęcią szanowania części rodnych kobiecych. Tym jednym szczegółem zadowalnia się Galen, gdy przeciwnie Soranus poświęca cały rozdział *(lib. I. cap. II.)*, tej naówczas bardzo ważnej sprawie, żądając pomiędzy innymi od akuszerek i wykształcenia zmysłów, oka i ucha. Czy to ostatnie było potrzebne do wysłuchiwania tętna płodowego, trudno teraz orzec. Faktem jest, że wielu późniejszych lekarzy nie wspomina więcej o tym ważnym środku badania.

Wracając po tej małej wycieczce do ciężarnej, musimy zauważyć, że według Galena rozstrzyga o końcu ciąży i o początku porodu, wśród prawidłowych zresztą warunków, ta okoliczność, czy płód jest już zdolny do życia zamacicznego, a w pierwszym rzędzie do przyjmowania pokarmów drogą jamy ustnej. *„partus autem fit, cum foetus ita iam est perfectus, ut per os nutriri possit“. (de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. VII.)*. Prócz tej wskazówki zgadza się Galen jeszcze na jedną przez Hipokratesa *(de natura pueri.)* podaną, t. j. że o początku porodu rozstrzyga brak dostatecznej ilości pokarmu w łonie matki dla płodu już rozwiniętego. *(in aphor. Hippocr. com. quint. 37)*. Gdy się ten czas zbliża, płód spowodowany powyższemi okolicznościami, wykonuje tak gwałtowne ruchy, że otaczające go błony pękają, a wody płodowe się wylewają *(ibid.)*. Po pęknięciu zaś błon rozpoczyna się poród i od tej chwili wielką rolę odgrywają różne czynniki, a przedewszystkiem ciężar płodu, jego ruchy. *(ipsius vero foetus, vehementissimis motibus succedunt partus“. de nat. facultat: lib. III. cap. XII.)*, oraz działanie samych wód płodowych, które się wydostały poza błony. Skutkiem bowiem ciężaru naciskających części następujących płodu, rozszerza część przodująca ujście macicy, i toruje tym sposobem drogę dla reszty płodu. Wspomnieliśmy jednakowoż, że i wody płodowe odgrywają pewną rolę; wydostawszy się poza obręb błon i zwilżywszy powierzchnię macicy, wody wywołują swoją ostrościa, — gdyż zawierają mocz, — działanie samej macicy. Działanie tej ostatniej powoduje jeszcze jedna siła, dotychczas utajona, dla której teraz dopiero nadszedł właściwy czas do działania, t. j. siła wypędzająca *„facultas expultrix“*. (ἡ ἀποκριτικὴ δύναμις). Z chwilą ujawnienia się tej siły, staje się siłą utajoną, *„facultas retentrix“* mocą której płód dotychczas w jamie macicy się utrzymywał. Jak widzimy jest poród podług Galena następstwem różnego rodzaju czynników, na które składają się tak sama treść macicy, jak i osoba rodzącej. I tu leży, rzec można, najważniejszy, a może i jedyny postęp i jedyna zasługa nauki Galena o porodzie. Hipokrates przypisuje znaczny udział w akcie porodu płodowi samemu, bacząc tu i owdzie na działanie samej macicy i tłoczni brzusznej. Soranus *(lib. I. cap. XXI* i *lib. II. cap. XVII. 55)* przypisywał również znaczny udział w postępie porodu żywemu płodowi, twierdząc, że nieżywe płody poród utrudniają przez to, że sobie nie dopomagają, jako też nie mniej i przez to, że brzękną. On wiedział także, jaką rolę odgrywać może tłocznia brzuszna, twierdząc, że przez jej użycie kobiety znacznie sobie dopomagają, ale z działania samego mięśnia macicznego, zdaje się, nie zdawał sobie dostatecznie sprawy — pomimo, że dostrzegł obniżanie się dna macicy w czasie bólów — skoro zaleca łagodzenie bólów porodowych i każe pociągać płód w czasie pauzy pomiędzy bólami. Na ten ważny czynnik porodowy przypadło Galenowi zwrócić uwagę. Podług niego zbliża się podczas bólów dno macicy do ujścia, wypierając płód. W tej czynności macicy pomocne są jej części dodatkowe *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*. Lecz działanie, jakie Galen przypisywał tej nowej sile jest dosyć ograniczone, gdyż istnieje ona tylko aż do zupełnego rozwarcia ujścia, a gdy to już nastąpiło, natenczas siła ta nie jest już więcej potrzebną, gdyż reszty mogą dokonać mięśnie brzuszne, działające podobnie jak przy oddawaniu stolca lub moczu. *„est porro id opus, quod a se ipsis praestant parientes, non uteri sed musculorum, qui sunt in abdomine, qui scilicet tum ad deiectionem, tum ad reddendam urinam nobis sunt auxilio“. (ibid.)*. Następstwem działania siły wypędzającej nie jest jednakowoż tylko obniżanie się macicy podczas bólów, ale także i zmiana napięcia. Warstwy macicy w stanie fizyologicznym i w czasie ciąży są napięte; kurcząc się, przyczyniają się również do wyparcia płodu. Tak więc dostrzegł Galen zmniejszanie się objętości i pojemności macicy w czasie bólów. *„tunicae vero antea plurimum extensae undique contrahuntur ac foetum extrudunt. utquam celerrime per uteri cervicem excidat“. (de symptomatum causis lib. II. cap. III.)*. Macica, pobudzona do współdziałania, wywiera na płód ucisk i przyczynia się tym sposobem do rozszerzenia ujścia, co znowu znacznie ułatwiają wody płodowe ze swojej strony przez zwilżanie i rozmiękczanie ujścia macicznego *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. V.)*.

Z chwilą zupełnego rozwarcia ujścia rozpoczyna się dla rodzącej nowy okres i wtedy to usadawia się ją na krześle („δίφρος“). Co Galen przez to ostatnie rozumiał, czy podobnie jak Soranus krzesło porodowe „δίφρος μαιωτικός, czy też zwykłe siedzenie szersze, obliczone na dwie osoby, to możemy rozstrzygnąć jedynie na podstawie domysłów. Soranus tak często wspomina o krześle porodowem „δίφρος μαιωτικός“ i tak je dokładnie opisuje *(lib. I. cap. XXI)*, że ilekroć, mówiąc o porodzie, wspomina o samem kreśle „δίφρος“, nie pozostawia żadnej wątpliwości, co pod tem rozumie. Celsus nie pozostawił w tym kierunku nic pewnego. Prawdopodobieństwo jednak przemawia za tem, że przy lekkich porodach używał on krzesła porodowego, podczas gdy przy zabiegach operacyjnych radził rodzącą ułożyć na łóżku

poprzecznem *(Celsus. medicina lib. VII, cap. XXIX)*. Położnice Hipokratesa rodziły zazwyczaj na łóżku, a na krześle tylko wtedy, gdy się miały źle. Skoro zaś Hipokrates w tym tylko razie polecił poród na krześle, natenczas należy przypuszczać, że owe krzesła musiały być specyalnie ku temu przeznaczone i stosownie przygotowane. U Galena znowu, gdy on mówi jedynie o krześle wogóle *(de nat. facultat. lib. III. cap. III)*, a nie o krześle porodowem, — możliwe są dwa przypuszczenia. Albo ma na myśli siedzenia szerokie dla dwóch osób, przypominające siedzenia na rydwanie, albo też w owych czasach, które przecież od Soranusa nie były zbyt odległe, rozumiało się już samo przez się, że krzesło, którego używano przy porodach, nie mogło być innem, jak tylko krzesłem porodowem. To ostatnie przypuszczenie wyda się nam tem prawdopodobniejszem, jeżeli zważymy, że Galen polecał w ślad za swoimi poprzednikami wykadzanie części rodnych w przebiegu ciężkiego porodu *(de remed. parabilib. lib. II. cap. XXVI, 8)*. Do wykadzania zaś takiego mogły się najbardziej nadawać krzesła z przodu wycięte, a takiemi były właśnie krzesła porodowe. W rzadkich tylko przypadkach nakazywał Galen poród w pozycyi leżącej na wznak, lub siedząc na stopniach „κουρικὸν βάθρον“ *(ibid. lib. IIJ. cap. XXVI, 21)*.

Kobieta, siedząca na krześle porodowem, powinna sobie należycie dopomagać parciem, a wtedy nastąpi już z łatwością poród, jeżeli tylko są po temu warunki. Warunków zaś wymaga Galen wielu, jak to wynika z tego, co dotychczas powiedzieliśmy. I tak wpływa na prawidłowy przebieg porodu więź matki, obecność dostatecznej ilości wód płodowych, bóle porodowe, współdziałanie tłoczni brzusznej, żywy płód i rozmiary jego, nie przekraczające pewnej granicy. Do tego przybywa jeszcze teraz położenie płodu, brak ciąży bliźniaczej, a ze strony matki odpowiedni temperament.

Galen zdaje sobie dokładnie sprawę z doniosłości położenia płodu i ze znaczenia jego dla matki jak i dla płodu samego. Wspominając zaś o nich tylko okolicznościowo *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. VII)* nie zajmuje się niemi bliżej, pozostawiając wiele jedynie naszemu domysłowi. Z tego, co o tym przedmiocie powiedział Galen, wynika, że uważa za prawidłowe jedynie położenie podłużne. Myliłby się jednakowoż, ktoby przypuszczał, że on tu zalicza położenie pośladkowe, kolankowe lub nóżkowe, tak jak to już znacznie wcześniej uczynił Celsus *(lib. VII cap. XXIX)*. Galen zalicza do prawidłowych położeń jedynie czaszkowe, wszystkie zaś inne bez względu na to, czy one są podłużne, czy też nie, do nieprawidłowych. Prawidłowemi zaś są te położenia dlatego, że nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa ani dla matki, ani dla płodu. Owszem główka przodująca ułatwia znacznie poród, przygotowując często narządy rodne dla przejścia części następujących. Pod tym względem zgadza się Galen zupełnie z Hipokratesem i z Soranusem, jakkolwiek podział położeń *(lib. II cap. XVIII)* Soranusa stoi bez porównania wyżej od podziału Galenowego. Wszystkie inne położenia, jakie Galen zna, t. j. ukośne i poprzeczne, jakoteż wypadnięcia rączek lub nóżek, są nieprawidłowe, gdyż łączą się z pewnem niebezpieczeństwem.

Co Galen rozumiał przez położenie poprzeczne lub ukośne, to jest jasne. Trudno natomiast stanowczo orzec, jakie położenie miał na myśli, gdy mówił o wypadnięciu rączek lub nóżek. Mogło bowiem zachodzić położenie poprzeczne lub główkowe z wypadnięciem rączek, tak jak znowu przy wypadnięciu nóżek można myśleć o nóżkowem, pośladkowem, poprzecznem i o porodzie *conduplicato corpore*, jak to Soranus przyjmował, gdzie się równocześnie nóżki i główka wtłaczają. Na podstawie tego, co Galen podaje, położenia płodu z wypadnięciem rączek nie możemy stanowczo rozpoznać. Łatwiej możemy rozstrzygnąć, jakie było położenie, któremu towarzyszyło wypadnięcie nóżek. Poród *conduplicato corpore* możemy już z góry wykluczyć, gdyż ten nie miałby tak stosunkowo nieznacznych następstw dla płodu, o jakich wspomina Galen. Pozostają więc tylko położenia poprzeczne, pośladkowe i nóżkowe, które mniej więcej jednakie przedstawiają niebezpieczeństwo dla płodu. Skoro zaś Galen utrzymuje, że wypadanie nóżek wywołuje zwichnięcie stawów, należy przypuszczać, że ściągał je przy położeniu poprzecznem z wypadnięciem nóżek, zamieniając to położenie na nóżkowe. W każdym razie niechętnie widział poród z nóżkami przodującemi, na co naprowadza ta okoliczność, że go pod względem rokowania stawiał na równi z wypadnięciem rączek.

Na czem polegała terapia obydwóch tych stanów patologicznych, czy na odprowadzeniu wypadniętej rączki lub nóżki przodującej, jak to czynił Soranus, czy na wyczekiwaniu przy położeniu nóżkowem, jak to czynił Celsus, czy wreszcie na odcinaniu wypadniętej rączki przy płodach obumarłych, odprowadzeniu rączek przy płodach żywych, a odprowadzeniu nóżki przy nóżkowem, lub dokonaniu obrotu, gdy płód nie żyje, tak jak to radził Hipokrates, tego Galen nie powiada. Wnosząc z okoliczności jednak, że wedle Galena niebezpieczeństwo dla płodu polega przy położeniu nóżkowem i przy wypadnięciu rączek jedynie na zwichnięciu stawów, można wnosić, że rączek nie odcinał, lecz prawdopodobnie odprowadzał, a położeń nóżkowych nie zmieniał na inne, lecz gdy zachodziła potrzeba dokonywał wyciągnięcia płodu, a potem uwolnienia rączek. Przy tych bowiem zabiegach mogły stawy noworodka ucierpieć. Wobec więc tych dwóch położeń zajmuje Galen, jakkolwiek je niechętnie widzi, stanowisko dosyć postępowe, zbliżone do Soranusa. Ten bowiem również nie odcina wypadniętej rączki żywego płodu, ale ją odprowadza, a położeń nóżkowych nie zmienia na inne. Na punkcie traktowania tych ostatnich położeń żaden wogóle z lekarzy starożytnych nie doścignął Celsusa i on długo jeszcze pozostał niezrównanym Jemu nie sprawia położenie nóżkowe żadnych trudności, *(sed in pedes quoque conversus infans non difficulter extrahitur)*, a przy położeniach poprzecznych dokonuje obrotu na nóżki, jeżeli te znajdują się niżej *(Celsus. lib. VII. cap. XXIX.)*, podczas gdy Soranus ostatecznie daje sobie radę z położeniami nóżkowemi, ale nie chce ich sobie sztucznie stwarzać przy położeniach poprzecznych *(Soranus. lib. II. cap. XVIII i XIX.)*.

O terapii położeń poprzecznych i położeń ukośnych bez wypadnięcia części drobnych, nie informuje nas Galen wcale, gdyż uważa je za tak rzadkie, że się one zaledwie raz na kilka tysięcy porodów zdarzają *(de nat. facultat. lib. III. cap. III.)*, a o położeniu pośladkowem ani słowem nie wspomina. (Ciąg dalszy nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8. stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem funkcyonaryusze Towarzystwa złożyli sprawozdanie z całorocznej działalności.

* Na wniosek c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie ministerstwo podzieliło, po ustąpieniu Dr. Łopacińskiego, okręg lekarski na dwa mniejsze okręgi, z których jeden liczy 450 członków, drugi 390, wraz z rodzinami Posady lekarskie, w ten sposób utworzone, nadało ministerstwo w okręgu II-gim D-rowi Ant. Jabłońskiemu lekarzowi kolejowemu we Lwowie, mianując go równocześnie zastępcą lekarza naczelnego, zaś w okręgu IV-tym D-rowi Edwardowi Schwarzenberg-Czernyemu, lekarzowi kolejowemu w Krakowie. Wynagrodzenie lekarskie w okręgu II-gim ustanowiło ministerstwo w kwocie 2700 koron, w okręgu zaś IV tym 2400 koron. Równocześnie podniosło ministerstwo dotychczasowemu lekarzowi okręgu III-go. D-rowi, Stan. Poźniakowi, wynagrodzenie z 1900 na 2400 koron.

Przy tej sposobności zaznaczyć należy, że, dzięki staraniom c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, widoczną jest dążność do ciągłego podwyższania wynagrodzenia lekarzom kolejowym za ciężkie ich obowiązki, czego najlepszym dowodem świeży podział pracy i pod-

niesienie płacy w okręgach lekarskich, w których do niedawna, bo do r. 1895, pełniło te obowiązki tylko 2-ch lekarzy kolejowych za wynagrodzeniem łącznem 2140 koron, gdy obecnie 3 lekarzy za te same obowiązki pobiera od 1 stycznia 1903 r. 7400 koron. To sprawiedliwe ocenienie pracy lekarzy kolejowych, przez c. k. Dyrektora kolei państwowych w Krakowie, Radcę Dworu Horoszkiewicza, zasługuje na wszelkie uznanie.

* Egzamin fizykacki złożyli we Lwowie: Dr. Bol. Kielanowski i Dr. Tad. Litwinowicz — obydwa ze Lwowa.

* »Allgemeine Wiener medic. Zeitung« (N. 53.) donosi, że w Wiedniu ma odbyć się ankieta, w celu zastanowienia się, czy nie należy zmienić ustawy dla II-go i III-go ścisłego egzaminu lekarskiego. W skład ankiety wejść mają przedstawiciele zarządu oświaty i profesorowie Wydziału lekarskiego uniwersytetów austryackich.

* Niemieckie dzienniki donoszą, że lekarze czescy przyrzekli wziąść udział w mającym się odbyć w Wiedniu, w m. kwietniu, wiecu lekarzy rakuzkich pod tym tylko warunkiem, że każdemu delegatowi wolno będzie przemawiać w jego narodowym języku, a jednocześnie zastrzegli się, że na wszelkie uchybienia zasadzie bezwzględnej równości praw odpowiedzą opuszczeniem sali obrad.

Wiemy dobrze, jak trudno na tego rodzaju zebraniach o jednomyślność kierunku i swobody dyskusyi, przeto przekonani jesteśmy, że Komitet urządzający przewidział wszelkie trudności tego wiecu i zapobiegnie regulaminowo wszelkim pozorom czyjejkolwiek hegemonii narodowej; z drugiej strony byłoby to bezprzykładnym przpadkiem, gdyby wiec o tak wyraźnem i ważnem zadaniu ekonomicznem stał się areną walki narodowościowej i wielką by wziął na siebie odpowiedzialność wobec stanu lekarskiego ten, ktoby do tej walki dał powód i hasło.

* Dr. Marmorek otrzymał nagrodę Barbiera (2000 fr.) za wybitne prace w dziedzinie seroterapii.

* Pogrzeb Krafft-Ebinga odbył się w Gracu wśród licznego zjazdu delegatów, uczonych i mnogiej publiczności. Nad grobem przemawiali: Wagner v. Jauregg, Obersteiner, Anton, Steig i Söldner.

Sprostowanie. W korespondencyi z Kairu, umieszczonej w Nr. I. »Przegl. lekarskiego«, w spisie delegatów belgijskich nazwisko Eicl należy czytać Eid. Również w spisie polskich członków Zjazdu opuszczono nazwizko Dr Hassewicza.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień LI. (14—20—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 45, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy płuc 15 (3 zam.), z zapalenia płuc 13 (3 zam.), z krztuśćca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 1.

* Między 17 a 23 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani profesorami nadzwyczajnymi w Berlinie: Lexer (choroby wewn.), Pagel (historya medycyny), Katz (otyatrya) i Joachimsthal (ortopedya); w Wrocławiu: Tietze (chirurgia) Kausch (chirurgia) i Bonhoeffer (choroby nerwowe). Prozektor Dr. Rein mian. profesorem nadzwycz. chirurgii w Moskwie. Nadzw. prof. Dr. Tomaszewski — prof. zwyczajnym dermatologii i chorob wenerycznych w Kijowie.

Nekrologia. W Zbarażu zmarł Dr. Samuel Penzias, wychowaniec Uniw. Jagiel.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 52. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (dok.).

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 3. Markowski: O odmianach w skostnieniu mostka u człowieka i ich znaczeniu morfologicznem. Gronkowski: Przyczynek do histologicznej budowy przywr.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. A. Sokołowski: Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc (dok.). Grodecki: Parę uwag z powodu praktykowania wśród ludu wiejskiego.

— *Kronika lekarska* Nr. 24. Motz i Goldschmidt: Zapalenia przerośniętego gruczołu krokowego. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (grudzień). Noiszewski: Zmiany załamywania światła w oku, zależne od zmian w oświetleniu.

— *Odczyty kliniczne* (zeszyt 10). J. Jaworski: Surowica przeciwpaciorkowcowa, oraz stosowanie jej w gorączce połogowej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 52. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle prací příslušnych, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodni konference berlinské 1902. (dok.). Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 104. Gilbert i Herscher: Żółtaczka, spowodowana rozkładem składników krwi. Nobécourt i Merklen: Zaczyny mleka. Czy zaczyny te odgrywają jaką rolę pożyteczną w odżywianiu osesków?.

— Nr. 105. Bouchard: Nowe kierunki terapii. — Röntgenografia tętnic zwapniałych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 52. Weber: Krytyczny pogląd na stosunek zapalenia migdałków do zapalenia wyrostka robaczkowego. Cohnheim: Inerwacya narządu trawienia. Zinsser: Przypadek wrzecionowatego rozszerzenia przełyku. Gradenwitz: Wycięcie macicy wśród zakażenia połogowego (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Hansemann: Karłowatość prawdziwa z przedstawieniem jednego przypadku. Luzzatto: Wynik barwienia komórek nerwowych w stanie nieustalonym. Ziemann: Przyczynek do chirurgii w krajach gorących. Richter: Łysina plackowata — przyczynek kliniczny. Baëza: Chlorek adreliny z chloretonem i jego zastosowanie w leczeniu chorób przewodów nosowych. Kennel: Anastezyna i próby jej zastosowania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Mosetig—Moorhof: Zwężenia przełyku w skutek nadżarcia. Hanszel: Dalszy przyczynek do kamicy ślinowej *(sialolithiasis)*. Schanz: Perlica a gruźlica ludzka. — Sprawozdanie Komitetu Towarz. lekarskiego z obrad nad środkami zapobiegania gruźlicy i walki z nią. Sternberg: Uwagi nad powyższem sprawozdaniem. Teuner: Leczenie chorób płucnych w szpitalach publicznych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 1. Senator: O przeroście serca w chorobach nerkowych. Runeberg: Kiłowe schorzenia serca. Kruse: Leczenie czerwonki surowicą krwi. Israel: Przyczynek do chirurgii moczowodów. Zweifel: Przypadek karnego dochodzenia przeciw lekarzowi z powodu zaniedbania zeszycia międzykrocza. Ebstein: Przyczynek do patologii i terapii twardzieli skórnej *(sclerodermia)* u dzieci. Wassermann: Biologiczna dzielność ustroju przy sztucznem żywieniu osesków w przeciwstawieniu do odżywiania pokarmem macierzyńskim. Herzberg: Czy w jamie ustnej oseska, karmionego przez mamkę znajdują się paciorkowce?.

Redakcya otrzymała. Trzebický: 1) O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi. 2) To samo po niemiecku. 3) Trzy przypadki wycięcia śledziony. 4) Zur Castration bei Hodentuberculose B. Presch: Die physicalisch — diätetische Therapie in der ärztlicher Praxis (Würzburg Stubers Verlag. Lieferung III),

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 17 Stycznia 1903. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Warszawskiego Zakładu dla zboczeń mowy.

Kilka słów o etyologii zboczeń mowy.

Podał

Dr. Władysław Ołtuszewski.

Od czasu powstania Zakładu, to jest od r. 1892 do 1902, ogłosiłem 8 rozumowanych sprawozdań pod nagłówkiem: „Przyczynki do nauki o zboczeniach mowy“. Obok naukowo opracowanego materyału klinicznego, zawierają one najważniejsze dane, dotyczące nauki o mowie (fizyologia mowy, rozwój mowy u dziecka, psychiczna jego podstawa, oraz stosunek tego rozwoju do inteligencyi, psychologia i filozofia mowy), szereg ogólnych pytań, wiążących naukę o zboczeniach mowy z medycyną wewnętrzną (stosunek afonii spastycznej do jąkania, rola, jaką odgrywają neurony rzutowe i skojarzeniowe przy badaniach rozwoju umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie, stosunek zwyrodnienia do różnych kategoryi zboczeń mowy), historyę nauki o zboczeniach mowy, patogenezę obrazów klinicznych zboczeń mowy, oraz jej higienę. W „Przyczynkach“ prace te pomieszczałem w całości, bądź też w mniej lub więcej obszernych streszczeniach.

Pierwsze trzy „Przyczynki“ zawierają dane, dotyczące niemoty, bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem, mowy nosowej, oraz jąkania; w czwartym i piątym zwróciłem uwagę na niemotę pozakorową we właściwem znaczeniu, a więc mającą swe źródło w uchu środkowem, lub wewnętrznem, afonię spastyczną, należącą zdaniem mojem do kategoryi jąkania głosowego; w szóstym opisałem stosunek tak zwanych porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy; w siódmym wyjaśniłem stosunek niedorozwoju psychicznego do zboczeń mowy, wreszcie w ósmym jako zakończenie ostatnich dwu prac uwzględniłem doniosłego znaczenia w zapatrywaniu się na etyologię i patogenezę zboczeń mowy stosunek zwyrodnienia do różnych kategoryi zboczeń mowy.

Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają mi choćby w ogólnym zarysie skreślić znaczenia, jakie posiadają uskutecznione badania nad mową i zwyrodnieniem dla wyjaśnienia racyonalnego obrazów klinicznych zboczeń mowy w ogólności, zwłaszcza zaś prawie zupełnie dotychczas pomijanej niemoty u dzieci, oraz pozostającego z nią w związku bełkotania i mowy nosowej [1]). Ograniczam się więc do zaznaczenia choć w kilku słowach roli najdonioślejszego czynnika etyologicznego zboczeń mowy—zwyrodnienia, jako przedmiotu, mogącego zainteresować każdego lekarza.

Pod mianem „zwyrodnienie psychiczne“ pojmuję ogólny termin dla chorych, obciążonych dziedzicznością patologiczną, przekazywaną potomstwu. Obejmuje on: 1) zwyrodniałych niższych, a mianowicie różne stopnie niedorozwoju psychicznego i padaczkę; 2) kategoryę wyradzających się, do których zaliczam przeważną liczbę przypadków histeryi, neurastenii, a zapewne i innych cierpień układu nerwowego, zarówno pochodzenia czynnościowego (choroba Basedowa, Thomsena, *paramyoclonus multiplex*, *paralysis agitans*, *trzęsienia starcze*, twardziel), jak i organicznego (*paralysis progressiwa*, choroba Friedreicha, porażenia mózgowe wieku dziecięcego), wreszcie 3) niezrównoważonych.

Stwierdzony przezemnie wielokrotnie związek pomiędzy różnego rodzaju stopniem zwyrodnienia a niemotą, bełkotaniem, wadliwem wymawianiem i mową nosową, ilustrowałby nam najlepiej liczebny stosunek, jaki zajmuje zwyrodnienie w etyologii tych zboczeń. Niestety podane poniżej liczby z ostatnich lat dziesięciu możemy uważać tylko za przybliżone z następującego powodu: Kiedy przed 10 laty zacząłem pracować na polu zboczeń mowy, logopatologia pozostawała stosunkowo na nizkim stopniu rozwoju, a o upatrywanie jakiegoś związku między zwyrodnieniem a zboczeniami mowy nie znajdowałem nigdzie żadnej wzmianki. Nawet, i obecnie, pomimo poważnych badań, dotyczących zwyrodnienia, porażeń mózgowych wieku dziecięcego i niedorozwoju psychicznego, etyologia najważniejszych zboczeń mowy, a mianowicie niemoty, bełkotania, względnie wadliwego wymawiania i mowy nosowej, w szczególności u dzieci, pozostaje dotychczas zagranicą na stopniu, na jakim przed ćwierć wiekiem znajdowała się za czasów Kussmaula. To też nic dziwnego, że dopiero uwzględniając cały szereg prac obcokrajowców, jak również opierając się na własnych, oraz skrzętnie zbierając wywiady i starannie badając każdego chorego, tylko zwolna zdołałem uzupełnić istniejące braki i opracować racyonalny

[1]) Interesujących się szczegółowo tym przedmiotem czytelników odsyłam do następujących prac moich, drukowanych oddzielnie: 1) Szkic fizyologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego, Warszawa, 1893. 2) Rozwój mowy u dziecka, oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencyi, Warszawa, 1896. 3) Psychologia, oraz filozofia mowy, Warszawa, 1899. 4) O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy, Gazeta Lekarska, 1898. 5) Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy, Gaz. Lek., 1899. 6) Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy, Gaz. Lek., 1901. 7) Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy, oraz obecne jej zadanie, Medycyna, 1901. 8) O zboczeniach mowy: jąkaniu i bełkotaniu, Medycyna, 1892. 9) Ogólne uwagi o zboczeniach mowy, Gaz. Lek., 1898. 10) Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii, Kronika Lek., 1899. 11) Higiena mowy, Warszawa, 1896. 12) O zboczeniach mowy w ogólnym zarysie, Nowiny Lek., 1897, — oraz Przegląd Lekarski. 1896. 13) O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym, Przegląd Lekarski, 1901.

pogląd na etyologię tych zboczeń, a z tego względu w pierwszych latach nie zwracałem zapewne uwagi na wiele tu odnoszących się objawów pierwszorzędnej wagi. Pomimoto pozwolę sobie przytoczyć odnośne liczby, oparte na materyale klinicznym z ostatnich lat dziesięciu. Otóż na 806 przypadków wymienionych zboczeń, a mianowicie: niemoty u dzieci 348 (45 przypadków u dorosłych, po wyłączeniu zaledwie kilku histerycznego pochodzenia, nie należało do kategoryi zwyrodnienia), bełkotania 77, wadliwego wymawiania 319, mowy nosowej 62, niedorozwój spowodował je w 177, porażenia mózgowe w 59, razem w 236, z pozostałych zaś 570 różnego stopnia zwyrodnienie, oraz głuchoniemota wrodzona (nie pozostająca w związku ze sprawami patologicznemi w uchu środkowem lub wewnętrznem po porodzie), słusznie zaliczona według Ferego do kategoryi zwyrodnienia, okazały się co najmniej w połowie przypadków. Ściślej, aniżeli powyżej omówionych chorób, przedstawia liczebny stosanek etyologię jąkania, gdyż już od samego początku zajmowania się zboczeniami mowy zwracałem baczną uwagę na dziedziczność patologiczną. Na 889 przypadków jąkania odnotowałem dziedziczność patologiczną w 508 (ścisłą w 286 przypadkach, w obszernem zaś znaczeniu w 222). Co się nakoniec tyczy trzepotania, to wszystkie 12 spostrzeganych przypadków miały miejsce u niezrównoważonych. Daleko już dokładniej wymieniony stosunek liczebny wykazuje nam materyał z ostatnich lat trzech. Na 232 przypadków niemoty u dzieci, bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej, a mianowicie niemoty u dzieci 116 (7 u dorosłych nie należały do kategoryi zwyrodnienia), bełkotania 19, wadliwego wymawiania 90, mowy nosowej 7, niedorozwój psychiczny okazał się w 34 przypadkach, porażenia mózgowe w 10, razem w 44, różnego stopnia zwyrodnienie w 63, głuchoniemota wrodzona w 57, na 248 zaś przypadków jąkania dziedziczność patologiczna była w 143 przypadkach (ścisła w 69, obszerna w 74), a wszystkie trzy przypadki trzepotania miały miejsce u niezrównoważonych. Razem tedy na 492 przypadków zboczeń mowy różny stopień zwyrodnienia okazał się w 315, to jest daleko więcej, niż w połowie.

Uwzględniając wyżej podane liczby zwyrodniałych w różnych kategoryach zboczeń mowy, ośmielam się twierdzić, że najogólniejszym a zarazem najważniejszym czynnikiem usposabiającym do nich jest zwyrodnienie w obszernem znaczeniu, poczynając od idyotów, a kończąc na niezrównoważonych, przyczem o ile niedorozwój stanowi najważniejszy czynnik przyczynowy dla niemoty, bełkotania, mowy nosowej, po części zaś tylko wadliwego wymawiania i jąkania, o tyle znów to ostatnie łącznie z trzepotaniem nagabuje przeważnie niezrównoważonych. Tylko stosunkowo bardzo nieznaczny odsetek zboczeń mowy warunkują zmiany patologiczne w tkance mózgowej u ludzi, nie należących do zwyrodniałych, jak niemota pochodzenia niehisterycznego i niektóre przypadki bełkotania u dorosłych, oraz nabyte cierpienia ucha i zmiany w jamie noso-gardzielowej, powodujące głuchoniemotę lub niemotę pozakorową, bełkotanie lub wadliwe wymawianie, oraz mowę nosową przy wyroślach gruczołowatych, porażeniach podniebienia miękkiego itd. Z powyższego wynika, że przeważną liczbę chorych ze zboczeniami mowy zaliczyć należy do zwyrodniałych, zwyradniających się lub niezrównoważonych, a same zboczenia mowy do jednych z ważniejszych znamion zwyrodnienia.

Zapatrywanie na stosunek zwyrodnienia do zboczeń mowy, wypowiedziane w krótkości w szóstym „Przyczynku", oraz w „Monatsschrift für die ges. Sprachheilkunde" 1898, zaczynają już podzielać niemieccy autorowie, w szczególności odnośnie do jąkania. Mam nadzieję, że w niedługim czasie pogląd ten utoruje sobie drogę i dla pozostałych kategoryi zboczeń mowy.

Wyjaśniona etyologia zboczeń mowy ma niezmiernie ważne znaczenie dla najogólniejszych pytań, dotyczących logopatologii, a mianowicie określenia miejsca, jakie ona winna zajmować w rzędzie innych gałęzi wiedzy lekarskiej, rokowania i leczenia zboczeń, oraz higieny mowy.

Uwzględniając psychiczną degeneracyę w obszernem znaczeniu jako główną przyczynę zboczeń mowy (większość przypadków), oraz zmiany tkanki nerwowej, którym nie towarzyszą żadne znamiona zwyrodnienia, a tylko stosunkowo nieznaczną ilość przypadków ze zmianami w uchu po porodzie, lub w jamie noso-gardzielowej, sądzę, że możemy powiązać luźnie dotychczas stojące kategorye zboczeń mowy w jedną całość, a samą naukę zaliczyć do działu psychopatologii i neuropatologii, gdzie zapewne w niedługim czasie w odnośnych podręcznikach znajdzie swe miejsce, ponieważ z otyatryą i rynolaryngologią wiąże się tylko pośrednio.

Tosamo *mutatis mutandis* dotyczy ważności wymienionego czynnika etyologicznego w stosunku do rokowania, leczenia i higieny.

Na rokowanie zboczeń mowy, łączących się z niedorozwojem, a mianowicie: niemoty, bełkotania, oraz mowy nosowej, największy wpływ wywiera stopień upośledzenia umysłowego przy niedorozwoju, po części istnienie zmian anatomicznych w ośrodkach słownych, przy niedorozwoju łączącym się z zaburzeniami w sferze ruchowej (tak zwane porażenia mózgowe wieku dziecięcego), dalej istnienie zmian anatomicznych w narządach artykulacyjnych przy mowie nosowej i wadliwem wymawianiu, zależnych od defektów podniebienia twardego, skrócenia jego przednio-tylnego wymiaru i nieprawidłowej budowy szczęk, wreszcie stopień niezrównoważenia przy jąkaniu i trzepotaniu. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia ośmielam się twierdzić, że z wyjątkiem zupełnych idyotów uleczalność zboczeń mowy, uwarunkowana zwyrodnieniem, łączącem się nawet ze zmianą anatomiczną, nie ulega żadnej kwestyi. Rozumie się, że czas trwania leczenia niemoty, względnie bełkotania i mowy nosowej u niezupełnego idyoty, lub przy niemotach, zależnych od zmian anatomicznych, będzie dłuższy, aniżeli u głuptaka lub zacofanego, oraz w wymienionych zboczeniach bez zmian anatomicznych, a więc zależnych tylko od upośledzenia pamięci słownych. Również i zmiany w narządach artykulacyjnych bynajmniej nie uniemożebniają leczenia, a jedynie przedłużają czas jego trwania. Co się nakoniec tyczy niezrównoważenia u jąkających się, to tylko najcięższy jego stopień, łączący się z właściwemi dla jąkania fobiami i ideami natrętnemi, znacznie pogarsza rokowanie.

Przy leczeniu zboczeń mowy, obok stosowania specyalnych metod, właściwych dla każdej ich kategoryi, staramy się w zboczeniach, uwarunkowanych niedorozwojem, podnosić poziom umysłowy, gdyż mowa stanowi do pewnego

stopnia wykładnik inteligencyi, a do jej powstania, względnie wytworzenia mowy prawidłowej, potrzebne są tesame czynniki, co do rozwoju sfery psychicznej. Przy leczeniu więc zboczeń mowy, łączących się z niedorozwojem, zwłaszcza niemoty i bełkotania, należy brać jednocześnie pod uwagę leczenie samego niedorozwoju, gdyż pozostaje on w związku ze zboczeniami mowy tak pod względem przyczyny, jakoteż i metody leczniczej. Oto dlaczego zakłady dla zboczeń mowy są jednocześnie instytucyami dla dzieci z niedorozwojem psychicznym, przedstawiającym rozumie się pewne widoki wyleczalności, a to tembardziej, że najcięższe postaci zboczeń mowy, mianowicie uwarunkowane zmianą anatomiczną, zostają tu zwykle kierowane. O ważności leczenia zboczeń mowy w niedorozwoju chyba rozwodzić się nie potrzebuję. Najjaskrawiej dowodzą tego załączone w „Przyczynkach" przypadki z niemotą, bełkotaniem lub mową nosową, gdzie nieleczone zboczenie pozostawało bez zmiany do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia ich umysłu. Możliwość leczenia zboczeń mowy, wikłających różne stopnie zwyrodnienia, w szczególności niedorozwój, pomyślnie znów oddziaływa na rokowanie tego zboczenia. Przeważnie bierne, jak dotychczas, zachowywanie się lekarza przy niedorozwoju, z wyjątkiem pożytecznych nieraz rękoczynów chirurgicznych przy niedorozwoju, łączącym się z porażeniami, z chwilą przeświadczenia się o możności podniesienia rozwoju umysłowego i przywrócenia lub poprawienia niezrozumiałej mowy u tego rodzaju dzieci, pozwoli mu skuteczniej dążyć do wyrównania stanu chorobowego, tembardziej, że jak się o tem niejednokrotnie przekonałem, w wielu przypadkach tego rodzaju niedorozwoju zaburzenia ruchowe nieraz w zupełności znikają, a pozostaje jedynie zboczenie mowy, utrudniające do wysokiego stopnia rozwój umysłu.

Co się nakoniec tyczy higieny mowy, to obok specyalnych higienicznych wskazówek, dotyczących każdego działu zboczeń mowy, nie powinniśmy również spuszczać z oka owego najogólniejszego czynnika przyczynowego zwyrodnienia. Pamiętając o tem, możemy uprzedzić większość przypadków zboczeń mowy, stosując odpowiednie przeciw niemu środki, jak powstrzymywanie się członków społeczeństwa, obciążonych dziedzicznością patologiczną, od wstępowania w związki małżeńskie, albo też łączenia się osób zdrowych ze zwyrodniałemi, odosobnianie dzieci od rodziców z usposobieniem neuropatycznem, wzmacnianie pod względem fizycznym i duchowym dzieci, pochodzących z rodziców zwyrodniałych, rozpowszechnianie zdrowych poglądów na szkodliwość innych przyczyn zwyrodnienia, jak nadużywanie alkoholu i t. d.

Materyał kliniczny z ostatnich lat 10, na którym oparłem etyologię zboczeń mowy i zgodnie z tem przeprowadziłem leczenie, przedstawia się w następujący sposób:

W ciągu dziesięcioletniego istnienia Zakładu zgłosiło się 1752 osób. [2]) Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorye zboczeń mowy w sposób następujący:

niemoty u dzieci	348
niemoty u dorosłych	45
bełkotania	77
wadliwego wymawiania	319
mowy nosowej	62
jąkania	889
trzepotania	12

[2]) Oprócz materyału poliklinicznego z ostatnich trzech lat.

Na 1752 osób leczyło się 310, a mianowicie: na 393 przypadków niemoty 27, w tej liczbie cztery dorosłe i 23 dzieci; na 346 przypadków bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem — 9 dzieci od bełkotania i 74 dzieci i dorosłych od wadliwego wymawiania; na 62 przypadki mowy nosowej 10 osób dorosłych i dzieci; na 889 przypadków jąkania 190 dorosłych i dzieci.

Wyniki lecznicze okazały się zupełnie zadawalniające. Wszystkie przypadki niemoty, w szczególności u dzieci, o ile ukończyły kuracyę, zostały wyleczone. Tosamo odnosi się do bełkotania, wadliwego wymawiania i mowy nosowej. Co się tyczy jąkania, to chorzy, którzy ukończyli całkowity kurs leczniczy, otrzymali pożądany wynik, z wyjątkiem nielicznych ciężkich przypadków nerwicy, gdzie udało się jedynie uzyskać poprawę mowy.

Jeśli wziąść pod uwagę rzadkość zboczeń mowy w stosunku do chorób wewnętrznych, to chyba należy się zgodzić, że liczba zgłaszających się aż nadto usprawiedliwiła potrzebę otwarcia zakładu dla zboczeń mowy w naszym kraju, a to tembardziej, że nieliczne, istniejące na zachodzie pod kierunkiem lekarzy (a tylko o takich może być mowa), nie nadają się dla nas choćby z tego względu, że leczenie odbywa się tu w języku obcym, nie odpowiadają więc najelementarniejszym w tym względzie wymaganiom. Największa stosunkowo liczba leczących się przypadła na jąkanie, najmniejsza na niemotę, bełkotanie i mowę nosową. Nie usprawiedliwia danego faktu ani mniejsza ważność tych ostatnich zboczeń, zwłaszcza u dzieci, ani też wyniki lecznicze, które zarówno jak przy jąkaniu są dodatnie. Za najgłówniejszy powód tego poczytuję brak rozpowszechnienia przez lekarzy odpowiednich w tym kierunku poglądów, oraz małą poczytność wśród ogółu publiczności popularnych prac, które w ciągu ubiegłych lat ogłosiłem [3]).

II. Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg i **Dr. Ernest Keller**
ówcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu. — operator kliniki położniczej w Pradze.

(Ciąg dalszy)

Przy wyborze materyału kierowały nami następujące rozważania: Aby stwierdzić bez zarzutu pewność nowej metody rozpoznawczej, należałoby przedewszystkiem rozporządzać materyałem, któryby pozwalał w każdym przypadku przedmiotowo kontrolować prawdziwość rozpoznania danego przez aglutynacyę. W braku tej kontroli każda, choćby pozornie najświetniejsza statystyka traci swą podstawę. Skoro Arloing i Courmont u 106 osobników z klinicznem rozpoznaniem gruźlicy wykazują 91% odczynów dodatnich,

[3]) 1) Próba popularnego wykładu fizyologii i patologii mowy. Warszawa, 1892. 2) Zadanie rodziców, oraz społeczeństwa względem dzieci umysłowo upośledzonych. Warszawa, 1900. 3) Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie, oraz higiena mowy. Warszawa, 1901.

któż nam zaręczy, że rzeczywiście w każdym z tych przypadków istniała gruźlica, gdy tymczasem widzimy wyniki ujemne właśnie w przypadkach niewątpliwych choroby daleko posuniętej? Skoro dalej, opierając się na 43% wyników dodatnich u chorych klinicznie nie-gruźliczych i na 30% u pozornie zdrowych, twierdzą, że liczby te są wyrazem częstości gruźlicy utajonej, zestawiając je z wynikami Becka, to wobec braku przedmiotowej kontroli nad poglądem tym trudno dyskutować. Liczba przypadków, w których spotykamy tę kontrolę w postaci autopsyi, próby tuberkulinowej lub wykazania prątków Kocha w plwocinie, jest dotąd nader szczupła. O 20 autopsyach, w których można było wyniki serodyagnostyki poddać kontroli, Arloing i Courmont wyrażają się nieco niedokładnie; 9 przypadków gruźlicy utajonej dało wynik dodatni; natomiast było kilka przypadków, w których mimo wyniku dodatniego nie można było stwierdzić anatomicznie gruźlicy. Przypadki te starają się autorowie wytłómaczyć w ten sposób, że albo jaka drobna zmiana w gruczołach uszła uwagi, albo też, że same osobniki z natury miały surowicę silnie aglutynującą (?), albo wreszcie, że ta zdolność aglutynacyjna została wywołana przez jaką inną chorobę — same przypuszczenia, usuwające się z pod dyskusyi. Pozatem znajdujemy tylko u Becka i Rabinowitschównej 23 przypadków z prątkami Kocha w plwocinie, 12 z próbą tuberkulinową (po części identyczne z tamtymi) i 3 autopsye. Wobec tego zdawało się nam wskazanem wybrać materyał, któryby pozwalał na przedmiotową kontrolę i w którymby przypadki gruźlicy i innych chorób w równym stopniu były uwzględnione. Jako taki wybraliśmy materyał sekcyjny, w którym niedokładności rozpoznania przy zwróconej w tym kierunku uwadze, o ile wogóle istnieją, sprowadzają się do *minimum* i w którym obie wymienione klasy w odpowiednim stosunku są zastąpione. Badaliśmy tedy materyał 81 przypadków sekcyjnych, biorąc krew jałowo z żyły udowej i używając wydzielonej z niej surowicy. Zgodność odsetkowa wyników dodatnich, zarówno w przypadkach klinicznych jak sekcyjnych, o której niżej będzie mowa, obala możliwy zarzut, jakoby siła aglutynacyjna surowicy po śmierci doznawała jakichkolwiek zmian, wpływających na wynik badania. Obok tego, dla porównania i po części dla kontroli, badaliśmy 69 przypadków klinicznych (wśród nich kilka zdrowych osobników), a wyniki tego szeregu również mogą się przyczynić do wyjaśnienia niektórych pytań zasadniczych.

W dwóch przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc z odczynem ujemnym napróżno szukaliśmy w surowicy własności antyaglutynujących, nie możemy tedy na razie potwierdzić odnośnych spostrzeżeń Bendixa. Nadzwyczaj ciekawym zdawał się nam przypadek kamicy żółciowej z zupełną niedrożnością dróg żółciowych i żółtaczką wysokiego stopnia, w którym to przypadku surowica dawała odczyn jeszcze w rozcieńczeniu 1/500. Zestawienie tego przypadku z drugim przypadkiem żółtaczki, w którym uzyskaliśmy odczyn przy 1/50 nasuwało możliwość przypuszczenia, że może składnikom żółci w niej zawartym surowica zawdzięcza w tych przypadkach swą wysoką siłę aglutynacyjną. Zbadaliśmy tedy działanie odpowiednio rozcieńczonej żółci ludzkiej na hodowle gruźlicze, tednak z wynikiem zupełnie ujemnym. Wobec tego faktu nie zdziwiło nas, że w następnie badanym przypadku żółtaczki nieżytowej odczyn wypadł ujemnie.

Jeżeli teraz przystąpimy do krytycznego zużytkowania materyału zbadanego, musimy przedewszystkiem, nie wdając się w szczegółowe wyliczanie przypadków gruźlicy z odczynem ujemnym i nie-gruźliczych z dodatnim, zestawić wyniki badań w liczbach, względnie w odsetkach, a te chyba najwymowniejszą nam dadzą odpowiedź na nasze zapytania. Mamy więc:

		odczyn: dod.	uj.
I. Gr. 69 przyp. klin.	17 gruźl.	15 = 88%	2 = 12%
	52 nie-gruźl.	39 = 75%	13 = 25%
II. Gr. 81 przyp. sekc.	28 gruźl.	20 = 71·5%	8 = 28·5%
	53 nie-gruźl.	37 = 70%	16 = 30%

Przyjrzmy się zbliska tym wynikom: w grupie drugiej a więc decydującej, znajdujemy uderzającą zgodność odsetków odczynów dodatnich i ujemnych w obu kategoryach (71·5—70% i 28·5—30%); zachodząca w grupie pierwszej różnica odsetków odczynów dodatnich, wynosząca 13% między obiema kategoryami jest chyba za mała, żeby na niej można oprzeć jakiekolwiek rozpoznanie. Liczby te jasno przemawiają przeciw stosowaniu odczynu; możnaby jednak może zarzucić, że podana przez Arloinga i Courmonta najniższa granica odczynu dodatniego, t. j. 1/5, może jest zbyt nizko wzięta i że może dopiero przy 1/10 lub 1/15 odczyn staje się swoistym. Proste jednak obliczenie przekona nas, że nawet przy takiem założeniu odczyn nie uzyska swoistości. Jeżeli tylko wartość 1/10 i ponad nią uznamy za dodatnie, zaś 1/5 za ujemne, otrzymamy następujące zestawienie:

		odczyn: dod.	uj
I. Gr. 69 przyp. klin.	17 gruźl.	11 = 65%	6 = 35%
	52 nie-gruźl	27 = 52%	25 = 48%
II. Gr. 81 przyp. sekc.	28 gruźl	11 = 39%	17 = 61%
	53 nie-gruźl.	27 = 51%	26 = 49%

Wynikająca w pierwszej grupie różnica odsetków dodatnich wyników u gruźliczych i nie-gruźliczych (13%) znowu nie da się pogodzić z jakąkolwiek swoistością odczynu. W drugiej grupie różnica ta staje się paradoksalną; tu nie-gruźliczy dają o 11% więcej wyników dodatnich, jak gruźliczy. Do podobnych wyników doprowadziłoby ustanowienie granicy najniższej odczynu dodatniego przy 1/15 tak, że musimy się wogóle zrzec nadziei uzasadnienia swoistości odczynu na tej drodze. Dalsze jeszcze wnioski dadzą się wysnuć z naszych tablic, jeśli dodamy przypadki każdej grupy bez względu na rozpoznanie i uwzględnimy odsetki wyników dodatnich. Otrzymamy wtedy:

	Odczyn: dod.	ujemny
I. Gr. 69 przyp. klin.	54 = 78%	15 = 22%
II. Gr. 81 przyp. sekc.	57 = 70%	24 = 30%

Wynikająca ztąd różnica odsetków wyników dodatnich w obu grupach (8%) pokazuje nam, że po śmierci nie następuje wybitniejsze osłabienie siły aglutynacyjnej, gdyż różnica 8% jest chyba za mała, żeby takie przypuszczenie usprawiedliwić. Jeden jeszcze szczegół chcielibyśmy podnieść. Jeżeli uwzględnimy ogólną sumę wyników dodatnich i ujemnych, otrzymamy:

150 przypadków: dod 111=74%., ujem. 39=26%, liczby, które dość dobrze zgadzają się z liczbami, podanemi przez Arloinga i Courmonta:

186 przypadków: dod. 128=69% ujem. 58=31%.
Zgodność ta najlepiej chyba dowodzi, że technika nasza nie podlega zarzutom i że tylko przedmiotowe dane zmuszają nas do innego poglądu na fakty; a choćbyśmy nawet przypuścili, że w tym lub owym wypadku, mimo skrupulatnego badania jaka blizna gruźlicza lub odosobniony gruzełek lub

gruczoł gruźliczo zmieniony uszedł uwagi prosektora, to przez to wprawdzie zgodność wyników dodatnich u gruźliczych i nie-gruźliczych stałaby się mniejsza, ale mimo to jeszcze swoistość odczynu nie dałaby się utrzymać.

Wobec tych wyników wypada się zapytać, jak należy sobie tłómaczyć tak odbiegające od siebie wyniki różnych badaczy? Podczas gdy my wogóle mamy do zaznaczenia 74% wyników dodatnich, Arloing i Courmont 69%, Bendix 81%, znajdujemy u Becka i Rabinowitsch 31%, u C. Fraenkla 27%. Zdaje się nam, że fakt ten należy odnieść do zmieniającej się z wiekiem hodowli łatwości, z jaką ta hodowla ulega aglutynacyi, jak również do różnic, jakie rozmaite hodowle pod tym tym względem przedstawiają. Dalej należy zaznaczyć, że niektórzy autorowie uważają odczyny już przy 1/3 lub nawet 1/1 za dodatnie; tem n. p. tłómaczy się u Buarda niesłychana liczba 100% wyników dodatnich u dzieci, dotkniętych gruźlicą; jeżeli od tej liczby odejmiemy wyniki dodatnie przy 1/1, pozostanie 80%, liczba zbliżająca się już do naszej i do liczb Arloinga i Courmonta. Nadto należałoby jeszcze naszem zdaniem przy ocenie wyników serodyagnostyki uwzględnić jeden czynnik, na który dotąd nie zwracano uwagi, a który łatwo może powodować przeważanie wyników dodatnich u gruźliczych. Arloing i Courmont stwierdzili, że przez dodawanie eukalyptolu, gwajakolu, kreozotu, płynu Mialhego, surowica zdrowych kóz uzyskuje dość wysoką zdolność aglutynacyjną (aż do 1/70). Otóż wiemy, że wielka część chorych, dotkniętych gruźlicą, których surowicę badamy, zażywa te środki, przez co niejedna surowica nieczynna sama przez się mogła nabrać własności aglutynujących. Jest dość prawdopodobnem, że w tej okoliczności należy po części szukać przyczyny tak wysokich odsetków wyników dodatnich, jak n. p. 91% z pośród gruźliczych (Arloing i Courmont). Wreszcie należałoby zaznaczyć, że niektóre liczby opierają się na zbyt małych szeregach doświadczeń, jak np. liczby Mongoura i Buarda, lub też nie są poparte dość licznemi badaniami, służącemi do kontroli u niegruźliczych, jak np. w pracy Bendixa, który badał tylko 6 osobników nie-gruźliczych.

Wobec tego wszytkiego jesteśmy chyba uprawnieni do twierdzenia, że aglutynacya hodowli Arloinga i Courmonta nie może na razie być uważana za swoisty objaw zakażenia gruźliczego, że tedy nie może być stosowana do rozpoznawania gruźlicy. Możliwem jest natomiast, że zdolność ta aglutynacyjna jest własnością prawidłowej surowicy ludzkiej w pewnej liczbie przypadków (30—80%), własności która wobec innych drobnoustrojów jest nam dobrze znana. Tak np. niektóre surowice ludzkie dość silnie aglutynują niektóre szczepy laseczników okrężnicowego, tak surowica ludzka z reguły aglutynuje zmienionego laseczników wąglika *(Vaccin premier)* w rozcieńczeniach 1/50—1/500, tak wreszcie stwierdzili Bourges i Méry, że prawidłowa surowica końska aglutynuje prątek nosacizny aż do rozcieńczenia 1/200, a o samej hodowli Arloinga i Courmonta wiemy, że ulega ona aglutynacyi działaniem prawidłowej surowicy psa, żaby, karpia, konia, barana, przez co pogląd ten zyskuje na prawdopodobieństwie.

Przeciw swoistości odczynu przemawia dalej dokładniejszy rozbiór ogłoszonych dotąd doświadczeń na zwierzętach. Arloing i Courmont znaleźli np., że surowica prawidłowych świnek morskich nie aglutynuje, że surowica 14 zwierząt, którym zastrzyknęli osłabioną hodowlę gruźlicy (punkt wyjścia ich własnej hodowli), bez wyjątku dawała aglutynacyę, podczas gdy pośród 12 zwierząt zakażonych jadowitą gruźlicą tylko 2 dały odczyn, z pośród 14 zwierząt zakażonych masami serowatemi gruźlicy ludzkiej tylko 5. Jeżeli tedy Arloing i Courmont chcą tłómaczyć te doświadczenia, jak również analogiczne na królikach i psach, przypuszczeniem, że im słabsze zakażenie, tem silniejsza aglutynacya, to można temu poglądowi przeciwstawić inny, może prawdopodobniejszy, że zaszczepienie jednorodnego szczepu (Tbc. Arloing) wywołuje wprawdzie powstanie aglutynin, że jednak wobec zakażenia hodowlą nieosłabioną mechanizm ten niezupełnie dopisuje. W każdym razie doświadczenia te bynajmniej nie przemawiają za uprawnieniem odczynu w rozpoznawaniu gruźlicy; do tego samego zresztą wniosku prowadzi nas rozbiór doświadczeń Becka i Rabinowitsch. Z pomiędzy 3 prawidłowych morskich świnek jedna dała odczyn; z pomiędzy 8 zakażonych typową gruźlicą 3, z pośród 2 zakażonych hodowlą Arloing-Courmonta jedna; z pośród 8 królików prawidłowych i gruźliczych tylko jeden zakażony hodowlą Arloinga dał odczyn. Chociaż jednak na razie nie możemy jeszcze uznać swoistości odczynu, chcemy zaznaczyć, że ta zdolność aglutynacyi hodowli gruźliczych, stanowiąca może własność prawidłowej surowicy ludzkiej i mechanizm jej powstawania jest zdaniem naszem zjawiskiem ze wszech miar zajmującem i zachęcającem do dalszych w tym kierunku badań.

Jedną jeszcze nasuwającą się uwagę chcielibyśmy tu uwzględnić, tem bardziej, że ma ona zastosowanie do każdego różniczkowego rozpoznania gruźlicy, opartego na podstawach etyologicznych (a więc także i do próby tuberkulinowej). Jeżelibyśmy mianowicie nawet przypuścili, że serodyagnostyka jest swoistą, jak twierdzą jej wynalazcy, to jeszcze należałoby być bardzo wstrzemięźliwym i ostrożnym w stosowaniu jej przy rozpoznawaniu, skoro, jak twierdzą sami autorowie, i ogniska wygasłe gruźlicy nieczynnej także mogą się wyrażać obecnością odczynu. Mogłaby wtedy np. w przypadku niejasnej jakiej sprawy gorączkowej stara blizna szczytowa, lub minimalna wyleczona sprawa gruczołowa wywołać dodatni odczyn i skierować rozpoznanie na fałszywe tory, podczas gdy w rzeczywistości mielibyśmy przed sobą dur brzuszny lub gorączkę ropniczą. A więc i ta okoliczność, że najdrobniejsze, a nawet wyleczone sprawy gruźlicze, mogłyby powodować odczyn dodatni, a więc innymi słowy: zbyt wielka czułość odczynu, nawet, gdyby był swoisty, utrudniałaby jego zastosowanie w praktyce różniczkowo-rozpoznawczej, nie obniżając coprawda teoretycznego jego znaczenia.

Spełniamy wreszcie miły obowiązek, wyrażając na tem miejscu WPanu Prof. R. Paltaufowi i WP. Asyst. Dr. R. Krausowi najserdeczniejsze podziękowanie za odstąpienie nam materyału i za życzliwe zainteresowanie się naszą pracą. Także WPP. Radcy Dworu Prof. E. Neusserowi, Radcy Dworu Prof. M. Kaposiemu, Radcy Dworu Prof. Neumannowi i Prof. Langowi jesteśmy zobowiązani do wielkiej wdzięczności za łaskawe użyczenie nam materyału klinicznego. (Dok. nastąpi).

Wiedeń w grudniu, 1900 r.

III. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Po tym, wyżej podanym rozbiorze psychofizyologicznym mowy, powstanie różnych postaci afazyi staje się łatwo zrozumiałem. Jest to zasługą Lichtheima, który na podstawie spostrzeżeń klinicznych wykazał, że zależnie od miejsca uszkodzenia w ośrodkach lub w kojarzących je drogach nerwowych występują objawy i postacie niemal zupełnie różne. A teraz przypatrzmy się, w jaki sposób występują zboczenia mowy. Żeby to zrozumieć, należy nie zapominać o tem, że każda czynność, składająca się na mowę, odbywa się w ten sam sposób i temi samemi drogami, któremi rozwinęła się mowa u dziecka.

A. Zaburzenia na drodze dośrodkowej (afazye impresyjne).

1) Przypuśćmy zatem, że jakaś przeszkoda lub zmiana chorobowa, upośledzająca czynność przewodzenia, znajduje się na drodze dośrodkowej *a—s.*, t. j. od ucha do ośrodka czuciowego w korze mózgowej, to jakie w takim razie będą jej objawy? Chory taki albo nic nie słyszy, albo słyszy tylko niewyraźne szmery; w każdym razie nie jest w stanie ani powtórzyć, ani zrozumieć słów, które się do niego mówi. Natomiast mowa samodzielna będzie zupełnie poprawna, gdyż na drodze *P-s-m* i *P-m-b* niema żadnej przeszkody Jest to tak zw. afazya czuciowa podkorowa *(Aphasia sensorica subcorticalis* (Wernicke), albo *subcorticale Worttaubheit* (Kussmaul). — Lichtheim słusznie zwrócił uwagę na to, że wyraz afazya jest tu niewłaściwym, gdyż idzie raczej o rodzaj głuchoty przy mowie utrzymanej, dla tego proponował on nazwę *Sprachtaubheit;* Barth nazywa tę postać „głuchotą sensoryczną“.

2) Uszkodzenie znajduje się w zmysłowym ośrodku słuchowym, czyli pamięciowym dla obrazów dźwiękowych t. j. w *s.* Pamięć dla wrażeń słuchowych jest w mniejszym lub większym stopniu zniesiona. Chory słyszy, ale nie jest w stanie rozumieć tego, co słyszy, jak gdyby słuchał obcej, nieznanej mu mowy, lub jak gdyby nie rozbudził się jeszcze ze snu, lub był zamyślony, roztargnięty, albo w stanie wyczerpania fizyologicznego. Samodzielna mowa jest po części tylko utrzymana drogą *P-m-b,* ale nie poprawna z powodu braku współudziału ośrodka *s* i kontroli, wykonywanej w stanie prawidłowym przez ten ośrodek. Wskutek tego chory nie powtarza dobrze, samodzielnie wymawia inne wyrazy, nie odpowiadające jego myślom; zamienia słowa, zniekształca je, wymawia mylnie, jednem słowem mówi parafatycznie. Choroba polega na utracie słuchowych obrazów pamięciowych. Czasem taki chory w monologii i mechanicznie mówi dobrze i rozporządza znacznym zasobem słów. Przy namyśleniu się zaś, przy szukaniu wyrazu stosownego w rozmowie, albo jeżeli jest o coś zapytany, ulega niemożności wyszukania odpowiedniego słowa. Jeżeli ośrodek *s.* nie jest porażony, lecz podrażniony, mogą powstać mylne obrazy słowne i popęd do gadania z tworzeniem niedorzecznych zgłosek, albo dźwięków *(polyphrasia).* Taki chory nie wie nawet, że źle mówi, gdyż sam nie może skontrolować słuchem swojej mowy Jest to tak zw. „aphasia sensor. corticalis = afazya czuciowa korowa (Wernicke), *„corticale Sprachtaubheit“* (Kussmaul), „głuchota wyrazowa“ (Ołtuszewski), *„surdité verbale“* (autorów francuskich), *„Seelentaubheit“* (autorów niemieckich).

3) Jeśli przerwa w łuku psychicznym mowy znajduje się na drodze *s-P.* to pamięć słuchowa obrazów słownych jest utrzymana, ale chory wyrazów słyszanych nie może połączyć z pojęciem, więc ich nie rozumie. Natomiast powtarzanie mechaniczne wyrazów bez rozumienia ich znaczenia jest możebnem drogą *a-s-m-b.* Mowa samodzielna jest niepoprawna, zmieszana, t. j. parafatyczna, z powodu nierozumienia tego, co sam mówi, w następstwie przerwy w ciągłości drogi *P-s.* Ziehen postać tę odróżnia od poprzedniej tem, że tu pamięć obrazów dźwiękowych jest utrzymana, słowa choremu nie są obce, owszem — zdają mu się znane, chory przypomina, że już je słyszał dawniej, ale zapomniał ich znaczenia. Pick wyraża z wszelkiem zastrzeżeniem przypuszczenie, że zdolność zapamiętania intonacyi, t. j. barwy głosu, a więc poznanie człowieka po głosie, jest utrzymana w tej postaci, a zniesiona w poprzednich postaciach afazyi czuciowej, mogłaby może służyć dla odróżnienia pierwszej od ostatnich. Postać ta nazywa się według Wernickego *Aph. sensor. transcorticalis* = afazya czuc. pozakorowa.

B. Zaburzenia na drodze odśrodkowej (ekspresyjnej).

4) Rozróżniamy dalej przeszkody w drogach ruchowych mowy. Przerwanie tej drogi między narządem artykulacyjnym a ośrodkiem ruchowym w korze, t. j. na drodze *b-m,* uniemożliwia mowę mechanicznie. Słuch i rozumienie mowy zupełnie prawidłowe, chory wszystko rozumie, co słyszy, a jednak nie jest w stanie mówić samodzielnie, ani powtarzać. Wyobrażenie wewnętrzne wyrazu *w m* jest utrzymane; postać ta stanowi przejście między afazyą i anartryą i nazywa się według Wernickego *„aphasia motoria subcort.“* = afazya ruchowa podkorowa.

5) Przypuśćmy siedzibę przeszkody albo choroby w *m,* t. j. w ośrodku dla wyobrażenia albo pamięci ruchów, potrzebnych dla wymawiania wyrazów, to z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, że zdolność mówienia samodzielnego, jak również powtarzania, będzie stracona; wewnętrzne wyobrażenie słowa jest także niemożebne. Chory nie może nic mówić, albo mówi zaledwie i z wielkiem natężeniem kilka słów, gdyż zapas słów jego jest bardzo ograniczony. Ruchomość narządów artykulacyjnych utrzymana. Słuch, jak również rozumienie słyszanych wyrazów, — prawidłowe. Jest to postać tak zw. *aph. motor. corticalis* = afazya ruchowa korowa (Wernicke) afazya ataktyczna (Kussmaul). Objawy tej postaci są prawie identyczne z objawami postaci poprzedniej. Różnica występuje w tem, że tu ośrodek ruchowy sam jest niesprawny, a więc pojęcie słowne wadliwe, przez co chory taki, nie mając wyraźnego wyobrażenia wewnętrznego o wyrazie, nie jest w stanie nawet określić, ile głosek mieści się w pewnem słowie. Przy postaci zaś poprzedniej (pod 4) chory, mimo że nie jest w stanie wymawiać, może jednak własnowolnie inerwować ośrodki słowne *m* i *s,* ma słuszne wyobrażenie wewnętrzne o słowie, co się objawia

w tem, że jest w stanie n. p. znakami ręki podać liczbę głosek danego wyrazu, jak to Lichtheim na to zwrócił uwagę. Tak samo pisanie w przeciwieństwie do postaci poprzedniej nie jest tu możebnem (p. niżej).

6) Zmiana, znajdująca się na drodze między m a P, upośledza przewodnictwo głównej drogi od ośrodka pojęcia do ośrodka pamięciowego ruchowego mowy, przez co uniemożebnia mowę samodzielną. Chory taki słyszy i rozumie wszystko, jest także w stanie powtarzać wyrazy słyszane, stracił jednak zdolność mowy samodzielnej, nie jest w stanie swoich myśli wyrażać; jest to postać *aphasia motor. transcort.* = niemota ruchowa pozakorowa (Wernicke).

7) Przypuśćmy nareszcie zmianę chorobową na drodze s-m, to wtedy chory słyszy i rozumie wszystko, powtarzanie zaś wyrazów słyszanych i mowa samodzielna są wadliwe z powodu braku drogi przewodzącej od s do m, gdy odpada wpływ słuchowego ośrodka czuciowego. Chory taki mówi parafatycznie, poznaje jednak przez czynny ośrodek s, że źle mówi, niecierpliwi się i smuci z tego powodu. Jest to postać tak zw. *Leitungsaphasie* = afazya przewodnictwa (Wernicke).

Lichtheim nazywa postacie 2 i 5 „*sensorische*", względnie *motorische Kernaphasie* (afazya jądrowa); postacie 1 i 3 obwodową, względnie ośrodkową afazyą czuciową przewodnictwa; 4 i 6 obwodową, względnie ośrodkową, ruchową afazyą przewodnictwa, a 7 afazyą wysepkową *(Inselaphasie)*".

Do tego szematu, podanego przez Lichtheima i Wernickego, należy dodać inny dla uzmysłowienia nauki o zboczeniach w pisaniu i czytaniu, które często łączą się z zaburzeniami właściwej mowy. Jak bowiem z wrażeniami słuchowemi, t. j. z głosem, możemy także skojarzyć nasze wyobrażenia z wrażeniami wzrokowemi. Obok mowy głosowej obdarzeni jesteśmy mową pisaną, gdyż możemy cudze myśli rozumieć, a własne wyrażać pismem, podobnie jak mową. Dalej możemy mowę słyszaną uzmysłowić w piśmie, t. j. przenieść ją ze sfery słuchowej na wzrokową i odwrotnie: pisaną przenieść przez czytanie na narząd słuchu. Istnieje zatem ścisły związek między jednym a drugim sposobem wyrażenia i rozumienia myśli i znamy różne zaburzenia w tych czynnościach i w ich związkach. Dla wyłożenia tych czynności i ich zboczeń musimy znowu uciec się do sposobu pierwotnego ich wytwarzania się i rozwoju.

Dziecko, uczące się czytać alfabet dostaje wrażenia wzrokowe drogą n. wzrokowego k-o_1 *(p. ryc. 2)* do pewnego miejsca w korze mózgowej o_1, które nazywamy ośrodkiem wzrokowym dla liter *(Buchstabenbildcentrum)*. Na tem miejscu, odpowiadającem zakończeniom n. wzrokowego w korze potylicznej, albo w dolnym płacie ciemieniowym (p. niżej), wytwarza się pamięć dla obrazów optycznych pojedynczych liter. Przy nauce pisania odchodzą z tego miejsca podniety do p, gdzie się wytwarza przez ćwiczenie w pisaniu wyobrażenie pamięciowe dla ruchów ręki prawej, wykonywanych przy pisaniu poszczególnych liter, t. j. ośrodek obrazów ruchowych *(Schreibbewegungsvorstellung, Centrum für Schreibbewegungsempfindung)*, z którego wychodzą bodźce, inerwujące do obwodu, t. j. do n. n. i mięśni ręki prawej drogą p-r. Z drugiej strony ośrodek dla obrazów wzrokowych o_1 łączy się drogami kojarzącemi z ośrodkami pojęcia słownego o_1-s i o_1-m, które pośredniczą w czytaniu i samodzielnem pisaniu. Drogą n. wzrokowego wrażenia dostają się do ośrodka wzrokowego, który łączy się ściśle ze sferą słuchową. Albowiem z obrazem optycznym litery ściśle się kojarzy jego obraz dźwiękowy i przy pobudzeniu pamięci obrazów optycznych liter budzi się zawsze wrażenie słuchowe, podobnie jak znak optyczny nuty muzykalnej, n. p. c, łączy się z odpowiedniem wyobrażeniem słuchowem. Przez ośrodki s i m zostają połączone ośrodki dla pisania z ośrodkiem pojęciowym w P, które to połączenie umożliwia dopiero rozumienie pisma i pisanie samodzielne. Podobnie jak dla każdego słowa istnieje także dla każdej litery osobna pamięć obrazowa, słuchowa i pamięć ruchowa.

Tu musimy zaraz zwrócić uwagę na ważną różnicę, zachodzącą między uczeniem się mówić, a pisać i czytać. Przy mowie uczymy się odrazu wymówić całe słowo, cały wyraz, a rozkładania słowa na poszczególne jego części, t. j. litery

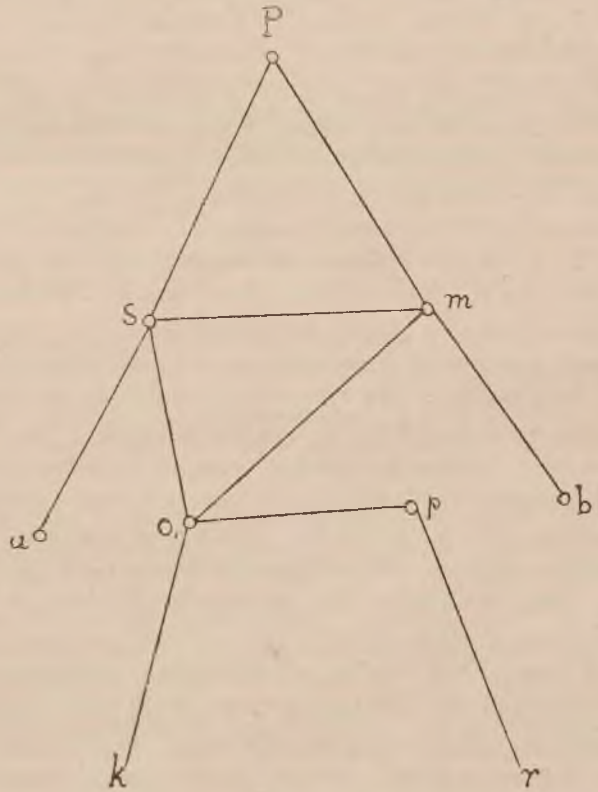


Fig. II. Szemat podług Małachowskiego.

i zgłoski uczymy się dopiero później. Odwrotnie, przy pisaniu i czytaniu najpierw zaczynamy od pojedynczych liter, potem sylab, a nakoniec piszemy i czytamy całe wyrazy. W ten sposób odbywa się także ta czynność u dorosłego, gdyż zawsze czytamy i piszemy tylko przez sylabizowanie, jak to wyjaśnił Grashey, przez co też w tych razach potrzebujemy dłuższego czasu do wytworzenia pojęcia słownego, aniżeli przy mowie.

Czytanie odbywa się w ten sposób, że od obrazu optycznego w o_1 zostają inerwowane drogi o_1-s, o_1-m, dalej s-P i s-m-b. Przy pisaniu podnieta wychodzi od pojęcia i dochodzi drogami P-s i P-m przez s-o_1, m-o_1 i o_1-pr. do ręki prawej. Przy pisaniu, jak również przy czytaniu, muszą według Wernickego być utrzymane i nietknięte pojęcia słowne w swych dwóch składnikach, t. j. w ośrodkach czuciowym i ruchowym dla mowy s i m, jakoteż droga kojarzenna między nimi. Stosownie do tego szematu *(ryc. 2)* przychodzi do skutku 1) czytanie bez zrozumienia drogą k-o_1-s-m-b, 2) czytanie z zrozumieniem przez dołączenie do poprzedniej drogi ośrodka pojęciowego drogą s-P. Jeżeli się czyta nie głośno, nie wymawiając, droga m-b jest zbyteczna. 3) Dla odpisa-

nia, kopiowania, bez rozumienia, wystarcza droga *k-o-p-r*, odpisanie bowiem mechaniczne ze wzoru figur, liter jest sprawą optyczno-ruchową i daje się wykonać bez wyobrażenia i zrozumienia znaczenia słowa. 4) Przy pisaniu dyktowanego musi być czynną cała droga od n. słuchowego przez pojęcie słowne *s* i *m* i ztąd do *o-p-r*. 5) Jeżeli piszący podług dyktowania ma także rozumieć to, co pisze, to musi także być pobudzone pojęcie *P* drogą, *s-P*. 6) Przy pisaniu samodzielnem podnieta, wychodząca od wyobrażenia w *P* inerwuje pojęcie słowne *s* i *m*, które wysyłają dalej bodźce do ośrodka obrazów piśmiennych o_1 i drogą o_1-*p-r* do ręki prawej.

Wyobraźmy sobie teraz różne zmiany albo choroby w różnych punktach tego szematu i zastanówmy się, jakie z nich muszą wynikać następstwa i objawy.

Według Wernickego odróżniać należy:

1) Aleksyę podkorową *(cécité verbale pure* autorów francuskich), jeżeli jest przerwana droga dośrodkowa z obwodowego narządu wzrokowego do ośrodka optycznego dla liter, t. j. między *k* a o_1. Przytem czytanie, jak również kopiowanie, jest niemożebnem. Natomiast pisanie samodzielne, jakoteż dyktowanego są wykonalne, gdyż drogi odpowiednie *P-s-m-*o_1*-p-r*, względnie *a-s-m-*o_1*-p-r*, są nienaruszone i czynne.

2) Aleksya korowa z zniszczeniem lub niesprawnością ośrodka o_1, powodującemi utratę pamięci optycznej dla znaków pisma. Tu pisanie samodzielne i dyktowanego, jak niemniej kopiowanie i czytanie pozostają niewykonalnemi.

3) Aleksya pozakorowa, polegająca na przerwaniu połączenia między o_1, a pojęciem słownem *s* i *m*. W tym stanie tylko kopiowanie mechaniczne jest możebne drogą *k-o-p-r;* natomiast czytanie i pisanie samodzielne, jakoteż dyktowanego jest niewykonalne. Postać tę nazywano także „ślepotą wyrazowa“ *(Wortblindheit)*. Chory widzi pismo dobrze, odróżnia kształty liter, może je nawet kopiować; nie jest jednak w stanie ich wyrazić, ani pojąć co one znaczą; rozumie zaś obrazy i może nawet rozwiązywać rebusy.

4) Agrafia podkorowa skutkiem przerwania drogi odśrodkowej między narządem ruchowym obwodowym a ośrodkiem ruchowym dla ręki prawej, t. j. *p-r*. Pisanie samodzielne, dyktowanego, jakoteż kopiowanie przynajmniej ręką prawą nie jest możebne; natomiast nie jest wykluczoną możebność pisania ręką drugą, lub inną częścią ciała, gdyż zdaniem Wernickego tylko drogi ruchowe dla ręki prawej są przerwane; zdolność czytania jest przytem oczywiście utrzymana.

5) Agrafia korowa przy niesprawności ośrodka ruchowego dla pisania w *p*. Utrata wyobrażenia ruchów potrzebnych do pisania, o ile odnoszą się do inerwacyi ręki prawej, używanej do pisania. Objawy jak pod 4

6) Agrafia przewodnictwa *(Leitungsagraphie)*, będąca następstwem przerwania drogi o_1-*p*. „*Lorsque l'image visuelle existe, mais que la voie de conduction entre le centre optique et le centre moteur de la main est detruite, celle-ci n'est plus actionée par l'image et ne peut plus ecire*“ (Bernheim). Objawy, jak łatwo wywnioskować z szematu, będą tu te same, jak przy postaciach poprzednich (4 i 5), z tą tylko różnicą, że tu inne subtelne ruchy ręką prawą, jak wogóle ruchomość tej ręki, są zupełnie prawidłowe, gdy w postaciach 4 i 5 należy według Wernickego i in.) przypuścić pewne porażenie, a co najmniej niedowład tej kończyny.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Th. Kocher: **Chirurgiche Operationslehre** (*IV Auflage Jena. G. Fischer 1902*).

Książka Kochera cieszy się nie małem wzięciem w zamkniętym światku chirurgów. Świadczy o tem IV wydanie w przeciągu kilku lat, a nie mniej przemawia za tem przekład polski, którego nie mógłbym nazwać wzorowym, mnóstwo bowiem świeżo wyszukanych wyrazów i styl chropawy czynią, że nawet dla polaka, umiejącego oczywiście coś-nie-coś po niemiecku, język oryginału jest jeśli nie przystępniejszym, to w każdym razie mniej nużącym. Może tłómacz w tym kierunku naśladował autora, o ile bowiem ocenić potrafię, to z kart książki Kochera przebija nieszczególna dbałość o formę literacką, — co zresztą nie obniża wartości istotnej książki i co się częściowo tłómaczy sposobem pisania. W przedmowie bowiem wspomina autor, że wiele ustępów w „nauce o operacyach“ dyktował podczas samej operacyi. A to chyba nie bardzo odpowiednia chwila do tworzenia zaokrąglonych okresów i po literacku wykończonych zdań.

Również nie zaliczyłbym do najszczęśliwszych pomysłów wyboru samejże książki do przyswojenia naszemu piśmiennictwu. Nam brak elementarnych podręczników w tym kierunku, a luki tej nie wypełni książka Kochera. Sam autor już na karcie tytułowej zaznaczył poniekąd cel i stanowisko swej książki, opuszczając steoretypowe *„für Studierende und Aerzte“*. Bo też książka Kochera, — tak myślę, — nie może służyć, jako podręcznik dla uczących się chirurgii wogóle, a tylko dla szczupłego koła bezpośrednich uczniów Kochera. Dla adeptów innej szkoły książka ta, jako podręcznik, ma bardzo względną wartość. Od karty tytułowej bowiem aż do ostatniej strony cała książka przesiąknięta jest Kocherem, a tem samem jest bardzo jednostronną i podmiotową. A taka jednostronność nie może być i nie jest zaletą podręcznika. Położywszy n. p. główny nacisk na rozszczepliwość skóry i od kierunku jej czyniąc zależnym kierunek cięć skórnych, zaleca metody operacyjne, które chirurgowi o zmyśle krytycznym, nie przyćmionym dążeniem (niekiedy za każdą cenę) do oryginalności, wydawać się muszą trochę dziwnemi. (Porównaj końcowy ustęp oceny tej książki, napisanej przez prof. Rydygiera w „Nowinach lek.“ 1902 Nr. XI).

Natomiast dla tych, którzy chirurgię już umieją, książka Kochera ma ogromną, wyjątkową wartość. Kocher zajmuje w gronie współczesnych chirurgów zbyt wybitne stanowisko, abyśmy w kwestych wątpliwych i nieścisłych nie zapragnęli dowiedzieć się, co też on o tej lub innej sprawie sądzi? Dzięki zaś tej książce poglądy tego chirurga i sądy o rozmaitych zagadnieniach mamy zebrane w jednem dziele, obejmującem całokształt nauki i sztuki chirurgicznej i już nie potrzebujemy, uzbroiwszy się w niemałą dozę cierpliwości i wytrwałości benedyktyńskiej, szperać w zakurzonych stosach zadrukowanej bibuły, przedstawiającej bieżące piśmiennictwo. Książka Kochera ma wartość dokumentu z pierwszej ręki Pod tytułem jej, tam, gdzie inni piszą „podręcznik dla studentów i lekarzy“ mógłby Kocher podpisać „publiczne wyznanie osobistych przekonań i wiary chirurgicznej autora“. I uczyniłby to mógł tem śmielej, że wyzwala się z pod ogólnie przestrzeganego szematu w tego rodzaju książkach i szeroko (z wielką korzyścią dla czytającego) rozwodzi się o aseptyce, antyseptyce i o znieczulaniu.

Tyle ogólnie. Zapuszczać się w szczegóły niebezpiecznie. Trzebaby bowiem streszczać chyba stronę po stronie, tyle tam myśli i metod nowych, czasami naprawdę oryginalnych. Z każdego niemal wiersza przebija się pewne, niekiedy... śmiałe, zaufanie do sił własnych, nie pozwalające Kocherowi iść drogą, którą już inni wygodnie i szczęśliwie przeszli, lecz każe mu zawsze i jakby... z zasady

wyszukiwać nowych ścieżek dla siebie, których racyi i potrzeby istnienia czytający nie zawsze pojmuje. Ztąd też chirurg wychowany w innej szkole, czytając tę książkę, nie nad jedną stroną w skromności ducha swego zastanowi się dłużej i pomyśli, że tę lub ową operacyę możnaby przecież wykonać równie dobrze, ale sposobem prostszym i niekoniecznie... *modo* Kocher. Równie jednak często przyjdzie przyznać czytającemu, że tak jak Kocher robi, jest lepiej i że w przyszłości trzebaby tak robić, jak to on radzi.

Wszystko to jednak razem żadnym sposobem nie może wpływać na wartość książki, — bo wartość jej główna i nieoceniona spoczywa właśnie w tym subjektywizmie. Takich książek trzeba więcej i jak najwięcej, a wówczas piśmiennictwo nasze pozbyłoby się może nudnego szablonu, łatwiejszem stałoby się ogarnięcie ogromnie rozrastającego się piśmiennictwa specyalnego. W książkach tak pojętych i tak pisanych odbija się indywidualność chirurga, jak w zwierciedle i z takich „auto-sylwetek“ historyk chirurgii w dalekiej przyszłości nie jednego potrafi się dowiedzieć. *Mh.*

V. Wyciągi.

K. Israel. **Przyczynek do leczenia otoku ropnego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). W przypadku uporczywego otoku ropnego poprowadził J. prócz cięcia poprzecznego dla wycięcia żebra drugie pionowe od IX żebra w dół. Wynik był bardzo dobry. To też obecnie operuje wszystkie przypadki otoku ropnego w następujący sposób: wycina z IX żebra około 6 ctm., nacina opłucnę dla wypuszczenia ropy; następnie prowadzi cięcie pionowe do XI żebra, przyczem wycina kawałek X żebra długości 4 ctm. Wprowadziwszy palec do utworzonego otworu opłucnej, wynajduje położenie przepony i następnie przecina na $^3/_4$ ctm. nad przeponą tkankę międzyżebrową IX i X żebra wraz z opłucną, przyczem zważa na to, by nie przeciąć przepony; w końcu podwiązuje naczynia. Wytwarza w ten sposób bramę, którą się wylewa treść jamy opłucnowej. Zalety tego sposobu zdaniem autora są te, że wypróżnienie jamy opłucnowej jest zupełne, jamę można dobrze wypłókać, niema uciążliwego podrażnienia do kaszlu, gojenie jest szybkie i bezgorączkowe, nie musi się zakładać sączków, nadto krwotok daje się łatwo opanować. *B. Żmigród.*

Matzenauer. **Przycewkowe nacieczenie i ropień u kobiety; przewlekłe rzeżączkowe stwardnienie żeńskiej cewki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Podobnie jak u mężczyzny ulegają i u kobiety schorzeniu gruczoły błony śluzowej w ostrej rzeżączce. Błona śluzowa jest wtenczas dookoła gruczołów zaczerwieniona, ujścia gruczołków są ciemniej zabarwione, z miejsc tych przy ucisku wypływa ropa. Skutkiem zwiększonego obrzęku zapalnego zmniejszają się skośnie przebiegające przewody, w następstwie czego nie może ropa wypływać. W ten sposób tworzy się dużo maleńkich ropni. Im większa ilość ropni w ścianie cewki, tem grubszą i twardszą przedstawia się cała cewka. Nie zawsze ropień taki przebije się do cewki: często drąży w głąb aż do ciał jamistych. Podobnemu sposobowi zropienia, jak gruczoły Littrego, ulegają także gruczoły Skenego, leżące przy ujściu cewki i gruczoły Bartoliniego, znajdujące się niżej cewki. Jeżeli ropień przedostanie się przez zatoki jamiste cewki, tworzy się wtenczas naciek między cewką a przednią ścianą pochwy, wypuklający coraz bardziej tę ostatnią ku dołowi, w końcu może ropa nawet przedziurawić ścianę pochwy. Jeżeli ropień taki otworzy się do cewki, albo do pochwy, to powstała zatoka pokrywa się szybko po odpłynięciu ropy ziarniną i następuje wyleczenie. Jeżeli zaś powstanie równoczesne przebicie i do cewki i do pochwy, powstaje przetoka moczowa. Nie zawsze jednak przychodzi w rzeżączce cewki do wytworzenia ropni; czasem zapalenie gruczołów, zwłaszcza w przewlekłym przebiegu, sprowadza wytworzenie większej ilości tkanki łącznej, w następstwie czego cała cewka staje się znacznie grubsza i twardsza, ujście cewki ma wtenczas brzegi wywinięte i twarde, z którego często wystają mięska (*carunculae*) cewki, jako polipy śluzowe. W następstwie tej zmiany przychodzi często do zwężeń cewki. Zmiany te cewki różnią się od stwardnienia kiłowego bardzo dawnym przebiegiem, znaczną bolesnością i brakiem zajęcia gruczołów pachwinowych. *P.*

Clairmont i Haberer. **O zachowaniu się zdrowej i zmienionej otrzewnej zwierzęcej.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Doświadczenia nad siłą wsysania otrzewnej były robione na 200 zwierzętach. Autorowie wstrzykiwali 10 ctm.³ 2% wodnego roztworu jodku potasowego, następnie usiłowali wykazać jod w moczu próbą azotowo-chloroformową, która jest tak czułą, że daje wynik dodatni przy ilości $^1/_{1000}$ mgr. jodku potasowego. Oznaczali przytem czas trwania wydzielania się moczu, zachowanie się wsysania w otrzewnej przy wzmożonym lub zmniejszonym ruchu kiszek, co się otrzymuje przez wstrzykiwanie wyroczynu jadowitego (physostigma) lub atropiny; dalej zachowanie się otrzewnej po jednorazowem nadęciu jamy otrzewnej powietrzem. Prócz wodnego roztworu jodku potasowego wstrzykiwali autorowie także jodek potasu w gotowanym moczu, w treści żołądkowej chorego na raka żołądka i w gotowanej żółci wołowej. Badali także wsysanie po otwarciu jamy brzusznej, po wywołaniu przedziurawienia jelita postrzałem, w powstającem zapaleniu otrzewnej, wpływ odurzenia narkotycznego na wsysanie, wywołanego rozmaitymi środkami narkotycznymi, starali się wyodrębnić pewną część otrzewnej (otrzewnę przepony) przez pociągnięcie jej kolodyonem. Rozpoczęli także badania nad przepacaniem po otwarciu jamy brzusznej. Doświadczenia te doprowadziły do następujących wyników: 1) wzmożony ruch robaczkowy jelit przyspiesza wsysanie w otrzewnej; 2) przez jednorazowe wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej wsysanie w otrzewnej nie ulega zmianie; 3) dla otrzewnej obojętne są płyny jałowe, jak mocz, treść pokarmowa itd.; wstrzyknięte do jamy otrzewnowej, nie powstrzymują wsysania, podobnie też działa treść pokarmowa, wylewająca się po przedziurawieniu jelita postrzałem; 4) w początkach zapalenia otrzewnej wsysanie jest wzmożone, zwolnione zaś w okresach końcowych; 5) przy otwarciu jamy brzusznej z aseptyką suchą wsysanie jest istotnie zwolnione; 6) przy aseptyce wilgotnej wsysanie się mało zmienia; 7) odurzenie narkotyczne wpływa zależnie od zastosowania środka narkotycznego; 8) przy wyłączeniu otrzewnej przeponowej występuje znaczne zwolnienie; 9) otwarcie jamy brzusznej nie wpływa na czynność przesączania się w niej. *B. Żmigród.*

Grawitz. **O błednicy.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.* Zeszyt 25, 1902). Zdarzają się bezwątpienia przypadki prawdziwej błednicy i u młodzieńców słabiej zbudowanych i oddanych spokojnemu zawodowi, n. p. u krawców, pisarzy i t. p. Do szkodliwych czynników usposabiających zalicza autor podawanie wyskoku w wieku młodocianym. Dość często służące, zdrowe dziewczęta ze wsi, już po krótkim pobycie w wielkiem mieście zapadają na błednicę i tu z pewnością zmiana w odżywianiu i sposobie życia, jak późne udawanie się na spoczynek nocny, cięższa praca, chodzenie po piętrach, pośpiech w życiu, zmartwienia, tęsknota i brak świeżego powietrza ważną odgrywają rolę. Powrót do domu usuwa chorobę w krótkim czasie bez stosowania jakichkolwiek innych środków i dlatego autor określa tę postać, jako błednicę wielkomiejską. Upośledzony rozwój układu naczyniowego sam bezwzględnie nie może być przyczyną błednicy; najwyżej jest on tylko ważnym czynnikiem usposabiającym i najcięższe przypadki są właśnie te, które z powodu upośledzonego rozwoju serca i naczyń są powikłane niedokrewnością. W wielu tych przypadkach sprawdza się zdanie Virchowa, że objawy błednicy pod wpływem leczenia stają się tylko utajone, lecz nigdy nie mogą być zupełnie wyleczone. Nieraz początki gruźlicy i przewlekłe zapalenie nerek przebiegają pozornie pod postacią objawów błednicy.

Zapatrywania, jakoby przyczyną błednicy były zaburzenia w domniemanem wydzielaniu wewnętrznem narządu płciowego, autor nie uznaje; taksamo nie wytrzymuje według niego krytyki hipoteza, jakoby samozatrucia z powodu spraw gnilnych w jelitach były przyczyną błednicy. Zdaniem autora błednica polega więcej na nieprawidłowościach w wytwarzaniu limfy, aniżeli krwi. Tak w tkankach, jak i we krwi jest nagromadzona większa ilość płynu, gdyż z powodu zdaje się zaburzeń w czynności naczyń krwionośnych wymiana płynów pomiędzy krwią i tkankami jest upośledzoną tak, że płyny z powodu niesprawności wydzielniczej nie są dostatecznie odprowadzone i powodują zastój limfy. Zaburzenia te w krążeniu krwi i limfy pochodzą z nieprawidłowej czynności nerwów naczynioruchowych, co też jest przyczyną łatwo się zjawiającego i znikającego zblednięcia i zaczerwienienia u błedniczych. G. uważa zatem błednicę za nerwicę naczynioruchową, która nagabuje szczególnie, choć nie wyłącznie, dziewczęta w wieku pokwitania, a nieprawidłowy skład krwi jest tylko stałym najwyraźniejszym objawem tej nerwicy, polegającym jednak taksamo na upośledzonej czynności nerwów, jak wszelkie inne cechujące objawy nerwowe błednicy. Błednica stanowi młodocianą szczególną postać ogólnego zbioru objawów histerycznych, a przy dokładnych wywiadach u kobiet histerycznych bardzo często się pokazuje, że w młodości cierpiały one na błednicę.

Najskuteczniejszym środkiem leczniczym jest usunięcie chorej z dotychczasowego otoczenia i G. wyleczył już kilka przypadków

jedynie zapomocą środków przeciwnerwowych i dyetetycznych oraz zabiegów wodoleczniczych w tym samym okresie czasu, jakiego wymaga zwykle leczenie żelazem; przyznaje jednak, że w pojedynczych przypadkach otrzymał wynik korzystniejszy pod wpływem stosowania żelaza. Autor uznaje wpływ żelaza na błednicę (poleca pigułki Blauda i rozczyn półtorachlorku żelaza 3 razy dziennie po 3—5 kropel w wodzie), lecz nie uważa go za środek swoisty; jest to tylko przetwór pobudzający dla narządów krwiotwórczych i dlatego punkt ciężkości nie leży w podawaniu dobrego przetworu żelaza, lecz w leczeniu dyetetyczno-fizykalnem. Z początku najlepiej działa leżenie w łóżku; należy usunąć zaparcie żywota i pobudzać łaknienie. U chorych bardzo tłustych mleko tylko częściowo, lub wcale się nie poleca; jaja, przynajmniej w większej ilości, nie są pożądane, ponieważ stosunkowo bardzo łatwo powstaje gnicie w jelitach. U błedniczych ciastowatych poleca się w pierwszym czasie 2—3 razy tygodniowo gorące kąpiele z następowem poceniem się i mięsienie. Picie wód żelezistych i arsenowo-żelezistych tylko na miejscu u źródła ma wartość leczniczą. *Dr. Fels.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 10 grudnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II Kol. Ozga demonstrował preparat z poprzednio przedstawionego przypadku ciąży zamacicznej

III Kol prof Rosner wygłosił odczyt: »O nowych teoryach menstruacyi i implantacyi jajka« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll. Nowak, Siedlecki, Gertler, Ciechanowski, Spira, Godlewski, Kostanecki, Bochenek i prelegent Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 17 grudnia 1902.

Przewodniczący kol prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita nowego członka honorowego kol. Jordana, poczem tenże dziękuje za zaszczyt, którym go obdarzyło Towarzystwo tem mianowaniem.

III. Kol. Cybulski odczytał sprawozdanie komisyi, wybranej w sprawie dwurazowej nauki.

W dyskusyi nad tym referatem zabierali głos Koll. Borzęcki, Browicz, Braun, Ciechanowski, Jordan, Surzycki, Ponikło i Cybulski, poczem sprawozdanie komisyi uchwalono wydrukować jako dodatek do „Przegl. lek." i uproszono kol. Jordana, ażeby referat ten przedłożył Radzie szkolnej krajowej.

IV. Następnie przystąpiono do wyboru funkcyonaryuszów Towarzystwa na rok 1903 i zgodnie z wnioskami Komitetu przedwyborczego, przedstawionymi przez kol. prof. Jakubowskiego, wybrani zostali: Prezesem kol. prof. Nowak, wiceprezesem kol. prof. Rosner, sekretarzem stałym kol. Borzęcki, sekretarzem dorocznym kol. Dobrowolski, bibliotekarzem kol. Wrzosek, redaktorem „Przeglądu lek." kol. Kwaśnicki; do Komisyi redakcyjnej Koll. prof. Ciechanowski, Gercha, prof Raczyński i prof. Trzebicky; do komisyi kontrolującej Koll. doc Łepkowski i Maczka; delegatami do Rady zawiadowczej Tow lek galic. Koll prof Gluziński i prof. Mars.

Wybór delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lek galic. odroczono. Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Korespondencye.

Kair, d. 31 grudnia 1902 r.

Zdając sprawę w 1-szym N. „Przegl. lekar.", z ogólnego posiedzenia 1-go Zjazdu lekarzy egipskich, zakończyliśmy doniesieniem, że Prof. Bouchard (Paryż) miał na tem posiedzeniu wykład, p t *„Les tendances nouvelles de la therapeutique"* (O nowych dążeniach w lecznictwie); odczyt ten przytaczamy w streszczeniu: Wyleczenie samoistne jest prawie regułą w chorobach ostrych, w chorobach zaś przewlekłych konieczną jest pomoc lekarska. Leczenie jednak w rzadkich tylko przypadkach bywa w istocie leczące, n. p. przez zwalczanie miejscowo jakiejś przyczyny miejscowej; w przeważnej jednak części było łagodzące (paliatywne) i przyrodzone. Gdy leki, przynoszące ulgę chwilową zawodziły, uciekano się do przetworów, których nie znano własności i działania, ale których dobre skutki spostrzegano przypadkowo. Był to więc pospolity empiryzm: ale dzięki temu empiryzmowi posiadamy makowiec, który wprawdzie nie leczy, lecz zawsze przynosi ulgę, a nadto zdobyliśmy niektóre środki, które rzeczywiście leczą, a do tych zaliczam: chininę, rtęć, jod, arsen, sole salicylowe i t. d. Każdy z tych przetworów leczy jakąś właściwą chorobę i tylko tę chorobę, — jego więc działanie jest właściwe, swoiste; leczy, mimo że do ostatnich czasów nie wiedziano jakim sposobem. Dziś w przeważnej części znamy ich działanie; wywierają one wpływ na przyczynę chorobotwórczą i to przez działanie ogólne. Rzecz jeszcze dziwniejsza, że dotąd nieznamy tych przyczyn chorobotwórczych, choć znamy środki przeciw nim. Znamy wprawdzie przyczynę zimnicy i promienicy, ale nie znamy etyologii gośćca, przymiotu i t. d.

W najnowszych czasach poznaliśmy też surowice, — środki wybitnie swoiste, — których działanie jest rzeczywiście leczące. Wszystkie te przetwory, jak i surowice, działają do pewnego stopnia antyseptycznie, ale niektóre surowice mają oprócz tego własności antyseptyczne, zobojętniające jady bakteryj, albo czynią odporniejszemi komórki zwierzęce. Nic nie przemawia przeciw temu, aby leki o działaniu swoistem nie miały oprócz bakteryobójczego także działania antytoksycznego. Bouchard przytacza Patellę, który po wstrzyknięciu soli rtęciowej dostrzegał pojawianie się leukocytozy wielojądrzastej. Jeżeli leukocyty dostają się do krwi w większej obfitości, należy przypuszczać, że spełniają swą rolę wylawiania bakteryi i wydzielania fermentów w sposób bardziej wydatny. W każdym razie wszystkie te środki swoiste o działaniu ogólnem wywierają swój wpływ na zakażenie, bądź to bezpośrednio przez działanie bakteryobójcze, bądź pośrednio, pobudzając czynniki, z pomocą których ustrój atakuje zarazki, albo się przeciw nim broni.

Bouchard wpadł na myśl, że skoro w chorobach miejscowych, jak i w chorobach ogólnych, lecz umiejscowiających się, leczenie ogólne wywiera właściwy wpływ leczący, możnaby ograniczyć stosowanie środka leczniczego wyłącznie na tkankę chorobowo zajętą, czyli że możnaby próbować leczenia, wstrzykując w miejsce chorobą dotknięte ten lek, który okazał się skutecznym, gdy się rozejdzie po całym ustroju. Oblicza on, że jeżeli w gośćcu stawowym ostrym człowiek, ważący 60 kgrm., dostaje drogą ustną 6 grm. dziennie salicylanu sodowego i po kilku dniach takiego leczenia zostaje wyleczony, to na każdy kilogram ciała tkanki zdrowej i chorej przypada 10 ctgr. dziennie tego leku Jeżeli jeden staw, a mowa o stawach większych, waży 50—100 grm. tkanki zajętej chorobowo, wystarczyłoby 5—10 mlgr. na wyleczenie każdego miejsca chorobowo zajętego. Nie mówiąc o dawkach tak małych, przytacza przykłady, gdzie 3 ctgr. salicylanu sodowego, rozpuszczone w 2—4 ctm^3 wody, a wyjątkowo dawki większe od 10—20 ctgr., leczyły bezwarunkowo gościec stawu. Jeżeli wstrzykujemy w jeden staw zajęty, to leczenie odnosi się tylko do tego stawu, nie wywiera zaś żadnego wpływu na inne, a nawet nowe stawy w trakcie tego leczenia mogą być zajęte.

Kiedy więc idzie o jeden staw, leczenie miejscowe wystarczy. W gośćcu ogólnym należy naturalnie stosować leczenie ogólne; ale jeśli leczenie ogólne nie wystarcza, trzeba mu przyjść z pomocą leczeniem miejscowem. Leczenie miejscowe skutecznem jest także w postaciach przewlekłych, ale aby osiągnąć trwałą poprawę, trzeba je przeprowadzać wytrwale. Równie dobre wyniki otrzymał Bouchard, lecząc miejscowo rozpoczynające się zapalenie osierdzia i opłucnej; nie udało mu się zaś leczenie miejscowe zapalenia śród-

sierdzia. Nie udało się też leczenie bólów błyskawicznych w wiądzie rdzenia. W tym ostatnim przypadku osiągał poprawę zapomocą wstrzykiwań jodku potasowego. Łącząc zaś ten przetwór z dwujodkiem rtęci w ten sposób, że na 100 grm. wody przypada 3 grm. jodku potasowego i 1 centgr. dwujodku rtęci i wstrzykując 2 ctm^3 tego roztworu, osiągał trwałe i dobre skutki.

Wyniki te skłoniły Boucharda do spróbowania leczenia miejscowego przymiotu przez stosowanie środków swoistych. Badania są jeszcze w toku, ale z tego, co dotąd zrobiono, można wnosić, że jakkolwiek przymiot wymaga leczenia ogólnego, mimo to można szybko usunąć zmiany miejscowe, ograniczone, samem leczeniem miejscowem, szczególnie w miejscach widocznych, jak na twarzy, oku, języku i że prawdopodobnie można będzie działać skutecznie miejscowo także na zmiany głębsze.

Nie wdając się w inne choroby, zdaje się prelegentowi, że leczenie miejscowe zapomocą dawek minimalnych jest pewne, — a nadto, że działanie to jest antyseptyczne, że wywiera wpływ miejscowy raczej na czynniki, wywołujące chorobę, niż na komórki zwierzęce, walczące z tymi czynnikami, choć i to drugie nie jest nie możliwe.

Byłoby rzeczą niemiłą, powiada prelegent, wyliczać leki ogólne, których używano przeciw chorobom miejscowym i obliczać ile kosztował jod, tran rybi i tyle innych, które podawano przeciw ropniom opadowym, wilkowi i t. d.; dopiero wyjaśnienie miejscowej przyczyny takich chorób, jak gruźlica gruczołów, lub też zapalenie otrzewnej zdecydowało lekarza — internistę do zawezwania chirurga. A zakres tego leczenia miejscowego nie ogranicza się jedynie do zakażeń; zrozumieli to już dawniej od internistów okuliści, stosując miejscowo różne środki swoiste.

Kończąc, nie stawia Bouchard horoskopów na przyszłość, gdyż jest przekonany, że nasi następcy otworzą nowe drogi, których my nie możemy przewidzieć, ale może powiedzieć stanowczo, na jakiej drodze znajduje się lecznictwo obecnie: nie odrzuca ono działania ogólnego na cały ustrój; postępuje w ślad za niem przez użycie ciał chemicznych, a przedewszystkiem przez stosowanie czynników fizycznych. Działa także na odżywienie, bądźto jeśli odżywienie samo przez się jest przyczyną, bądź jeśli zaburzenie w odżywieniu mogłoby sprzyjać rozwinięciu albo uporczywości zakażenia. Terapia obecna zwalcza owo zakażenie środkami ogólnymi, ale przedewszystkiem i coraz to częściej środkami miejscowymi, — wywierając bądźto działanie antyseptyczne, bądź czynność antytoksyczną i przez te środki staje się prawdziwie leczącą. Udziela mu natchnienia poznanie zarazka, które jest chwałą XIX stulecia, a które rozwinie jeszcze wiek XX, przechowując naukę i pamięć tych dwóch dobroczyńców wszystkich wieków — Pasteura i Listera. (Należałoby nie zapominać i o Kochu. *Przyp. sprawozdawcy).*

Dr. Batko.

VIII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

(Ciąg dalszy).

Prócz nieprawidłowych położeń płodu, które stanowiły najważniejszą przeszkodę porodową, były jeszcze inne, jak n. p. ciąża bliźniacza. Jak się na nią Galen zapatruje, tego nie powiada, pomimo sposobności, jaką miał, komentując Hipokratesa.

Płód nieżywy, nie mogąc współdziałać podczas porodu, sprowadza przez to pewne niebezpieczeństwo. Podobny wpływ, jak ten ostatni, ma na przebieg porodu także źle rozwinięty i chory płód, jako też nie mniej niedobry stan zdrowotny matki. W pierwszym bowiem razie odpada współdziałanie dziecka, jak przy płodzie nieżywym, a przy chorobie matki, — zwłaszcza ostrej, — jej współdziałanie. *(in aph. Hippocr. com. quint. 55 i in I. Hippocr. de vulg. morbis com. sec. 68).* Z natury rzeczy wynika, że Galen, nie zajmujący się położnictwem, musiał w tym razie przedewszystkiem polecić użycie rozmaitych leków, jak n. p. mleka kobiecego z miodem i korzeniem macierzanki *(de remed. parabil. lib. III.)*, środków pobudzających do kichania *(in aph. Hip. com. quint. 35)* i wiele innych *(de remed. parab. lib. II. cap. XXVI.)*, jakkolwiek nie obcem mu było wydobycie tych płodów zapomocą żelaznego haka, jak to wynika z komentarza do wyrazu „ἰμβούς" u Hipokratesa *(explanatio linguarum quibus Hippocr. usus est).*

Pod względem zapatrywania się na niebezpieczeństwa, wynikające z braku współdziałania płodu, nie było ono inne u Galena, jak u Soranusa, Celsusa i Hipokratesa.

Gdy wody płodowe podczas porodu wypływają, tem samem zwilżają i rozmiękczają ujście macicy, przyczyniając się w ten sposób do łatwiejszego i szybszego jego rozwarcia się. Przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza brak współdziałania tego czynnika, a ujście rozwiera się z tego powodu powoli. W tych przypadkach, chcąc naśladować współdziałanie przyrody, poleca Galen wstrzykiwania do pochwy podczas porodu („... *cum repente ac simul humor effluere occuparit, ipsae (obstrices) naturam imitari coactae humores quosdam habent, quibus collum matricum perfundant". de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. V.)*, podczas gdy Soranus używał przy powolnem rozwieraniu się ujścia macicznego ciepłej oliwy i maści rozmiękczających, polecając zarazem rozszerzanie palcem.

Późnego odejścia wód z powodu zbyt grubych błon płodowych, zdaje się, Galen nie znał, gdyż błony składają się wedle niego z bardzo cienkich warstw, których włókna w ten sposób są ułożone, by razem wzięte przedstawiały właśnie potrzebną siłę. *(ibid).*

Do patologii porodu, wedle Galena, musimy zaliczyć i brudne wody płodowe, a to z powodu niebezpieczeństwa, jakie one przedstawiają dla przyszłego połogu. Galen wprawdzie mówi jedynie o krwi czarnej, żółciowo zabarwionej, rdzawej, śluzowej i t. d. wydobywającej się z pochwy. *(in I. Hippocr. de vulg. morbis com. tertius. 21);* nie trudno jednak odgadnąć, że widział w tych przypadkach brudne wody płodowe, których istotę naturalnie po swojemu tłómaczył.

O nieprawidłowościach miednicy, jako o przeszkodach porodowych, nie wspomina wcale.

Podobnie, jak przy poronieniach, uciekał się Galen do spekulacyi, o ile sobie w danym razie sprawy zdać nie mógł z etyologicznego czynnika, tak też w przypadkach ciężkich porodów, jeśli przyczyny ich znaleść nie mógł, uciekał się do teoryi, przyczem pomocną mu była jego nauka o temperamentach. Jeżeli żadnej ze wspomnianych przyczyn, których zresztą dosyć dużo wymienia, znaleźć nie może, natenczas twierdzi, że kobieta, o którą chodzi, jest zimną i przez to poród utrudnia „*laborabant autem pariendi difficultate propterea quod frigidus status erat". (in I. Hipp. de vulg. morbis com. secund.).*

Po odejściu płodu, odbierania którego nas zresztą Galen nie poucza, baczy on na to, czy łożysko odchodzi, czy też nie. Jeżeli się zatrzymuje, należy podawać leki, a gdy te nie skutkują, pobudzać matkę do kichania. *(in aph. Hipp. com. quint. 50).* O wydobyciu ręcznem łożyska, lub o jakichkolwiek innych zabiegach, by sprowadzić jego wydalenie, Galen nie wspomina. Nie wyklucza to naturalnie ręcznego wydobywania łożyska za czasów Galena; w każdym razie

jednak dowodzi, że się do niego nie uciekano, dopóki nie wypróbowano poprzód innych środków. Jeżeli po lekach wewnętrznych, które Galen w tym razie rodzącym podawał, nie możemy sobie dużo obiecywać, to przecież musimy pochwalić, że — jeżeli wogóle przystępował do wydobycia ręcznego łożyska — to nie szybko, przez co się zbliża do Soranusa. Różnica pomiędzy nimi polega tylko na tem, że podczas gdy Galen jest zwolennikiem użycia innych środków przed ręcznem wydobyciem, to Soranus, nie licząc w tym razie dużo na leki, radzi dla próby lekko pociągać za pępowinę, a gdy to nie skutkuje, wprowadzić rękę do macicy i wypróżnić ją. *(Soranus lib. I. cap. XXI)*. Celsus był przeciwny niebezpiecznemu pociąganiu za pępowinę z obawy oderwania jej; sprzeciwiał się także podawaniu przetworów pobudzających do kichania, nie radząc wogóle dużo czasu tracić na podawanie leków, lecz był pod tym względem najenergiczniejszym z lekarzy starożytnego świata, przemawiając za ręcznem wydobyciem łożyska jeszcze nawet przed odpętleniem noworodka. *(Celsus lib. VII. cap. XXIX)*. Im dalej wstecz pójdziemy, tem więcej znajdziemy rad nieodpowiednich w tym kierunku, a nawet niebezpiecznych. I tak Euryfon i Dion podawali leki, Euenor, Sostratos i Apollonius pociągali za wystające błony. Straton wprowadzał ciepłą parę, — co wobec dzisiejszego ponownego wprowadzenia pary do terapii ginekologicznej zasługuje na uwagę, — a Mantias używał ciężarków ołowianych, które zawieszano na wystających błonach. *(Soranus l. c.)*. Wszystkie te środki, z wyjątkiem ręcznego wydobycia łożyska znajdujemy już o wiele wcześniej u Hipokratesa.

Cały ten szereg lekarzy, zalecających różne metody, polegające w istocie rzeczy, na tej samej zasadzie, dowodzi, że starożytni położnicy znali niebezpieczeństwo, jakie grozi matce z zatrzymania łożyska, jak niemniej i z ręcznego jego wydobywania. Ztąd ta wielka liczba środków pomocniczych, zmierzających do uniknięcia tego zabiegu i z tego to powodu upłynęło dużo czasu, zanim się nauczono dopatrywać nie tylko złych stron, ale i cenić korzyści, wynikające z tego zabiegu, ręcznego wydobywania łożyska; dopiero Celsus i Soranus stanęli na stanowisku zbliżonem do dzisiejszego

Po odejściu łożyska lub jaja płodowego w pierwszych kilku miesiącach ciąży rozpoczyna się połóg. Starożytni lekarze wiedzieli dobrze, jak ważne znaczenie przypisać należy temu okresowi w życiu kobiety i dlatego poświęcali mu wiele uwagi Dziwnym zbiegiem okoliczności nie możemy się jednak wiele od nich dowiedzieć o traktowaniu połogu Hipokrates pozostawił tylko kilka historyj chorób nieprawidłowo przebiegających połogów *(Hippocrates, „de morbis vulgaribus“ lib. I. K. III)*. Z nich dowiadujemy się o postępowaniu najdawniejszych lekarzy i opierając się na nich, możemy się domyślać, jakich prawideł przestrzegano w połogu fizyologicznym. Celsus, ten istotny Cycero między starożytnymi lekarzami, niestety tylko tu i ówdzie wspomina kilku zaledwie słowy o niebezpieczeństwie grożącem kobiecie, gdy połóg jej nie przebiega gładko, a dla ostrożności żąda, by położnicę traktowano tak, jak chorą gorączkującą. *„reliqua curatio talis esse debet, qualis in inflammationibus“. (Celsus lib. VII. cap. XXIX)*. Żałować musimy, że Celsus o tej sprawie, tak ważnej dla przyszłego życia kobiety, tylko ogólnikowo się wyraża. Od niego moglibyśmy się przecież najwięcej dowiedzieć wobec jego zwięzłości i wyrazistości. Strata to dla historyi położnictwa tem większa, że odpowiednie rozdziały u Soranusa, który, jak wnosić możemy, zajmował się dyetetyką połogu dosyć obszernie, nas nie doszły. Z dzieł jego możemy sobie jednakowoż przynajmniej część jakąś odtworzyć na podstawie tego, co nas doszło; a nadto Moschion wynagradza nas do pewnego stopnia w tym kierunku. Galen poświęca wprawdzie więcej czasu połogowi, aniżeli porodowi, lecz to, co nas w tej sprawie doszło, jest tylko komentarzem do wspomnianych historyj chorób Hipokratesa *(in Hippocr. primum, tertium, sextumque de morbis vulgaribus commentarii)*. Oryginalnej pracy nie zostawił w tym kierunku żadnej, a przyczyny tego musimy znowu szukać w ówczesnych opłakanych stosunkach rzymskich i w specyalnych stosunkach lekarskich Galena. Z chwilą rozwiązania kobiety opiekowała się nią położna tak, że lekarze nie mieli wprost sposobności spostrzegania gładkiego połogu. W szczególności zaś odnosi się to do Galena, który przecież praktyki położniczej nie wykonywał w znaczniejszym stopniu. Lekarza wzywano dopiero wtedy, gdy zachodziły jakieś nieprawidłowości, z których sobie położna sprawy zdać nie mogła. Ztąd to pochodzi, że w traktowanie nieprawidłowego połogu u starożytnych jesteśmy stosunkowo bardziej wtajemniczeni, aniżeli się rzecz ma z połogiem prawidłowym Wobec tego skąpego materyału jednakowoż, jaki nas w tym przedmiocie doszedł, musimy Galenowi i za to być wdzięczni.

Według niego powinna się kobieta po porodzie zachowywać spokojnie, pocić się, oddawać odpowiednią ilość moczu, wyglądającego fizyologicznie, przestrzegać ścisłej dyety; wypróżnienia powinne być regularne, zbitości i barwy prawidłowej, a co najważniejsze, odchody muszą się pojawiać w odpowiedniej ilości i mieć odpowiednią barwę. Położnica musi oddychać spokojnie, język jej powinien być wilgotny, kończyny ciepłe, pragnienie nie powinno zbytnio jej dokuczać, a nadto powinna dostatecznie sypiać. Jeżeli którykolwiek z tych warunków nie dopisuje, natenczas powstaje połóg patologiczny.

Jak Galen kazał odżywiać położnice, tego nigdzie nie zdradza. Ponieważ jednak wiemy, że na punkcie dyety w przebiegu chorób przestrzegał przepisów Asklepiadesa z Bitynii, więc możemy przyjąć, że ich nie zaniedbywał w połogu, który przecież wszyscy starożytni lekarze uważali za stan patologiczny. Jedno miejsce wskazuje, że Galen nie był odmiennym pod tym względem. W komentarzu bowiem do piątej historyi choroby pierwszej księgi powiada, że u położnicy przychodzi z powodu przyjmowania stałych pokarmów do nagromadzenia się soków. Pozostaje więc tylko przypuszczenie, że albo nie podawał zdrowym położnicom żadnych pokarmów przez pierwsze trzy dni tak, jak to czynił Soranus, a za nimi Moschion, lub też że podawał jedynie płyny.

Pot ciepły uważał Galen, podobnie jak i dostateczną ciepłotę kończyn, za dobrą wróżbę.

Jak w całej patologii Galena, tak i w przebiegu połogu odgrywa rolę znaczącą jego urologia, którą zresztą doprowadził do niedorzeczności, chcąc podług moczu rozpoznawać chorobę i rokować. W połogu prawidłowym powinna położnica oddawać dostatecznie wielką ilość moczu, którego barwa ma być blado żółtą. Co do gęstości, mocz nie powinien przekraczać w żadnym kierunku pewnej granicy, t. j. nie ma być zanadto rzadki, ani zbyt gęsty; nadto powinien być przeźroczysty, a po odstaniu się powinien się w nim wytworzyć pewien osad.

Niemniej ważną rolę odgrywają w przebiegu połogu stolce, które mogą być twarde, rzadkie i płynne. Lecz nie tylko sama zbitość kału miała wielkie znaczenie, gdyż również ważną jest jego barwa, która może być żółtą lub blado żółtą, czerwoną lub czerwonawą, czarną lub zieloną, jakby zgniłą. Zdrowe położnice oddają stolec żółty lub blado żółty.

Największą wagę przykładali starożytni w nauce o połogu do odchodów. Galen nie był pod tym względem innym od swoich poprzedników. Wychodząc z zapatrywania, że płód rozwija się kosztem krwi miesiączkowej, przyczem zużywa to, co w niej lepszego, podczas gdy gorsze zostaje w ustroju matki, musiał także dla uprawdopodobnienia swej teoryi wynaleźć sposób zużycia tych gorszych resztek. Wobec zbliżającego się połogu nie trudno o to. Odchody bardzo dobrze się do tego nadają. I ztąd to pochodzi, że Galen tak wielkie znaczenie przypisywał odchodom połogowym, bacząc nie tylko na ich ilość, ale barwę i inne ich własności, „gdyż odchody stanowią nietylko opróżnienie położnicy, ale czyszczą ją zarazem“ (*in lib. II. Hippocr. de vulg. morbis com.*

tertius 73). W prawidłowym połogu powinny być odchody obfite i barwy ciemnej.

Prócz tych najważniejszych okoliczności kładzie Galen wagę na sposób oddychania położnicy. Oddech nie powinien być zanadto przyspieszony, natomiast musi być lekki i niebolesny *(in VI. lib. Hippocratis de vulg. morbis com. quartus).*

W bystrych swych spostrzeżeniach i dbałości o dobro powierzonych sobie pacyentek, nie zapomina Galen o ich śnie; znając dobrze zbawienne jego skutki dla osób chorych, domaga się dostatecznego dla nich wypoczynku.

(Dok. nastąpi).

† KRAFFT-EBING.

(Wspomnienie pośmiertne).

Miniony dziesiątek lat zapisał się smutnie na karcie dziejów rozgłośnej szkoły wiedeńskiej. Szereg uczonych, którym nauka wielkie zawdzięcza postępy, lekarzy, których cierpiąca ludzkość z czcią wspomina, ustąpił przed czasem z pola swej znakomitej działalności, wyrwany nieubłaganą dłonią śmierci z pośród grona żyjących. Bamberger, Kahler, Meynert, Billroth, Hofmann, Kaposi, a świeżo Krafft-Ebing stali się już tylko wspomnieniem.

Ryszard baron Krafft-Ebing urodził się w Mannheim w Wielkiem księstwie Badeńskiem, nauki pobierał w Heidelbergu i Zurychu. W tem ostatniem mieście zamiłowanie do psychiatryi obudziły w nim wykłady głośnego klinicysty Griesingera. Zamiar pierwotny poświęcenia się praktyce lekarskiej w ściślejszej swej ojczyźnie spełzł na niczem, gdy uzyskał posadę lekarza pomocniczego w zakładzie dla obłąkanych w Illenau. Tu pracował od r. 1864 do 1868 wspólnie z Schülem i Kirnem, ztąd też pochodzą pierwsze jego prace. Później oddawał się praktyce w zakresie chorób nerwowych w Baden-Badenie. Po skończonej kampanii francusko-pruskiej, w której brał udział jako lekarz wojskowy, osiadł w Strasburgu, gdzie w r. 1872 mianowany został profesorem psychiatryi. W rok potem powołano go na katedrę do Gracu i ofiarowano zarazem posadę dyrektora styryjskiego zakładu dla obłąkanych w Feldhof. Tu, t. j. w Gracu, dzięki staraniom Krafft Ebinga, stanęła klinika chorób nerwowych. Ponownego powołania do Niemiec nie przyjął, natomiast objął w r. 1889 po śmierci Leidesdorfa drugą klinikę chorób umysłowych w Wiedniu, którą już w r. 1892 zamienił po śmierci Meynerta na pierwszą klinikę, wystarawszy się u rządu o zamianę ówczesnego oddziału szpitalnego chorób nerwowych na klinikę i o połączenie jej z kliniką psychiatryczną. Na wiosnę r. 1902 przeszedł z własnej woli ze względów na podupadające zdrowie w stan spoczynku, poczem wrócił do Gracu, który stał się mu drugą ojczyzną i tu dnia 22 grudnia 1902 r. dokonał pracowitego żywota, opromienionego światowym rozgłosem.

Jako uczeń Griesingera zmarły należał do rzędu psychiatrów-klinicystów, a chociaż szeroki i świetny umysł jego oceniał należycie nowoczesne metody badań anatomopatologicznych i doświadczalnych, to przecież czynnie do nich ręki nie przyłożył. Ten czysto kliniczny kierunek jego badań w przeciwieństwie do genialnych badań anatomo-patologicznych ostatniego jego poprzednika w pierwszej wiedeńskiej klinice psychiatrycznej, Meynerta, zgotował mu przeciwników, często niewłaściwie, bo na kartach dziennikarskich pośrednio go napadających. Mistrz słowa olśniewał potoczystym, łatwym wykładem, wygłaszanym bądź ustnie z katedry, bądź też spisanym, w formie licznych jego dzieł. Styl jego wykwintny, a jasny, nadto lubujący się w zwrotach francuskich, zmienionych na modłę niemiecka, stanowił przeciwieństwo zawiłego stylu Meynerta. Ten to jasny sposób pisania zjednał mu liczne grona czytelników, uczniów i wielbicieli. Z licznych prac zmarłego trzy głównie zjednały mu światowy rozgłos: pierwszą z nich był „Podręcznik psychopatologii sądowej“ (do tej chwili 5 wydań, pierwsze z r. 1876); drugą „Podręcznik psychiatryi“ (sześć wydań, pierwsze z r. 1879), a trzecią i najgłośniejsza, bo czytywaną dla swego tematu przez niepowołane koła laików, „*Psychopathia sexualis*“, której od r. 1886 ukazało się 11 (!) wydań. Praca ta, druga z szerzej zakrojonych na ten temat, (pierwszą ogłosił Tarnowsky z Petersburga), rzuciła potężne światło na mało do tej chwili badane pole zaburzeń i zboczeń popędu płciowego; nią też złożył Krafft-Ebing dowód odwagi poruszenia w nauce, wbrew przeciwnym zapatrywaniom obskurantyzmu, nawet tak drazliwych tematów, jakich dostarcza życie płciowe człowieka. Wyszedł on tu z założenia, później tak pięknie zdefiniowanego przez Mantegazzę „...dla nauki nie istnieje nic wstrętnego; wszystko, co ludzkie, wchodzi w jej zakres“.

Znakomitemu uczonemu, doskonałemu nauczycielowi, rozgłośnemu lekarzowi tysięcy chorych, którym przywrócił najdroższy skarb, bo zdrowie umysłowe, los nie poskąpił uznania i zaszczytów. Najdroższym był mu zapewne urządzony przez wdzięcznych uczniów (między nimi i naszego rodaka, Dra H. Halbana, jednego z ostatnich jego asystentów), przez przyjaciół i kolegów jubileusz 30-lecia nauczycielskiej pracy, który się odbył na wiosnę 1902 r., na krótki czas przed ustąpieniem z katedry. W tym dniu radości nikt nie był w stanie przewidzieć, że tylko kilka miesięcy odgranicza chwilę wesela od chwili śmierci mistrza, którego pamięć przetrwa wiecznie w świecie ścisłej nauki.

L. W.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15. stycznia.

* Powtórne uzupełniające wybory do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej rozpisało namiestnictwo na dzień 31 stycznia.

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został Dr. T. Dunin, wiceprezesem Dr. W. Kamocki, sekretarzem Dr. S. Kopczyński.

* Dr. A. Wrzosek, bibliotekarz Tow. lek. krak., zawiadamia, że z wyjątkiem niedziel i świąt, biblioteka jest otwarta codziennie od godz. 9 do 10 rano.

* Komitet gospodarczy XIV-go międzynarodowego Zjazdu w Madrycie donosi, że podkomitet kwaterunkowy wszedł w porozumienie z właścicielami hoteli oraz mieszkań prywatnych. Cena od osoby za mieszkanie, usługę, światło i trzykrotne pożywienie, włączając w to przywiezienie rzeczy z dworca i odwiezienie ich w dzień wyjazdu, wynosi dziennie — w hotelach 15—50 pezetów (10—35 koron), a w pensyonatach 10 do 30 pezetów (8—20 koron). Komitet uprasza o zgłoszenia najpóźniej do 31 marca pod adresem Dr. Ulrico Frei (Wydział lekarski Uniwersytetu w Madrycie), który na żądanie przyszle formularz meldunkowy.

Wiadomości o zniżkach na kolejach wkrótce zostaną ogłoszone.

* Drugi międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbędzie się w Madrycie 20—22 kwietnia b. r. Członkowie tego Kongresu korzystać będą z tych wszystkich ułatwień, które przyznano członkom XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego. Wpisowe dla członków zwykłych wynosi 25 pezetów, dla przybranych 10. Językami urzędowymi tego Kongresu będą: hiszpański, francuski, angielski, niemiecki i włoski. Prezesem Komitetu gospodarczego jest Dr. Cortezo, redaktor czasopisma »Siglo médica«; sekretarzem generalnym Dr. Larra Corezo (Madryt, 17, Leganitos), do którego należy się zgłaszać o wszelkie wyjaśnienia.

* Dyrektorem Zakładu w Kulparkowie mianował Wydział krajowy prymaryusza tego szpitala, Dra Władysława Kohlbergera.

* Stopień doktora medycyny otrzymała w Zurychu p. Bronisława Salomonowicz z Lublina.

* Dzienniki wiedeńskie donoszą, że komitet, urządzający Wiec lekarzy rakuzkich, jednomyślnie uchwalił zadośćuczynić życzeniom lekarzy czeskich, którzy zawarowali sobie równouprawnienie językowe. Komitet przyznał tem samem słuszność żądaniom Czechów, a przede-

wszystkiem zdaje się miał na względzie wielką potrzebę zgody i jednomyślności w tym istotnie doniosłym wiecu dla bytu lekarzy w Austryi.

* Robert Koch udaje się d. 15 stycznia w towarzystwie Neufelda i Kleina do Rhodezyi, w celu badania zaraźliwych chorób bydła. Roczne wynagrodzenie Kocha, według umowy, wynosi 150,000 fran., pomocnicy jego dostaną po 25,000 franków.

* Między 11 a 17 grudnia, a zatem w tygodniu bezpośrednio poprzedzającym dzień otwarcia egipskiego Zjazdu lekarskiego, zachorowało w Aleksandryi na cholerę 44 osób, z których 35 zmarło. Jest to rzekomo nawrót epidemii, która według sprawozdań urzędowych była już wygasła.

* Jak wiadomo, parlament angielski ograniczył w r. 1898 obowiązek przymusowego szczepienia przeciw ospie. Nierozważna ta uchwała, która w ciągu paroletniej epidemii ospy w Londynie kosztowała tyle ofiar, zdaje się zostanie zawieszoną, o ile sądzić można z silnej agitacyi za ponownem zaprowadzeniem obowiązkowego szczepienia.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień LII. (21—27—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 89, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 19 (8 zam.), z zapalenia płuc 1, z płonicy 3 (1 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 1.

* Między 24 a 30 grudnia z. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dolniańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Spee mian. profesorem zwycz. w Kilonii. Berlińscy docenci: Posner, Koblanck, Bennecke mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi, a Meyer i Zinn dostali tytuł profesorski. Prof. Steinach mianowany został kierownikiem nowoutworzonego oddziału ogólnej i porównawczej fizyologii w Instytucie fizyologicznym w Pradze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Max Schede prof. anatomii — w Bonn. Dr. Rapin prof. ginekologii — w Lozannie. W Wrocławiu zmarł prof. Kast, kierownik kliniki lekarskiej, licząc lat 46. W Pilicy zakończył życie dr. Stefan Garlicki, w 31 roku życia. Dr. Pfitzner, nadzwycz. profesor anatomii w Strasburgu, zmarł, licząc lat 50. Dr. Sänger, prof. położnictwa i ginekologii, zmarł w Pradze. W Paryżu zakończył życie sławny chirurg i okulista, prof. Panas, licząc lat 71.

W Wilnie zmarł w 92 r. życia Dr. Fr. Nowicki. Nauki rozpoczął w b. Uniwersytecie wileńskim, a po jego zamknięciu doktoryzował się w Akademii petersburgskiej. W długiem i pełnem przygód życiu, niezłamany na duchu, niósł pomoc bliźnim, jako prawdziwy lekarz filantrop.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Wrzosek: Listy Jędrzeja Śniadeckiego do Ks. Adama Czartoryskiego. H. Hoyer: O pracowniach naukowych. Bregman: O przymusowem leczeniu alkoholików.

— *Zdrowie* Z. 1. Serkowski: O fałszowaniu produktów spożywczych. Tyszecki: Statystyka wychowania fizycznego w Galicyi. Lud. Korczyński: Technika w usługach balneoterapii.

— *Nowiny lekarskie* Z. 1. Moraczewska: Wpływ podawania alkaliów na stopień kwasoty moczu w anemiach. Sędziak: Higiena i profilaktyka gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów. Herman: O ranach postrzałowych.

— *Medycyna* Nr. 1. Barącz: W sprawie leczenia wąglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. F. Arnstein: Kilka uwag o leczniczem stosowaniu kofeiny w ostrych stanach adynamicznych.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 11. Krakowski: Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych. Ziemens: Jak badać sztuczne zęby?

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Pruszyński: Ś. p. prof. Wacław Sobierański. Pawiński i Karoli: Tętniak aorty zstępującej, skrycie przebiegający, z przedziurawieniem do przełyku.

— Nr. 1. Pawiński Apocynum cannabinum, jako środek nasercowy i moczopędny. Róbin: Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków (balantidium colitis).

— *Sbornik klinický* Nr. 2. Plavec: O diuretickém účinku preparátů theobrominových. Haškovec: Poznámky ku reflexu pilomotorickemu. Kose: O cytodiagnostice exsudátů.

— *La Presse médicale* Nr. 1. Nageotte: Etyologia wiądu rdzenia pacierzowego. Trémolières: Wskazania i wyniki leczenia wyłysienia drogą terapii dziąsłowo-zębowej. Buck i Linden: Wzmożenie odruchów w przebiegu raka. Nowy objaw guzów złośliwych.

— Nr. 2. Merklen: Znużenie zawodowe a rozszerzenie przerostowe serca z jego zwapnieniem. Canac—Marquis: Nefrorafia. Nowy sposób operacyjny.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Angerer: O wydobywaniu kul z jamy czaszkowej. Bollinger: Pierwotna promienica kości śródstopowych. Merkel: Dwa typy lekarzy bawarskich w połowie XIX. stulecia. Michel: Gruźlica pnia nerwu wzrokowego. Penzold: Oznaczenie stopnia ruchu w leczeniu gruźlicy płucnej. Ranke: Stare i nowe uwagi nad patologiczną anatomią zgorzeli w raku wodnym. Winckel: O znieczulaniu narkotycznem mięszaniną Schleicha N I. Rumpel: Doświadczenia z zastosowaniem w praktyce kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerek. Schwartz: Dzisiejszy obrót handlowy przetworami leczniczymi i jego wpływ na leczenie chorych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. König: Operowanie bez użycia bezpośredniego palców. Disse: Badania nad zdolnością przepuszczania prątków gruźliczych przez młodą ścianę jelitowo-żołądkową. Düring: O odporności przeciw przymiotowi, szczególnie ze względu na tak zwane »prawo Profeta«. Neufeld: Guzy gruźlicze krtani. Weber: Symptomatologia i terapia dziurawiącego zapalenia otrzewnej przy wrzodzie żołądka. Moser: O surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy. Baginsky: Uwagi nad poprzedzającą rozprawą. Aronson: Uwagi nad poprzedzającą rozprawą (Mosera). Krause: Stan lecznictwa i jego wykonywanie w Chinach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Moszkowicz: Wstrzykiwania podskórne parafiny. Neutra: Dwa przypadki Dupuytrenowskiego skurczu palców w przebiegu wiądu rdzenia, względnie wiądu z rozsianem stwardnieniem rdzenia. Czerwenka: Flebolity kobiecego narządu płciowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Friedmann: Samoistna gruźlica z wielką jamą w płucu u żółwia. Conradi: O płynnej substancyi trującej czerwonki i duru, otrzymanej zapomocą aseptycznej autolizy. Runeburg: Kiłowe schorzenia serca (dok.). Ebstein: Przyczynek do patologii i terapii twardzieli skórnej u dzieci (dok.).

Redakcya otrzymała. Szuman: Ueber die Anomalien der Reflexe (insbesondere des Patellarreflexes) und die sie begleitenden Sensationen (Unlustgefühle un Affecte) in Fällen von Neurosen.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 21. stycznia, o godznie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Surzycki wyłoży rzecz: „O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych.“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 24 Stycznia 1903. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Wykonanie zabiegu operacyjnego na trzonie macicy, na jej przydatkach i na niektórych narządach sąsiednich wymaga otwarcia jamy brzusznej, a zwykle zarazem jamy otrzewnowej. Najczęściej torujemy sobie w tym celu drogę przez powłoki brzuszne w linii białej, rzadziej w innych okolicach powłok brzusznych. Ilekroć chcemy się dostać do jamy otrzewnowej, wykonujemy tak zwaną laparotomię. Ponieważ laparotomia była zawsze uważaną za zabieg bardzo poważny, starano się gdzie można dostawać pozaotrzewnowo do jamy brzusznej. Tą drogą dostajemy się do pęcherza moczowego ponad spojeniem k. k. łonowych (Trendelenburg, Bardenheuer, Dittel, Fritsch, Frank). Nad więzem Pouparta dostajemy się do więzów szerokich, otwieramy n p. ropnie przymaciczne (Bardenheuer). W ostatnich czasach radzą niektórzy autorowie drogę pozaotrzewnową w celu wycinania macicy i rakowato zmienionych gruczołów chłonnych (Mackenrodt, Amann, Herff).

W przypadkach ciężkich i powikłanych przetok pęcherzowopochwowych obierano drogę do pęcherza moczowego przy pomocy resekcyi kości łonowej (Samter), albo drążąc pod łukiem łonowym (Schauta).

Dührssen wykształcił tak zwaną *„Coeliotomia vaginalis anterior“*, dostając się przez przednie sklepienie pochwowe między pęcherzem moczowym, a przednią ścianą macicy do jamy otrzewnowej. Boisleux otwiera tylne sklepienie tuż za macicą i dostaje się do zatoki Douglasa.

Chirurgowie nauczyli nas wycinać całą macicę przez pochwę, wśród tego zabiegu otwieramy oczywiście jamę otrzewnową. Operacya ta, wykonywana różnymi sposobami, została bardzo wydoskonaloną, a to dzięki usiłowaniom najtęższych chirurgów i ginekologów ostatnich czasów (Czerny, Billrodt, Müller, Péan, Richelot, Doyen, Döderlein i wielu innych).

Sims wycinał całą macicę podotrzewnowo od strony pochwy, podobnie operował czas jakiś Obaliński.

W celu wycięcia macicy używano i podwójnej drogi i wykonywano część zabiegu najpierw od pochwy, a potem kończono go od strony powłok brzusznych (Rydygier, Fehling), albo też i odwrotnie, jak to radzą w ostatnich czasach, aby wykonać część zabiegu najpierw drogą przez powłoki brzuszne, zaszyć nad macicą odłuszczoną otrzewnę, a po zaszyciu powłok brzusznych dokończyć zabiegu od strony pochwy (Mackenrodt).

Kraske w celu wycięcia rakowato zmienionej odbytnicy podał drogę od tyłu przy pomocy resekcyi kości krzyżowej. Hochenegg wyzyskał tę drogę do operacyi macicznych. Herzfeld, Rydygier, Borelius podali odmienne sposoby wykonania tego zabiegu.

Zuckerkandl i Wölfler podali boczne cięcia, aby się dostać bez resekcyi kości od tyłu do jamy otrzewnowej.

Wreszcie Zuckerkandl pokazał drogę do jamy brzucha od międzykrocza.

Jak z tego widzimy, liczne były usiłowania i liczne wymyślano drogi i sposoby, którymi można się dostać do jamy brzusznej, do jamy otrzewnowej i wykonywać operacye na macicy, jej przydatkach i narządach sąsiednich. Niezaprzeczenie jest to wielka zasługa pracowników na tem polu, bo drogi przez nich wskazane, aczkolwiek nie wszystkie, są w powszechnem użyciu, a niektóre z nich prawie zaniechane, to przecież mogą nam oddać znakomite usługi w pewnych szczególnych przypadkach i dlatego zawsze zostaną cennym nabytkiem w dziedzinie operacyjnej ginekologii.

Najwięcej używane, wydoskonalone i wypróbowane mamy dziś dwie drogi, mianowicie: od strony powłok brzusznych i od strony pochwy, w różny sposób praktykowane.

W dawniejszych czasach wykonywano prawie wyłącznie operacye, o których mowa, drogą przez powłoki brzuszne. Gdy sposób operowania przez pochwę został wydoskonalony, poczęto się ku schyłkowi zeszłego stulecia bardzo ku tej drodze zwracać i wiele zabiegów, które wykonywano dawniej wyłącznie drogą przez powłoki brzuszne, poczęto wykonywać stale od strony pochwy. Kto śledzi tok piśmiennictwa bieżącego, łatwo musiał dostrzedz pewne zmiany w poglądach różnych operatorów, którzy używają raz jednej, to znów drugiej drogi i w pewnych przypadkach poczają to jedną to drugą. Istnieje szereg operatorów, którzy się trzymają przeważnie jednej drogi i są konserwatywnymi zwolennikami drogi przez powłoki brzuszne; inny szereg jest takich, którzy wszelkiemi siłami starają się wykonywać pewne zabiegi przez pochwę. Inni wreszcie, w miarę rozwoju nauki, w miarę doskonalenia techniki operacyjnej, posługują się jedną i drugą drogą, względnie do tego, którą za korzystniejszą uważają.

Rzeczą jest jasną, że powstaje pewnego rodzaju zamięszanie w pojęciach w świecie lekarskim, szczególniej u tych kolegów, którzy się specyalnie ginekologią nie zajmują, jak o tem kilkakrotnie miałem się sposobność przekonać i dlatego postanowiłem w tej sprawie głos zabrać.

Chcąc nakreślić porównanie tych dwóch dróg operacyjnych, nie możemy się nad niemi samemi tylko zastanawiać, ale musimy także wziąść pod rozwagę różne stany patologiczne, z powodu których te zabiegi operacyjne wy-

konujemy. Musimy się dobrze zastanowić nad celem, jaki przez zabieg operacyjny osiągnąć chcemy.

Droga utorowana przez powłoki brzuszne ma tę wyższość nad wszystkiemi innemi, że odsłania nam należycie pole operacyjne, że narządy, na których operować mamy, stają się ze wszech stron dostępne, że wśród zabiegu operacyjnego jesteśmy panami położenia i jeżeli zabieg jest możliwy do wykonania, to go wykonamy.

Do ujemnych stron zaliczyć należy, że jest od innych niebezpieczniejszą, jeżeli bowiem operacya wykonana została w sposób niedostatecznie jałowy, grozi operowanej niebezpieczeństwo zakażenia, do którego otrzewna jest bardzo skłonną.

Rozległość jamy otrzewnowej, jej niezliczone zaułki, sprawiają, że oczyszczenie pola operacyjnego raz zanieczyszczonego jest więcej niż trudne, a po zamknięciu powłok brzusznych jest niedostępne dla wszelkiego leczenia następowego. W razie następowego wewnętrznego krwotoku, skrętu jelit i t. d. musimy na nowo jamę brzuszną otwierać.

Po operacyi z wynikiem pomyślnym pozostaje szpecąca blizna, a co gorzej, powstają w niej przepukliny, które ponownych wymagają zabiegów.

Wszystkiemu temu starano się zaradzić i na wszystko niemal mamy radę, zatem dziś, jeżeli właściwie postępujemy, ujemne strony i niebezpieczeństwo z otwarcia jamy brzusznej możemy ograniczyć do *minimum*. Dowodem tego są świetne wyniki i nader mały odsetek śmiertelności po zabiegach, wykonanych tą drogą; a nie trzeba zapominać, że odsetek śmiertelności zależy nie od otwarcia powłok brzusznych, ale od właściwego zabiegu i jakości cierpienia.

Surowo i ściśle przeprowadzone postępowanie jałowe w czasie operacyi, ochrona otrzewnej i jelit, aby nie były zbyt długo narażone na wpływ powietrza, sączkowanie pola operacyjnego w razie zanieczyszczenia, należyte i w sposób jałowy zeszycie powłok brzusznych, — oto sposoby, którymi zabieg otwarcia powłok brzusznych i jamy otrzewnowej staje się zabiegiem łagodnym.

To tylko pewna, że uchybienie tym wymaganiom, błąd popełniony lub zapomnienie, mszczą się bardzo i mogą życie chorej kosztować.

Droga przez pochwę do jamy otrzewnowej jest o wiele mniej niebezpieczną. Jak wiemy, pochwa nigdy nie jest jałową i tylko do pewnego stopnia daje się wyjałowić; zawleczenie drobnoustrojów z pochwy do pola operacyjnego, do jamy otrzewnowej, może być nie do uniknienia; przez pochwę otwieramy ropnie, mamy czasem do czynienia z rozpadającym się rakiem, a mimo to wszystko wyjątkowo tylko przychodzi do zakażenia otrzewnej, i zwykle przebieg pooperacyjny bywa pomyślny. Otrzewnę otwieramy w najniżej położonym punkcie jej jamy, reszta otrzewnej i jelita wcale nie, albo bardzo niewiele stykają się z powietrzem; często po operacyi sączkujemy i to są okoliczności rozstrzygające o tak pomyślnych wynikach operacyjnych, wykonywanych tą drogą. Po operacyi leczenie następowe często jest możebne.

Ujemną stroną tej drogi jest brak przystępu do bardzo ograniczonego pola operacyjnego, że często operować musimy na ciemno, że w razie powikłań zabieg może się stać niewykonalnym i że wśród zabiegu możemy być zmuszeni do użycia innej drogi, t. j. otwarcia powłok brzusznych. Są to ujemne strony tej doniosłości, że często wolimy tej drogi zaniechać mimo korzyści, jakie zapowiada.

Możemy wprawdzie rozszerzyć pochwę cięciem Schuchardta, ułatwić tym sposobem przystęp do pola operacyjnego, rozewrzeć to pole wziernikami liściowymi, ale to wszystko jest niedostateczne.

W ostatnich tygodniach Ott z Petersburga podał nowy sposób operowania przez przednie sklepienie, a mianowicie otwiera jamę otrzewnową w przedniem sklepieniu pochwowem, wprowadza do otworu watę, przez którą przepływające powietrze ma się wyjałowić, nim się dostanie do jamy otrzewnowej. Układa potem osobę operowaną z mocno obniżonym górnym końcem tułowia, chwyta kulociągiem powłoki brzuszne obok pępka i odciąga je silnie w stronę przeciwną od kręgosłupa. W tem ułożeniu jelita opadają ku przeponie, powietrze dostaje się przez otwór watą przytkany i wypełnia jamę otrzewnową. Wówczas wyjmuje watę, zakłada do otworu wziernik łyżkowy, na którym ma umocowaną małą lampkę elektryczną, lampka oświetla jamę otrzewnową i dozwala operować pod dozorem wzroku. Sposób to niewątpliwie dowcipnie obmyślany, w kilku przypadkach miał oddać autorowi bardzo dobre usługi, przyszłość okaże, o ile będzie praktyczny.

Zebrawszy to, co powiedziano, widzimy, że droga przez powłoki brzuszne nader ułatwia zabieg operacyjny, utrudnia natomiast leczenie następowe i jest niebezpieczniejszą. Droga przez pochwę ogranicza pole operacyjne, przy jej użyciu może zajść okoliczność, że zabiegu dokonać nie można, przystępniejszą jest natomiast dla leczenia następowego i w następstwach mniej niebezpieczna. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z c. k. Zakładu seroterapeutycznego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. (Kierownik Prof. R. Paltauf).

O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

Podali

Dr. Filip Eisenberg i **Dr. Ernest Keller**

ówcz. aspirant II. klin. wewn. w Wiedniu. — operator kliniki położniczej w Pradze.

(Dokończenie).

DODATEK.

Praca niniejsza w obecnej formie ukończona przed dwoma laty, miała być uzupełniona dalszemi badaniami w tym samym kierunku zapomocą metody Kocha; ponieważ badania te, prowadzone w Zakładzie seroterapeutycznym w Wiedniu, dotąd nie są ukończone, ogłaszamy na razie powyższe wyniki, które już w jesieni r. 1900 Doc. Dr. R. Kraus w swoim odczycie *(Die Fortschritte der Bakteriologie in der Diagnostik der Infektionskrankheiten „Wiener med. Wochenschrift"*, 1901 Nr. 20—22) wzmiankował w krótkich słowach. Obecnie, przystępując do ich ogłoszenia, chciałbym pokrótce uwzględnić nowsze prace, dotyczące naszego tematu i zaznaczyć swoje stanowisko wobec nich na podstawie wyżej omówionych danych.

Większość nowszych badaczy (o ile prace ich były mi dostępne) zajmuje wobec metody Arloinga i Courmonta stanowisko sceptyczne, lub też wprost ją odrzuca, jako niepewną lub nieswoistą, że wymienię tylko prace Horcicki, Knopfa, Dieudonnego, Lubowskiego i Neissera (z zakładu prof. Ehrlicha), Iwanowa, Moellera, Ruitingi, Thellunga. Tylko G. Carrière uważa odczyn za bardzo czuły, choć trudny do wykonania i poleca

stosowanie go, zwłaszcza łącznie z innemi metodami rozpoznawczemi. Jeżeli jednak przyjrzymy się bliżej wynikom jego pracy, dojdziemy do przekonania, że nie uprawniają one z pewnością do takiego wniosku; znajdujemy tam 70 przypadków gruźlicy płuc z 47 wynikami dodatnimi, 10 przypadków gruźlicy prosówkowej z 2 odczynami, 8 suchot galopujących z 2, czyli ogółem 88 przypadków gruźlicy z 51 odczynu dodatniego, t. j. 58%, zaś 40 przypadków klinicznie nie-gruźliczych — z 22 przypadkami odczynu dodatniego, t. j. 55%. Nawet jeśli wraz z Carrièrem przypuścimy, że wśród tych ostatnich pewna, nawet znaczna część należy do kategoryi gruźlicy utajonej, to jeszcze porównanie liczb tak blizkich siebie nie pozwoli nam przyjąć swoistości odczynu.

Na szczególniejszą uwagę zasługują dalej liczne badania, przeprowadzone na zwierzętach, a rzucające pewne światło na sprawę swoistości. I tak, de Grazia stwierdza u prawidłowych królików i morskich świnek, jagniąt i koni wysoką siłę aglutynacyjną; Koch stwierdza na 30 prawidłowych królików u 4 odczyn dodatni przy $^1/_{40}$, u 2 przy $^1/_{25}$; na 10 koni prawidłowych — u 8 przy $^1/_{25}$, u 2 przy $^1/_{50}$. Fakt ten, jeśli się zważy ogromną rzadkość gruźlicy u koni ($^1/_{1000}$—$^1/_{10\,000}$ według Nocarda i Leclainchea), każe być szczególnie ostrożnym w ocenie swoistości odczynu. Ważna bardzo sprawa stosowania serodyagnostyki u bydła dotąd jeszcze pozostaje w zawieszeniu; podczas gdy Arloing i Courmont twierdzą, że na 120 przypadków, w których ją stosowali u bydła, próba, sprawdzana sekcyą, raz jeden tylko zawiodła, Beck i Rabinowitsch na podstawie 78 prób, również kontrolowanych sekcyą, odmawiają próbie wszelkiego znaczenia rozpoznawczego, gdyż znajdują zarówno u sztuk gruźliczych, jak niegruźliczych równe odsetki odczynu dodatniego.

W ostatnich wreszcie czasach zdobyto kilka faktów nader ważnych dla oceny swoistości. I tak Koch stwierdził (a Moeller, Kayserling, Rumpf, i Guinard i Thellung potwierdzają), że przez wstrzykiwanie zabitych prątków gruźliczych (zawiesina TR Kocha) można zarówno u zwierząt prawidłowych, jak u ludzi, dotkniętych gruźlicą, wywołać powstanie wysokiej i swoistej zdolności aglutynacyjnej, względnie istniejącą znakomicie zwiększyć. Dalej stwierdził Romberg u 35, a Ruitinga u 5 noworodków, że surowica ich nawet w stosunku 1 : 1 nie objawia zdolności aglutynacyjnych; spostrzeżenie to, zgodne z niesłychaną rzadkością gruźlicy u noworodków, zdawałoby się przemawiać za tem, że prawidłowa surowica ludzka jest pozbawiona zdolności aglutynacyjnej, a że spostrzegana u dorosłych zdolność zostaje nabyta w ciągu życia. Jeżeli zaś nadto uwzględnimy fakt swoistej aglutynacyi, odkryty przez Kocha, spostrzeżenie to czyni prawdopodobnem, że zdolność ta jest wyrazem swoistego odczynu na zakażenie gruźlicze. Taki wniosek Romberg rzeczywiście wywodzi ze swego spostrzeżenia i na tej podstawie uważa nawet aglutynacyę przy 1 : 1 już za swoistą. Przedewszystkiem należy oczywiście zastrzedz się, że spostrzeżenie to nie dowodzi jeszcze z całą pewnością swoistości odczynu, choć ją czyni prawdopodobną. Ale przypuśćmy, co zresztą nie jest nieprawdopodobnem, że własność ta jest doprawdy swoistą, — jakież ztąd dałyby się wysnuć wnioski? W znakomitej swej pracy Naegeli, opierając się na materyale 500 sekcyj, przeprowadzonych z niebywałą dotąd skrupulatnością, stwierdza, że wśród dorosłych 98% okazuje na stole sekcyjnym obecność gruźlicy — i to:

na 284 przypadków

6	bez gruźlicy	t. j.	2 %
63	gruźlicy śmiertelnej	„	22·2%
74	„ czynnej	„	26 %
32	„ wątpliwej	„	11·3%
111	„ nieczynnej	„	39·5%

Porównując z tymi wynikami, zmieniającymi w zupełności nasze poglądy na częstość gruźlicy, wyniki swoich badań nad aglutynacyą, dochodzi Romberg do wniosku, że odczyn aglutynacyi jest wyrazem gruźlicy czynnej, jawnej lub utajonej, że natomiast może brakować w przypadkach ciężkich lub też w przypadkach gruźlicy nieczynnej. Znajduje on u ludzi klinicznie nie-gruźliczych 62·7% odczynu dodatniego, u gruźliczych 74·3%; nie możemy się jednak zgodzić na wniosek, jaki Romberg wyprowadza z tych liczb, że mianowicie odczyn dodatni jest objawem tylko gruźlicy czynnej, jawnej lub utajonej. Jeżeli bowiem w zestawieniu powyższem Naegeliego wykluczymy gruźlicę śmiertelną (63 przyp.) i co najmniej połowę przypadków gruźlicy czynnej (37 przyp.), jako przystępne rozpoznaniu klinicznemu, to z 284 przypadków zostanie 184 kwalifikujących się, jako klinicznie nie-gruźlicze. Wśród tych będziemy mieli 37 przypadków gruźlicy czynnej utajonej, 32 wątpliwej, 111 nieczynnej, a 6 nie-gruźlicy, to zn. ogółem 36·4% czynnej i wątpliwej, 63·6% nieczynnej i nie-gruźlicy. Wobec tego jest jasnem, że skoro Romberg uzyskał u klinicznie nie-gruźliczych 62·7% odczynu dodatniego, a jest wśród nich tylko 36·4% gruźlicy czynnej, to w liczbie 62·7% odczynu dodatniego musi się stanowczo zawierać pewna liczba gruźlicy nieczynnej. Fakt ten stanie się jeszcze widoczniejszym, jeżeli weźmiemy wyniki przez nas otrzymane, t. j. 75% odczynu dodatniego wśród klinicznie nie-gruźliczych. Nadto, jak wyżej zaznaczyłem, Romberg uważa już odczyn przez $^1/_1$ za dodatni; nasze doświadczenia, co prawda uzyskane na szczupłej liczbie 10 przypadków i inną metodą, dały nam przy $^1/_1$ we wszystkich przypadkach (100%) odczyn dodatni, — zatem tu nawet wszystkie przypadki nieczynnej gruźlicy również musiały dać odczyn. Zbierając wszystkie te fakta, dochodzimy do wniosku, że, jak to i Romberg podnosi, nawet o ile się uzna swoistość odczynu, klinicznie nie da się on stosować jako środek rozpoznawczy, gdyż może brakować w przypadkach gruźlicy czynnej (u Romberga w 25%, u nas w 30%), z drugiej zaś strony okazuje się zbyt czułym i może, wykrywając obecność minimalnych ognisk gruźliczych, sprowadzić rozpoznanie na fałszywe tory w przypadkach, gdzie zachodzi jaka inna, nie jasna na razie sprawa chorobowa. Co więcej, jest na razie bardzo wątpliwem, czy, jak chce Romberg, metoda ta może służyć do wykrycia gruźlicy czynnej utajonej, jeśli przywiedziemy sobie na pamięć wyżej przytoczone wywody. Tak więc wnioski sformułowane na końcu naszej pracy przed dwoma laty i dziś jeszcze, wobec nowych tych zdobyczy możemy nadal utrzymać.

Omawiając wyżej zmienną zdolność różnych hodowli do aglutynowania się, wspomnieliśmy że hodowle starsze i gęstsze trudniej ulegają aglutynacyi; wypowiedziane tam przypuszczenie, że wobec większej zawartości bakteryj wartość aglutynacyjna surowicy się zmniejsza, znalazło potwier-

dzenie doświadczalne w pracach Fickera, Iwanowa i Romberga. Z drugiej strony badania Foerstera, Tobiesena, Eisenberga i Volka stwierdziły teoretyczną podstawę tego zjawiska w ilościowych stosunkach między aglutyninami, a istotą aglutynowaną. Wobec tego musimy oczywiście uznać za znaczny postęp wprowadzenie nowych metod przez Romberga i Kocha, które dają nam możność ciągłego operowania niezmiennym preparatem, a tem samem i naukowe uprawnienie porównywania wyników uzyskanych przez różnych badaczy. Która z tych metod okaże się do badań tych stosowniejszą, przyszłe doświadczenia dopiero wykażą.

Wreszcie nie chciałbym pominąć milczeniem faktu, na który już poprzednio zwracaliśmy uwagę, a który w świetle nowszych spostrzeżeń tem bardziej zasługuje na uwzględnienie. W dwóch przypadkach żółtaczki spotkaliśmy niezwykle wysoką zdolność aglutynacyjną: $^{1}/_{500}$ (najwyższa dotychczas wogóle sprawdzona u człowieka) i $^{1}/_{50}$. W ostatnim roku ukazało się kilka prac, zajmujących się bliżej podobnemi zjawiskami: Żupnik w przypadkach żółtaczki (2 przyp. *Cholelithiasis*, 2 *Cholangitis suppurativa*, 4 *Morbus Weili*, 1 *Carcinoma hepatis*) uzyskał silną aglutynacyę prątków durowych; Eckardt w 2 przypadkach choroby Weila aglutynacyą $^{1}/_{1000}$, w 8 przypadkach żółtaczki z innych przyczyn wartości $^{1}/_{50}$—$^{1}/_{1000}$. W pracy swej o izoaglutyninach w surowicy ludzkiej znalazłem najwyższą wartość aglutynacyi w przypadku *Cirrhosis hepatis hypertrophica* Hanot ($^{1}/_{30}$); również Klein spostrzegał autoaglutynacyę ciałek czerwonych krwi w przypadku *Cirrhosis hepatis hypertrophica* i popiera to spostrzeżenie całym szeregiem podobnych. Teoretycznego tłomaczenia wszystkich tych faktów szukać należy prawdopodobnie w doświadczeniach Kohlera; znalazł on, że przez wstrzykiwanie kwasów żółciowych lub podwiązanie przewodu żółciowego można u psów wywołać znaczną zdolność aglutynacyjną wobec prątków durowych. Zgodnie ze spostrzeżeniem Köhlera, że *in vitro* kwasy żółciowe czasem tylko okazują działanie aglutynacyjne, widzieliśmy wyżej, że w naszem doświadczeniu żółć z kilku trupów okazała się nieczynną, a Eckardt stwierdził to samo ze żółcią zebraną przy operacyi. W każdym razie przypadki wyżej przytoczone zasługują na baczną uwagę, wskazując na ważne źródło możliwych pomyłek serodyagnostycznych.

Kraków w Listopadzie 1902. *Dr. Filip Eisenberg.*

Piśmiennictwo. 1) L. Brieger u. F. Neufeld: Zur Diagnose b ginnender Tuberculose aus dem Sputum. (Deutsche med. Woch. 1900 N. 6). 2) M. Beck: Ueber die diagnostische Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins (Deutsche med. Woch. 1899 N. 9). 3) E Levy u. Hayo Bruns: Ueber die Frühdiagnose der Tuberculose. (Deutsche med. Woch. 1900 N. 9) 4) W. H. Park: Bemerkung über die Wirkungen des Blutserums tuberculoser Thiere und Menschen auf den Tuberkelbacillus. (Ref Centralbl. f. Bakt. I. Abth. 1900 XXVII. S. 675). 5) S. Arloing: *a*) Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. (Congrès de méd. interne. Montpellier 1898. 12—17 Avril) 6) *b*) Sur l'obtention des cultures et d'émulsicns homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide et sur une variété mobile de ce bacille. (Compt. Rend. Ac. d. Sc. 1898 9 Mai. T. CXXVI. p. 1319—13 21). 7) *c*) Agglutination du bacille de la tuberculose vraie. (*ibid.* 1898 16 Mai. T. CXXVI. p. 1398—1401). 8) *d*) Apparition dans le sérum sanguin sous l'influence des produits chimiques d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie. (*ibid.* 1898. 31 Mai. T. C. XXVI. p. 1550—1553). 9) P. Courmont: *a*) Action des épanchements des séreuses tuberculeux ou non sur les cultures de bacilles de Koch en milieux liquides. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898. 28 Mai p. 605—608). 10) *b*) Sérodiagnostic des épanchements tuberculeux. (Presse médicale 1898 11 Juin). 11) *c*) Sérodiagnostic des épanchements tuberculeux. (Congr. pour. l'étude de la tub. Paris 1898. p. 578). 12) *d*) L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1900 24 Nov. p. 1000—1002). 13) *e*) L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux (séro-diagnostic). (Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1900 p. 697). 14) S. Arloing et P. Courmont: *a*) De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux. (Congr. pour l'étude de la tub. Paris 1898 p. 583). 15) *b*) Etude sur la recherche et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le serum sanguin de l'homme. (*ibid.* p. 586) 16) *c*) De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux. (Compt. Rend. Ac. d. Sc. 1898. 8 Août. T CXXVII. p. 312—315. 17) *d*) Sur la recherche et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme. (*ibid.* 1898. 19 Sept. T. CXXVII. p. 425—428). 18) *e*) Recherche et valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch (séro-diagnostic de la tuberculose). (Ber. üb. d. Berliner Tuberkulose-Congr. 1899. S. 229). 19) *f*) De l'agglutination du bacille de Koch; application au séro-diagnostic de la tuberculose. (Zeitschr. f. Tub u. Heilst. 1900. B. I H. 1. 2). 20) *g*) Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose. (Presse médic. 1900 N. 73). 21) *h*) Ueber den Werth der Serumreaktion für die frühzeitige Diagnose der Tuberkulose. (Deutsch med. Woch. 1900 S. 766). 22) *i*) Le séro-diagnostic de la tuberculose. (Gaz. des hôp 1900 p. 1467—1474). 23) *k*) Étude de l'influence chez le chien d'une inoculation de bacilles de Koch très virulents sur le pouvoir agglutinant déterminé par une première inoculation de bacilles atténués (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1900 1 Déc. p. 1025—1026. 24) *l*) Des causes qui modifient le développement du pouvoir agglutinent dans le sang des sujets rendus expérimentalement tuberculeux. (Journ. d. Physiol. et de Path. gén. 1900 p. 82—94). 25) S. Arloing: *a*) Du diagnostic de la tuberculose par la séro-agglutination. (Congr. internat. de Paris Août 1900). 26) *b*) Séro-diagnostic de la tuberculose sur les animaux de l'espèce bovine. (Journ. de méd. vetér. et de zootechnic. 1900 p. 449) 27) Mongour et Buard. *a*) Note sur le séro-diagnostic de la tuberculose. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898 p. 1142) 28) *b*) Sur l'agglutination du bacille tuberculeux (*ibid.* 1899 p. 564). 29) *c*) Note sur le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (*ibid.* 1899 p. 656). 30) G. Buard: *a*) De la séro réaction tuberculeuse. cultures du bacille agglutinable, étude spéciale chez l'enfant. (These. inaug. Bordeaux 1899). 31) *b*) Sur la séro-reaction tuberculeuse. (Journ. de Physiol. et de Path. gén. 1900 T II. N. 5). 32) Rothamel. De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques. (Thèse inaug. Bordeaux 1899). 33. G. Courmont: Presse méd. 1898 N. 49 34. Dubard: Sur quelques propriétés nouvelles du bacille de Koch. (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1898 p. 474). 35 E. Bendix: Zur Serodiagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N 14). 36. M. Beck u. Rabinowitsch: Ueber den Werth der Courmont'schen Serumreaction für die Frühdiagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N. 25). 37. C Fraenkel: Untersuchungen über die Serum-diagnose der Tuberculose nach dem Verfahren von S. Arloing u. P. Courmont. (Hyg. Rundschau 1900 N. 13). 38. D Edsall: A critical summary of the litterature on the serumdiagnosis of tuberculosis. (Amer. Journ. of med, Sciences 1900 July CXX. N. 1). 39. R. Kraus u L. Löw: Ueber Agglutination (Wiener klin. Woch. 1899 N. 5). 40. Lambotte et Maréchal: L'agglutination du bacille charbonneux par le sang humain normal. (Annal. de l'Inst Past. T XIII. 1899 N. 8). 41. Bourges et Méry: (cyt. w 40).

Nowsza literatura od r. 1900.

42) Arloing S. et P. Courmont. Ueber den Werth der Serumreaktion für die frühzeitige Diagnose der Tuberkulose. (Deutsch. med. Woch. 1900 N. 48 S. 766). 43 *b*) De l'action du froid et des antiseptiques sur la conservation des cultures homogènes de bacilles tuberculeux destinés à l'agglutination (Compt Rend Soc d Biol. 1901 14 Dec p 1093—1095). 44) Ascoli e de Gregorio: L'aglutinazione dei bacilli tubercolari (Il. Policlinico 1902) 45. M. Beck u. Rabinowitsch: *a*) Weitere Untersuchungen über den Werth der Arloing-Courmont'schen Serumreaktion bei Tuberkulose. speziell bei Rindertuberkulose. (Deutsch. med Woch. 1901 N 10 S 145). 46. *b*) Ueber den Werth und die Bedeutung der Arloing-Courmontschen Serumreaktion besonders in Bezug auf die frühzeitige Erkennung der Rindertuberculose. 47) van Bogwert et Klynens. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (Zeitschrift. f. Tub. u. Heilst. 1900. I H.. 3 S. 194—199) 48. G. Buard: *a*) Diagnostic précoce de la tuberculose et la séroreaction tuberculeuse (Gaz hebd. d. sc. méd. de Bordeaux 1901 2 Juin). 49) *b*) De la séroréaction comme moyen de diagnostic de la tuberculose; son application aux cas de tuberculose chirurgicale. (*ibid.* 1901 28 Juillet). 50) Carrière G. Le serodiagnostic de la tuberculose. (Compt. Rend Soc. d. Biol. 1901. 6 Juillet p 746—747). 51) Casagrandi: Atti della Società Lancisiana 1902. 11 Genn. 52) Clément H. Contribution à l'etude du serodiagnostic de la tuberculose; son application aux cas de tuberculose chirurgicale (Thèse de Lyon 1900). 53) Dieudonné A.: Zur Frühdiagnose der Tuberkulose. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1900. H. 10. S. 526—530). 54) Eckardt: Widal'sche Serumprobe bei Weil'scher Krankheit. (Münch. med. Woch. 1902. N. 27. S. 1129—1132). 55), Eisenberg Ph.: Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. (Wiener klin. Woch. 1901. N. 42). 56) Ficker M.: Ueber die Serumreaktion bei Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1901. II. H. 4. S. 321—325). 57) de Grazia F.: *a*) La serodiagnosi nella Tuberculosi polmonare (Gasz. degli ospedali 1901. 8 Sett.). 58) *b*) Die Serumdiagnose bei der Lungentuberkulose (Berl klin. Woch. 1902. N. 11 12). 59) Horcicka J.: Beitrag zur Serumdiagnose der Lungen-

tuberkulose nach dem Verfahren von S. Arloing und P. Courmont. (Hyg Rundschau 1900. X. N. 22. S. 1073—1074). 60) Iwanow A.: O sierodiagnosie tubierkuloza. (Medic. Oborz. 1901. N. 12). 61) Klein A.: Beiträge zur Kenntnis der Aglutination rother Blutkörperchen. (Wien., klin. Woch. 1902 N. 16). 62) Knopf S. A: Die Früherkennung der Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1900. I H. 3. S. 187—194) 63) Koch R. Ueber die Agglutination der Tuberkelbaccillen und über die Verwerthung dieser Agglutination (Deutsch med. Woch. 1901. N. 48. S. 829—834). 64) Köhler F.: Das Agglutinationsphaenomen. 1901. Jena. Fischer. 65) Lubowski: Ueber einen atoxischen und avirulenten Diphtheriestamm und über die Agglutination der Diphtheriebaccillen (Zeitschr. f Hyp. u. Infkr. 1900. XXXV. S. 87—104). 66) Masius V. et Béco L.: Recherches sur la séroréaction de la tuberculose. (Bull. de l'Acad. r. de med. de Belg. 1902 Nr. 2. p. 107—141). 67) Moeller: Zur Frühdiagnose der Tuberkulose (Münch. med. Woch. 1901. N. 50. S. 1999—2000). 68) Moeller A. u. Kayserling A.: Ueber die diagnostische und therapeutische Verwendung des Tuberkulins. (Zeitschr. f. Tub. und Heilst. 1902. III. H. 4 S. 279—314). 69) Neisser: Die Bedeutung der Bakteriologie für Diagnose, Prognose, und Therapie. (Wien. med. Woch. 1900. N. 48. 49). 70) Neisser. Klin. Jahrb. 1902 VIII S. 35—38). 71) Naegeli: Ueber die Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose (Virch. Arch. 1900. CLX. S. 426—472). 72) Romberg E.: *a)* Zur Serumdiagnose der Tuberkulose (Deutsch. med. Woch. 1901. N. 18. 19) 73) *b)* Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1902. N. 3. S 89—94). 74) Ruitinga P.: *a)* Over agglutinatie van tuberkelbacillen ter herkenning van tuberculose. (Inaug. Diss. de Bussy. Amsterdam 1901. 75) *b)* Zur Serumdiagnose der Tuberkulose (Zeitschr. f. Tub. u. Heilst. 1902. III. H. b. 489—498) 76) Rumpf E. u. L. Guinard: Ueber die Agglutination der Tuberkelbaccillen und die Verwerthung dieser Agglutination (Deutsch. med. Woch 1902. N 8. S 131—135). 77) Thellung F.: Experimenteller Beitrag zur Frage der Agglutination der Tuberkelbacillen und zur Behandlung der Tuberkulose mit Neu-Tuberkulin Koch (Centralbl. f. Bakter. etc. I Abth. Orig. XXXII. 1902. N. 1. S. 28—48). 78) Żupnik L. *a)* Erfahrungen über die Gruber- Widal'sche Reaktion und Autoagglutination bei Typhus abdominalis (Zeitschr. f. Heilk. XXII. 1902. H. XI Abth. f. Path. etc. 1901). 79) *b)* Widalsche Serumreaktion bei Weil'scher Krankheit (Münch. med. Woch. 1902. N. 31. S 1305). 80) Hawthorn E: De la séro-reaction tuberculeuse et sa valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose (Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1902. 27 Mai N. 19. p. 632—634). 81) Ilvento A: Sull'agglutinabilità del bacillo tubercolare per sieri differente e sua importanza diagnostica (Riforma medica 1902. IV N. 36. 37). 82) Loeb L. M.: The serum diagnosis of tuberculosis (Trans. of the Chicago Pathol. Soc. 1902. Vol V. N 7. p. 141 146) 83) Marzagalli e Caffarena: Kongr. dla med. wewn. w Rzymie 28—31. Paźdz. 1902 (Ref. Münch. med. Woch 1903. N. 2. S. 90). 84) Caffarena: O aglutynujących własnościach surowicy końskiej wobec prątka gruźliczego *(ibid.)*. 85) Courmont P. et Descos A.: *a)* Cultures liqu des homogènes et mobilité des bacilles »acido-résistants« Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1902. 29. Nov. p. 1355—1357. 86) *b)* De l'agglutination des cultures homogènes des bacilles »acido-résistants« *ibid* p. 1357—1359. 87) Arloing F. Existe-t il un rapport entre l'action chimiotaxique de certains sérums se rapportant à la tuberculose et leur pouvoir agglutinant sur le bacille de Koch? Compt. Rend. Soc. d. Biol. 1902. 13 Déc. p. 1428-1430.

III. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

Podał

Dr. R. Spira.

Kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

(Dokończenie).

Przez połączenie mowy pisanej z mową ustną łatwo wykombinować, jakie będą przeszkody w pisaniu i czytaniu wobec przerwy w ośrodkach i drogach dla mowy ustnej. Musimy tylko zawsze o tem pamiętać, że pisanie i czytanie wymagają całości pojęcia słownego, że czynności te poprzedza tak zw. mowa wewnętrzna, to jest pobudzenie ośrodków słownych: czuciowego *s* i ruchowego *m*, od których wychodzi podnieta do ręki prawej, że dla samodzielnego pisania i dla zrozumienia czytanego połączenie pojęcia słownego z pojęciem ogólnem w *P* musi być utrzymane. O tem pamiętając, zrozumiemy, że wszędzie, gdzie obrazy pamięciowe dla słów w *s* lub w *m*, lub połączenie ich z ośrodkiem ideacyi, są nadwerężone lub uszkodzone, wystąpić muszą także zaburzenia w pisaniu i czytaniu. A zatem:

1) przy afazyi czuciowej podkorowej nie będzie żadnej przeszkody w pisaniu i czytaniu, a tylko pisanie dyktowanego będzie niemożebnem.

2) W afazyi czuciowej korowej czytanie i pisanie samodzielne, jako też dyktowanego jest niemożebnem, zupełna aleksya i agrafia, a tylko bezmyślne mechaniczne kopiowanie jest utrzymane, gdyż ośrodek ruchowy dla ręki prawej jest połączony wprost ze sferą wzrokową i można odpisać nawet to, czego się nie rozumie. Zdaniem Lichtheima przy tej postaci afazyi niema agrafii, lecz paragrafia, t. j. mięszanie liter.

3) Afazya czuciowa zakorowa sprowadza utratę zrozumienia czytanego; natomiast zdolność czytania bez rozumienia, kopiowania i pisania dyktowanego jest utrzymana; pisanie samodzielne niepoprawne, paragrafia, t. j. poprawne pisanie fałszywych, niestosownych liter, czyli mięszanie właściwie pisanych liter, gdyż ośrodki słowne *s* i *m* są nienaruszone, podczas gdy w słownej postaci agrafii, spowodowanej stratą wyobrażenia słowa *w s* lub *m*, chory pisze na papierze zamiast liter niezrozumiałe znaki.

4) Afazya ruchowa podkorowa spowodowuje niezdolność głośnego czytania, zresztą wszystkie postacie mowy pisanej są utrzymane.

5) Afazya ruchowa korowa pociąga za sobą utratę zdolności czytania, samodzielnego pisania i dyktowanego, a nie narusza możności kopiowania. Lichtheim zaś utrzymuje, że w tej postaci afazyi chory może czytać i rozumieć pismo.

6) Afazya ruchowa zakorowa sprowadza utratę samodzielnego pisania, podczas gdy czytanie nawet głośne, kopiowanie i pisanie dyktowanego są niezakłócone (agrafia wyosobniona).

7) Nareszcie afazya z wadliwego przewodnictwa pociąga utratę możności czytania, samodzielnego i dyktowanego pisania, kopiowanie zaś utrzymane. (Słowna aleksya i agrafia). Według Lichtheima mamy przy tej postaci tylko paragrafię i paraleksyę.

Musimy tu jeszcze zwrócić uwagę na niektóre zasadnicze różnice zdań, szczególnie pod względem mowy samodzielnej, oraz połączenia ośrodków *s* i *m* z *P*

Kussmaul sądzi, że podnieta od *P* idzie pierwej do do ośrodka słuchowego, a później dopiero ztąd do ośrodka ruchowego, podobnie jak przy rozwoju zdolności rozumienia droga od obwodu idzie przez *s* do *P*. Z tem zdaniem zgadzają się Goldscheider, Ziehen i inni.

Lichtheim przyjmuje bezpośrednie połączenie między *P* i *m* tak, że powstanie wyobrażenia ruchowego prowadzi wprost do wygłaszania wyrazu. Dla poprawności zaś mowy potrzebna jest inerwacya ośrodka słuchowego w *s* przez ośrodek ruchowy *m* i połączenie *s* z *P* tak, żeby powstało koło *P-m-s-P*.

Wernicke znów powiada, że wprawdzie uczymy się mowy w pierwszym rzędzie zapomocą obrazów słuchowych, później zaś przy mowie samodzielnej używamy przedewszystkiem drogi krótszej i prostszej od ośrodka ideacyi *P* do *m*, równocześnie jednak pobudza się ośrodek słuchowy w *s* i wpływa na poprawny przebieg wyobrażenia ruchowego w *m*.

Byrom Bramwell przeczy, ażeby zdolność powtarzania, głośnego czytania i pisania dyktowanego miała znaczenie dla rozpoznania i rozróżnienia afazyi czuciowej poza-

korowej, od korowej, sądząc, że zdolność ta może być utrzymaną również przy afazyi korowej, bądź to przez częściowe tylko uszkodzenie odpowiedniego ośrodka słuchowego, bądź też z powodu zastępczej czynności prawostronnego, równoznaczącego ośrodka, jak mniema Bastian, względnie drogą bezpośredniego połączenia ośrodka optycznego *o* z ośrodkiem ruchowym *m*.

Dalsze szematy i podziały niemoty:

Oprócz wyżej opisanego szematu Małachowskiego (*ryc. 2*) należy jeszcze wspomnieć o różnych szematach in-

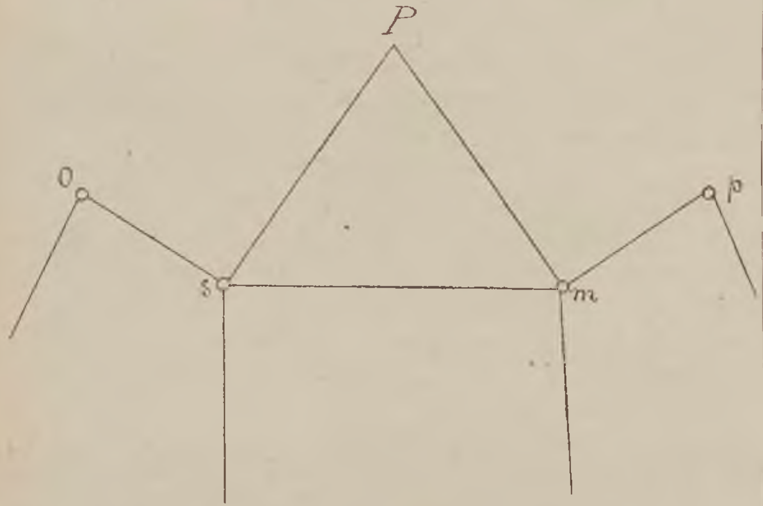


Fig. III.

nych autorów. Wernicke, przecząc istnieniu osobnego ośrodka wzrokowego dla pisma, przyjmuje połączenia ośrodka *o* z *s*, *m* i *p* według wzoru na *ryc. 3*, t. j. że impuls do ruchów do pisania przechodzi przez pojęcie słowne *s* i *m* do *p*

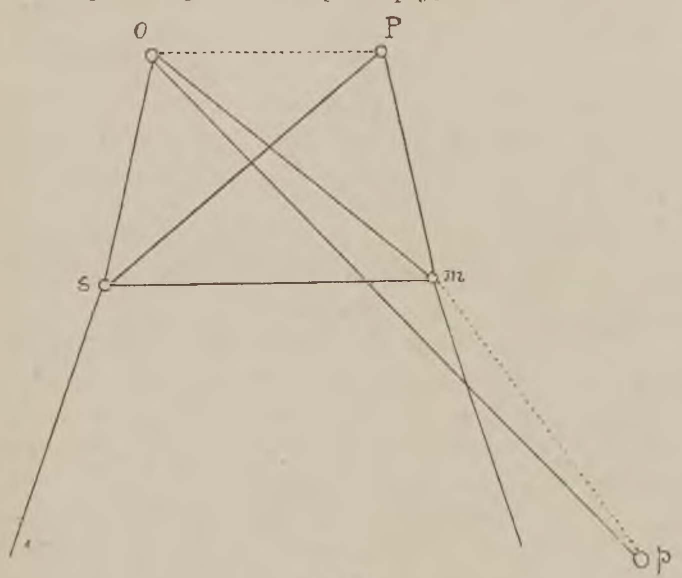


Fig. IV.

albo według szematu na *ryc. 4*. Czytanie ciche odbywa się drogą *o-s-P*, głośne drogą *o-s-P-m*, czytanie bez rozumienia drogą *o-s-m*. U niektórych osób istnieje bezpośrednie połączenie *o* z *m*, to znaczy, że obrazy wzrokowe przeobrażają się wprost w ruchowe (p. wyżej spostrzeżenie Byroma Bramwella). Takie osoby czytają z rozumieniem drogą *o-m-P*, albo *o-m-s-P*. Może istnieje także połączenie bezpośrednie między *o* a *P* i przy znakach, n. p. liczbach, nie przechodzących zwykle odrazu w dźwięki, przenoszenie odbywa się wprost od obrazu pisma do pojęcia i ztamtąd dopiero do ośrodków mowy. Połączenie *o-p* pośredniczy do kopiowania. Samodzielne pisanie ma według pewnych autorów albo przychodzić do skutku u pewnych osobników przez inerwacyę drogi *P-s-o-p*, t. j. od pojęcia do ośrodka czuciowego, ztąd do pamięci wzrokowej dla znaków pisania i nakoniec do ośrodka ruchowego dla ręki prawej. Mogą jednak pod tym względem zachodzić różnice indywidualne.

Podobne szematy podali Spamer, Baginsky, Kussmaul i inni. Baginsky przyjmuje osobne ośrodki pamięciowe. Według Spamera ośrodki ruchowe zostają pobudzone do czynności wprost przez ośrodek ideacyi z pominięciem ośrodka dla obrazów słownych, podczas gdy zdaniem Kussmaula pobudzenie do wyrażenia słowa idzie tą samą drogą odśrodkowo, jaką się odbywa percepcya dośrodkowa, t. j. przez ośrodek czuciowy, słuchowy.

Kussmaul dzieli zaburzenia mowy afatyczne na 1) afazyą ataktyczną, 2) af. amnestyczną, 3) głuchotę wyrazową, 4) parafazyę, 5) agramatyzm i akatafazyę. Afazya ataktyczna odpowiada niemocie ruchowej podkorowej; chory jest w stanie pisać, nie może zaś powta-

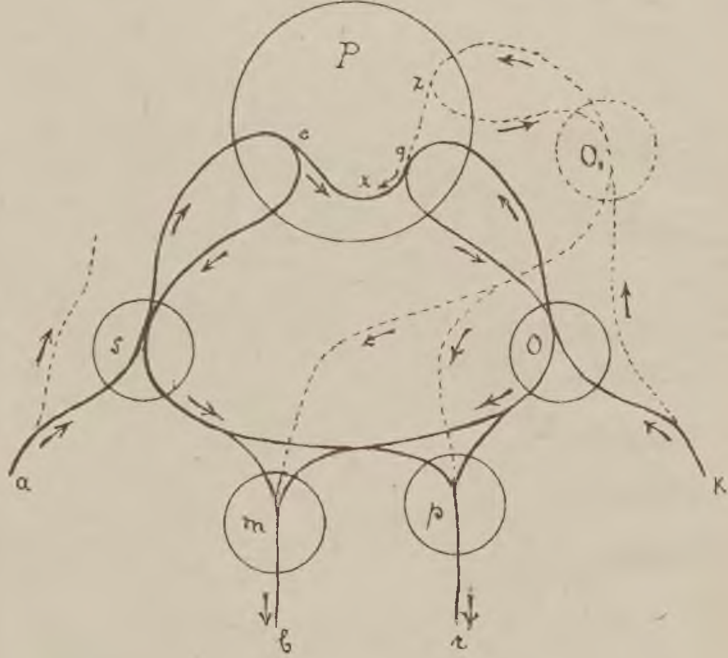


Fig. V.

rzać. Afazya amnestyczna polega na zaburzeniu przewodnictwa między ośrodkiem ideacyi, a ośrodkiem słownym, i odpowiada afazyi korowej i pozakorowej ruchowej. Chory może powtarzać, a nie jest w stanie pisać.

Szemat Kussmaula przedstawia *ryc. 5*, którego litery oznaczają to samo, co w szematach poprzednich. Tor słuchowy i ruchowy dla mowy głosowej przedstawia droga *a-s-c-s-m-b*; tor wzrokowo-ruchowy dla mowy piśmiennej droga *k-o-q-o-p*, przyczem *k* oznacza obwodowy narząd wzrokowy, *c* i *q* odpowiednie części ośrodka pojęciowego. Mowa dziecięca, powtarzanie mechaniczne, odbywa się drogą *a-s-m*; kopiowanie mechaniczne przez *k-o-p*; samodzielna mowa przez *c-s-m*; samodzielne pisanie przez *q-o-p*. Droga *c-x-q* przedstawia połączenie obrazów głosowych a piśmiennych i umożebnia przeobrażenie znaków głosowych w znaki piśmienne za pośrednictwem myśli. Droga *s-p* pośredniczy między ośrodkiem dla obrazów głosowych a ośrodkiem ruchowym dla pisania; droga *o-m* między ośrodkiem dla obrazów pisma a ośrodkiem ruchowym głosowym. Zatem dyktowanie bez rozumienia

odbywa się drogą *a-s-p*, czytanie bez rozumienia *k-o-m*. U głuchoniemych wszystkie drogi, prowadzące przez *s*, są wyłączone, pisanie zaś jest utrzymane drogą nienaruszoną. Przez ćwiczenie wytwarza się u takiego chorego nowy ośrodek pamięciowy optyczny O_0 dla ruchów mimicznych, wykonywanych przy mowie w zastępstwie ośrodka słuchowego *s* i w następstwie rozwijają się drogi o_0-*z* i o_0-*m*. Ostatnia zastępuje *s-m* i pośredniczy w mowie samodzielnej. Droga *z-q* łączy mimiczne obrazy mowy z obrazami piśmiennymi słów i umożebnia pisanie dyktowanego.

Przy afazyi ataktycznej odpadają ośrodek *m* i drogi *s—m* i *o—m*. Objawy jak przy afazyi ruchowej korowej. Chory taki odpowiada, jak automat, na wszystkie pytania zawsze temi samemi stereotypowemi słowami, posiada mały tylko zapas słów, albo tylko szczątki wyrazów. Pisanie nienaruszone. Przy przerwaniu drogi *s—m* chory, cierpiący na afazyę przewodnictwa według Wernickego, nie może mówić, ani pisać i czytać, według zaś szematu Kussmaula chory taki może pisać dyktowane drogą *s—p* i czytać drogą *o—m*, co odpowiada więcej afazyi ruchowej pozakorowej.

Przy afazyi amnestycznej lżejszego stopnia droga *c—s* przemijająco jest zamknięta. W przypadkach zupełnej afazyi amnestycznej z agrafią ośrodki *s* i *o* są wykluczone i zatem wszystkie drogi eks- i impresyjne są nieczynne.

W głuchocie wyrazowej z parafazyą droga *a—s—c* osłabiona; podczas gdy droga odwrotna od *c* do osłabionego ośrodka *s* jeszcze czynna, droga *s—m* nienaruszona, z czego wynika niemożność rozumienia wyrazów i parafazya.

W ślepocie wyrazowej cierpi albo droga *o q—o*, samodzielne pisanie stracone, kopiowanie utrzymane, albo tylko droga *o—q* jest przerwana i wtedy czytanie z rozumieniem niemożebne, obok możności pisania samodzielnego i dyktowanego utrzymaną drogą *q—o—p*, wzgiędnie *a—s—p*.

Ziehen dzieli zaburzenia afatyczne na podstawie szematu *(rysunek 6)*. Mowa samodzielna odbywa się drogą od

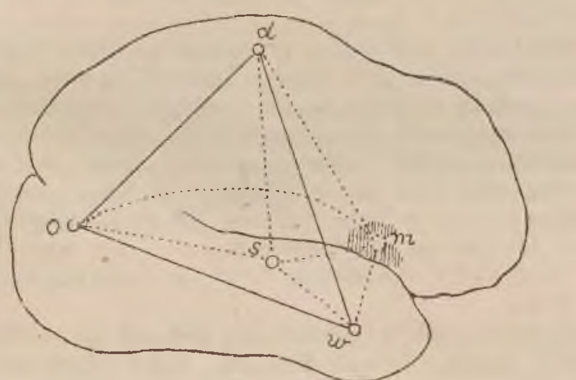


Fig. VI.

ośrodków percepcyjnych w *o*, *d* i *w* (=*P*) do *s* i ztąd do *m*. Połączenie bezpośrednie między *P* a *m* istnieje tylko wyjątkowo u pewnych osobników, zazwyczaj zaś nie jest ono czynne.

1) Afazya ruchowa, uszkodzenie w *m* odpowiada afazyi r. korowej (Wernicke).

2) Afazya śródośrodkowa, — przerwanie drogi *s—m*, objawy jak przy 1), gdyż według Z. *m* niema innego połączenia z *P*, jak przez *s*.

3) Afazya czuciowa: choroba w *s*. I tu z powodu wykluczenia ośrodka *m* należałoby się spodziewać zupełnej afazyi ruchowej. Doświadczenie, które uczy, że tu ma tylko miejsce parafazya ruchowa, tłómaczy Z. tem, że u niektórych osób istnieje przecież droga *P—m* (t. j. *o—m*, *d—m*, *w—m* i t. d.), albo że droga taka wyjątkowo obejmować może zastępczo czynność drogi *Psm*, albo też, że *s* w takich przypadkach nie jest całkiem zniszczone, lecz tylko osłabione i samodzielnie nieczynne, lecz zdolne jeszcze do przewodzenia.

4) Afazya czuciowa pozakorowa jest zupełna, jeżeli wszystkie drogi od *d*, *w*, *o* do *s* są przerwane. Czę-

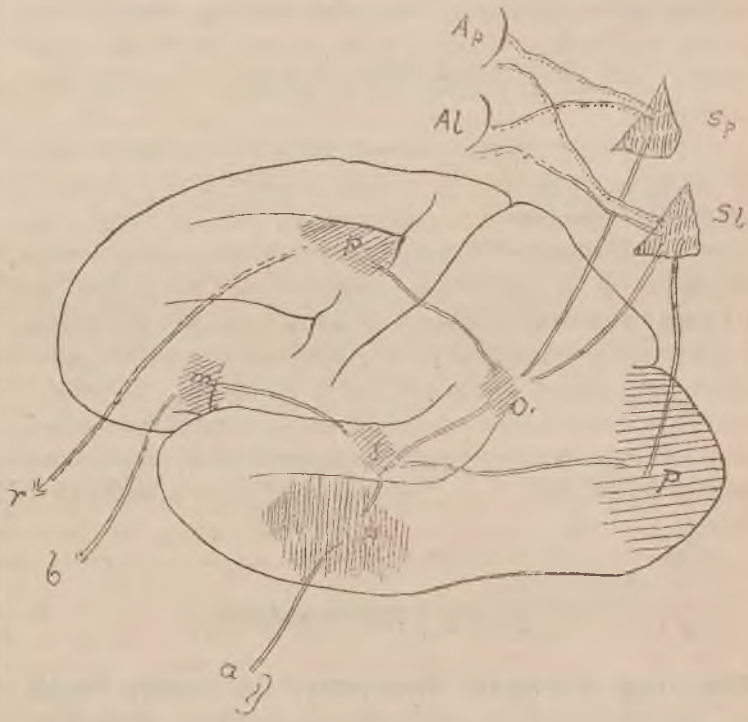


Fig. VII. *Ap* = siatkówka prawa, *Al* = siatkówka lewa, *Sp Sl* pole wzrokowe prawe i lewe w potylicy (Cuneus), *H* = ośrodek słuchowy spostrzeżeniowy.

ściej jedna tylko z tych dróg jest nieczynna, a wtedy mamy afazyę optyczną pozakorową (p. niżej), jeżeli droga *o—s* jest nieczynna, względnie afazyę pozakorowa dotykową, lub węchową w dotknięciu drogi *d—s*, względnie *w—s*.

5) Afazya ruchowa pozakorowa przy przerwaniu wyjątkowo istniejącego połączenia *P—m*.

Dla czytania i pisania przyjmuje Z. następujący szemat *(rysunek 7)*.

Mowa samodzielna odbywa się drogą *P—s—m—b*. Rozumienie mowy *a—s—P*, czytanie: *A—S—o,—s—m—b*. Rozumienie pisma: *A — S — o, — s — P* samodzielne pisanie: *P—s—o,—p—r*, dyktowane: *a — s — o, — p — r*, kopiowane: *A—S—o—p—r*. Zaburzenia tych czynności mają następujące formy:

1) Aleksya ośrodkowa, zniszczenie w *o*, odpowiada aleksyi korowej Wernickego (patrz wyżej).

2) Aleksya śródośrodkowa (intercentralna) przerwane drogi *s—o*, odpowiada aleksyi zakorowej Wernickego patrz wyżej).

3) Agrafia śródośrodkowa, przerwanie drogi *o,—p* odpowiada agrafii przewondictwa (Wernicke).

4) Agrafia ośrodkowa, zniszczenie *w—o*, odpowiada agrafii korowej (Wernicke).

Bezpośredniego połączenia *m — o*, Z. nie przyjmuje przyznaje jednak, że niektóre spostrzeżenia kliniczne przemawiają za istnieniem takiej drogi. Taksamo dopuszcza mo-

żebność istnienia u niektórych osób bezpośredniego połączenia $m-p$.

Do anartryi Z. zalicza:

1) Anartrya fascicularis odpowiada afazyi ruch podkorowej (W.), polega na częściowem przerwaniu włókien łączących jądra nerwów w moście i rdzeniu przedłużonym z korą mózgową. Całkowite zniszczenie tych dróg pociąga za sobą oczywiście zupełną afazyę ruchową.

2) Anartrya nuclearis, polegająca na częściowem zniszczeniu samych jąder nerwu twarzowego, podjęzykowego, językowo-połykowego, względnie błędnego, dodatkowego (*vagus, accessorius*). Objawy: mowa nosowa, zwolniona, przerywana, jak przy stwardnieniu rozsianem, uwiądzie rdzenia i t. d.

Przyjmując osobny ośrodek słuchowy spostrzeżeniowy H w korze mózgowej na drodze między a a s, podobnie jak Munk dla wzroku, przypisuje Z. objawy afazyi czuciowej podkorowej (W.) przerwaniu połączenia między tym ośrodkiem H, a ośrodkiem pamięciowym Wernickego s i nazywa tę formę afazyą czuciową agnostyczną. Ziehen nie przyjmuje postaci agrafii podkorowej (W.), gdyż objawy tej postaci są zawsze częściowo zależne od porażenia ręki prawej. Aleksyę zaś podkorową, polegająca na przerwaniu między ośrodkiem wzrokowym spostrzeżeniowym, a pamięciowym dla liter $S—o$, nazywa on aleksyą agnostyczną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag, przeważnie historycznych, z powodu książki Dr. med. Stanisława Orłowskiego pod tyt. „Suggestya i hypnotyzm“. (*Warszawa, 1902, str. 166, Biblioteka dzieł wyborowych Nr. 256*).

Popularyzować nauki przyrodnicze wogóle, a wiedzę lekarską w szczególności, jest rzeczą arcytrudną. Nie dość bowiem przyswoić sobie dokładnie jakąkolwiek naukę, aby być dobrym popularyzatorem; trzeba posiadać nadto dar jasnego tłómaczenia się. Ponieważ wielu tak zwanych „popularyzatorów wiedzy“ nie posiada tych dwóch koniecznych warunków, mamy przeto wielu popularyzatorów lichych, a mało dobrych. Do ostatnich niewątpliwie należy dr. Orłowski. Nawiasem dodam, iż jasny wykład, czyli, jak się to mówi, popularny sposób pisania, stanowi prawdziwą ozdobę każdego pisarza. Książkę dra Orłowskiego z pożytkiem i przyjemnością przeczytać może nietylko zwykły czytelnik, który nie zna zupełnie zjawisk hipnotycznych, ale nawet lekarz, obeznany z piśmiennictwem, dotyczącem poddawania (suggestyi) i hipnotyzmu. Znajdzie on bowiem w dziełku dra Orłowskiego nader umiejętnie ugrupowane dotychczasowe zdobycze naukowe na polu poddawania i hipnotyzmu, spotka obok jasnego wykładu szeroki, a zawsze krytyczny pogląd na całokształt zjawisk hipnotycznych, znajdzie wreszcie nie tylko streszczenie tego, co już inni w tej sprawie napisali, ale również własne spostrzeżenia autora, potwierdzające, a nieraz uzupełniające spostrzeżenia innych badaczów.

Książka dra Orłowskiego składa się z następujących rozdziałów: 1) Nieco historyi. 2) Poddawanie. 3) Stan hipnotyczny i jego objawy. 4) Hipnotyzm i poddawanie w stosunku do prawoznawstwa. 5) Poddawanie i hipnotyzm w medycynie.

Nie wszystkie jednak rozdziały opracowane są jednakowo. Słabszym od innych jest rozdział pierwszy, któremu autor poświęcił 36 stronic. Na tych 36 stronicach nie masz ani jednego wiersza, poświęconego historyi hipnotyzmu u nas, jak gdyby tylko za granicą zajmowano się zjawiskami hipnotycznemi, a u nas nigdy. A przecież tak nie było i nie jest. Nie jest, gdyż od lat szeregu zajmuje się u nas poddawaniem i hipnotyzmem były docent wszechnicy lwowskiej, dr. fil. Ochorowicz. Autor, który zna dokładnie współczesne piśmiennictwo, poświęcone poddawaniu i hipnotyzmowi, zna niezawodnie i prace dra Ochorowicza, z którym można się często nie zgadzać, ale któremu nie można odmówić zasługi, iż nie tylko sam pracował w dziedzinie nauki hipnotyzmu i poddawania, ale także pracami swojemi zachęcał do tego innych. Parę artykułów o hipnotyzmie ogłosił on w „Przeglądzie Lekarskim“ w r. 1881 i 1882. Badaniem zjawisk hipnotycznych zajmował się u nas także prof. Cybulski, który o hipnotyzmie wydał dwie prace, a mianowicie: „O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego“ (Przegląd Lekarski r. 1887) oraz „Spirytyzm i hypnotyzm“ (Kraków 1894). Autor przytacza nazwiska współczesnych badaczów francuskich, szwajcarskich, niemieckich, szwedzkich, rosyjskich i innych, o rodakach tylko snadź zapomniał zupełnie.

Ale i dawniej, gdy Mesmer żył jeszcze, zajmowano się u nas zjawiskami hipnotycznemi. W Wilnie na początku ubiegłego stulecia powołani i niepowołani hipnotyzowali i leczyli poddawaniem. Zaczęły się spory naukowe między zwolennikami a przeciwnikami hipnotyzmu, czyli magnetyzmu zwierzęcego, jak naówczas hipnotyzm nazywano. Zwolennicy magnetyzmu zwierzęcego wpadali nieraz w przesadę, jak to zresztą często bywa u apostołów jakiejś nowej nauki; przeciwnicy zaś — albo zbyt sceptycznie zapatrywali się na magnetyzm zwierzęcy i jego wartość leczniczą, albo starali się go wprost ośmieszyć, walcząc bronią dość często niestety używaną w sporach naukowych.

W numerach 15, 16 i 17 „Dziennika Wileńskiego“ z roku 1815, jeśli się nie mylę, była umieszczona rozprawa o magnetyzmie zwierzęcym. W r. 1816 wyszedł pierwszy tom „Pamiętnika magnetycznego wileńskiego“, poświęconego przeważnie hipnotyzmowi. W tomie tym znajduje się odpowiedź na wspomniany wyżej artykuł, umieszczony w „Dzienniku Wileńskim“, sporo rozprawek o magnetyzmie zwierzęcym, przekłady urywków ze słynnego ongi dzieła „*Histoire critique du magnetisme animal par J. P. F. Deleuze. Paris 1813*“ (tomów 2), wreszcie opisy doświadczeń i spostrzeżeń, uczynionych przez zwolenników magnetyzmu zwierzęcego u nas.

Nie brakło w Wilnie i przeciwników hipnotyzmu. Jan Śniadecki „ostro jak zwykle gromił słowami praktyki magnetyczne, z których się nic jasnego i pożytecznego dla nauki nie okazywało. Brat jego Jędrzej, jako lekarz i fizyolog, widział w magnetyzmie zwierzęcym, jeżeli istotnie osoba magnetyzowana była przyprowadzona do snu i jasnowidzenia: objawy choroby nerwowej, tak jak się to zdarzało z tego rodzaju chorymi nie magnetyzowanymi, i nic więcej“. (Michał Baliński: Pamiętniki o Janie Śniadeckim. Wilno 1865. 2 t.).

Do przeciwników magnetyzmu zwierzęcego należał także w Wilnie słynny Józef Frank, który najwięcej drwił sobie z tej nowej nauki i jej gorliwych zwolenników. Napisał on rozprawę o magnetyzmie zwierzęcym i wydrukował ją w „Dzienniku Medycyny, Chirurgii i Farmacyi“ (T. I. Wilno, 1822. Nr. 2).

Z profesorów wileńskich jeszcze jeden zabierał głos w sprawie hipnotyzmu, mianowicie Adamowicz. Rozprawa jego pod tyt.: „Uwagi nad magnetyzmem zwierzęcym“ została wydrukowana w r. 1855 w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“. Inne artykuły z tej dziedziny umieścił Adamowicz w „Kuryerze Wileńskim“ z r. 1860 i 1863.

Z tych kilku uwag, które tu przytoczyłem, łatwo czytelnik osądzić może, iż jak dawniej, tak i teraz, nietylko zagranicą leczono poddawaniem i badano zjawiska hipnotyczne, jakby to z książki dra Orłowskiego wywnioskować

można było, lecz że i u nas zajmowano się hipnotyzmem nawet już przed stu blizko laty.

Na zakończenie jeszcze dodam, iż w książce dra Orłowskiego znalazłem jedno zdanie, na które żadną miarą zgodzić się nie można. Autor mówiąc o Braidzie, pisze: „Sam Braid jednakże nie wytrwał do końca na stanowisku bezstronnego spostrzegacza, notującego w nowej dziedzinie tylko fakty: z czasem uległ on pokusie wysnuwania fantastycznych teoryi. Połączył mianowicie w jedną całość swoje realne i ważne odkrycia z dziedziny hipnotyzmu z urojoną doktryną frenologiczną Galla, zkąd powstała dziwna mięszanina, jakaś freno-hipnologia“.

Przedewszystkiem coby to był za uczony, który by „notował tylko fakty“, a nie starałby się ich powiązać w jakąś całość, czyli „nie wysnuwałby teoryi?“

Następnie nie godzi się z takiem lekceważeniem mówić o genialnym badaczu, a teoryę jego nazywać „urojoną doktryną“. Gall bowiem nie wysnuł z fantazyi swojej teoryi, lecz przytaczał na jej poparcie nie tylko moc własnych spostrzeżeń, zrobionych na ludziach, ale także gruntowne badania anatomiczne i anatomo-porównawcze. On pierwszy nauczał, iż rozmaite części kory mózgowej rozmaite posiadają czynności. Dzięki tej „urojonej doktrynie“ Gall odkrył ośrodek mowy w mózgu, odkrycie którego jak najniesłuszniej przypisują powszechnie Pawłowi Broca. Niektóre przypuszczenia Galla teraz dopiero, dzięki pracom Goltza i Möbiusa, zostały potwierdzone. W obronie niesprawiedliwie podeptanej sławy Galla wystąpili w ostatnich latach dwaj uczeni: Möbius *(Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin Bd. 262. 1899)* i Bunge *(Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig 1901)*.

Tem przyjemniej nam, iż na wielkości Galla już przed stu laty poznał się nasz Jędrzej Śniadecki, to jest wtedy, gdy Gall nie ogłosił był jeszcze swych znakomitych dzieł: *„Recherches sur le système nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier. Paris 1809“* i *„Anatomie et physiologie du système nerveux etc. 1810—1818“* (4 t. z atlasem).

Jędrzej Śniadecki w rozprawie swej „Krótki wykład systematu Galla z przyłączeniem niektórych uwag nad jego nauką“ (Dziennik Wileński Nr. 1. 1805 r.) tak pisze:

„Systema Fizyonomiczne Doktora Gall, chociaż dotąd żadném od Autora nie ogłoszone dziełem, oprócz listu adresowanego do Barona Retzer (List ten znaiduie się w piśmie peryodyczném Wielanda „Neuer Deutscher Mercur“, na rok 1798), w którym pierwszy iego rys wydał; dało pochóp do wielu pism nietylko w niemieckim, ale i w innych ięzykach i ściągnęło powszechną na siebie uwagę. Jakiżkolwiek los naukę tę spotkać na przyszłość może, nosi ona na sobie niewątpliwą cechę gieniuszu i oryginalnéy śmiałości i zdaie się zawierać nasiona prawd ważnych, zblizka interesuiących człowieka“. *A. Wrzosek.*

V. Wyciągi.

Hamburger. **O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych, pochodzących z klasy roboczej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 45—47). Na podstawie własnej kazuistyki dochodzi autor do następujących wniosków: 1. Walka z gruźlicą, jako chorobą społeczno-narodową, pozostanie wadliwą, jeżeli społeczeństwo nie zajmie się kwestyą, co należy czynić, jeśli robotnice i żony rękodzielników, obarczone gruźlicą, zastąpią w ciążę, gdyż ich stosunki majątkowe nie pozwalają na skuteczne leczenie tej choroby. 2. Ponieważ ciąża dla kobiety gruźliczej ze sfer robotniczych jest wprost nieszczęściem, albowiem nie jest możebnem przez ten czas wpłynąć na jej chorobę, a zatem czas ten jest dla leczenia stracony; dalej, ponieważ z drugiej strony możebność utrzymania przy życiu potomstwa, zrodzonego przez suchotnicę z klasy roboczej jest mała i według naszego zapatrywania każda chora na gruźlicę stanowi niebezpieczeństwo dla otoczenia; przeto wzgląd na chorą, jej rodzinę i na ogół wymaga, by nie tracić czasu drogiego przez 9 miesięcy i przerwać ciążę jak najwcześniej. 3. Rozumie się, że należy w każdym przypadku indywidualizować; atoli przerwanie ciąży zawsze będzie usprawiedliwionem, jeśli już nie wskazanem, jeżeli w plwocinach stwierdzono prątki gruźlicze. 4. Dla walki z tą chorobą społeczną wielkie miałoby znaczenie, gdyby wypowiedziane właśnie przekonanie przyjęło się w podręcznikach położnictwa, przedewszystkiem jednak, jeśliby następny zjazd przeciwgruźliczy nie przemilczał tej sprawy, lecz otwarcie wystąpił z następującą zasadą: „Jeśli w rodzinie żona zapadnie na gruźlicę, znamionującą się wychudnieniem, utratą sił, bezustannym kaszlem, ropnemi lub krwawemi plwocinami, należy ją wszystkimi możliwymi środkami ostrzegać przed ciążą; jeżeli zaś mimoto kobieta zastąpi, należy natychmiast zawezwać lekarza, który wraz z drugim lekarzem, spisawszy protokół mają rozstrzygnąć, czy w tym przypadku kobieta bez niebezpieczeństwa dla życia ma pozostać w ciąży aż do porodu“. *Dr. Fels.*

Wagner. **Zapalny guz powłok brzusznych, wywołany przez ciało obce, wyszłe z jelita.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 46, 1902). Chora przebyła przed dwoma laty zapalenie wyrostka robaczkowego, które leczono zachowawczo. Przed rokiem wystąpił w okolicy dolnej prawej strony brzucha obrzęk dość bolesny, a w jakiś czas potem poczuła chora przy dźwiganiu ciężaru bardzo znaczny ból w tej okolicy, połączony z dreszczami. Badanie w styczniu 1902 r. wykazywało u chorej gorączkującej (39,5), o tętnie 120, na dwa palce nad więzem Pouparta, guz wielkości głowy dorosłego człowieka, na powierzchni twardy, pozostający w związku z powłokami brzusznemi; guz ten rozszerzał się ku miednicy małej, lecz związku z macicą nie dało się wykryć. Rozpoznanie wahało się między torbielem jajnikowym z okręconą szypułą, starą wypociną około jelita ślepego i mięsakiem powłok brzusznych. Przy otwarciu jamy brzusznej okazało się, że ma się do czynienia z guzem powłok brzusznych, który przebił się do jamy otrzewnowej, a z otworu przebicia sączyła się miazga; otrzewna zaś była niezmieniona. Nacięto więc guz od wewnątrz, część wycięto dla badania, które dało niepewne rozpoznanie: *fibrosarcoma fasciculare*, lub promienica. Przy opatrywaniu miejsca naciętego wylała się w kilka dni później znaczna ilość cuchnącej ropy, poczem podwyższona ciepłota zaraz opadła. W trzy tygodnie stanu bezgorączkowego znów wróciła gorączka i obrzęk, a wtedy W. znowu naciął ten obrzęk i przy skrobaniu trafił na ciało obce kształtu półksiężycowatego, $5^1/_2$ ctm. długie, dające wrażenie kości z główeczką na końcu. Wywiady szczegółowe wyjaśniły, że chora tę kość połknęła; kość ta przeszła przez przewód pokarmowy i zatrzymała się w jelicie ślepem: tu przebiła ostrym swym końcem ścianę jelita i wywołała typowe zapalenie przykątnicze, które spokojnie przeszło, a kość się otorbiła. Z okazyi jakiegoś potknięcia się chorej kość przebiła powłoki brzuszne i dała powód do sprawy zapalnej w powłokach. *B. Żmigród.*

Krull. **O obrocie z następującem wyciągnięciem płodu przy miednicach ciasnych na podstawie 320 przypadków.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 2, 1902). Wszystkie tu należące przypadki miednic ścieśnionych podzielił autor na cztery grupy: 1) miednice płaskie i płaskie krzywicze, wymiar prosty skośny (*conjungata diagonalis*) między $11^1/_2$—$8^3/_4$ ctm., 114 przypadków; 2) miednice ogólnie ścieśnione, — wymiar prosty skośny między 11—$9^1/_4$ ctm. — 61 przypadków; 3) ogólnie ścieśnione płaskie krzywicze, wymiar prosty skośny między $10^1/_2$—$8^3/_4$ ctm. — 145 przypadków; 4) miednice, będące według wymiarów zewnętrznych ścieśnione, a u których wymiar prosty skośny wskutek pewnych przyczyn nie został oznaczony. Autor dlatego opierał się przy ocenie miednic na oznaczeniu wymiaru prostego skośnego, a nie wymiaru prostego prawdziwego (*conjugata vera*), gdyż obliczanie tego ostatniego nie zawsze jest pewne, zależnie od tego, ile się odejmie od wymiaru prostego skośnego; ten zaś oznaczano zapomocą palca. Obrót starano się robić o ile możności przy ujściu zupełnie rozwartem, w czasie wolnym od bólów. Po obrocie czekano 4—2 minut, poczem przystępowano do wyciągnięcia płodu. Przy wyciąganiu główki często bardzo dobre usługi oddawało położenie rodzącej Walchera i ucisk ręką płaską z zewnątrz. Po operacyi zawsze zasadniczo oglądano we wzierniku szyjkę maciczną, szyto nawet małe naddarcia (ztąd tak wielka ich ilość). Bardzo często używano balonu do pochwy i do macicy. Przy miednicach ścieśnionych oddaje balon zastosowany do pochwy znakomite usługi, a to: 1) w celu utrzymania pęcherza aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicy, lub utrzymania pozostałych jeszcze wód po przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego; 2) w celu wzmocnienia słabych bólów porodowych i 3) w celu przygotowania części miękkich, szczególnie u pierwiastek. Do macicy zaś stosowano balon w celu zastąpienia nim przedwcześnie pękniętego pęcherza płodowego, dalej w celu szybkiego rozwarcia ujścia macicy i wreszcie w celu wywołania bólów po-

rodowych. Wskazanie do obrotu przy miednicach ciasnych może być trojakie: 1) bezwzględne, do których należą przypadki, wymagające operacyi tej także przy miednicy prawidłowej: poprzeczne i ukośne położenie płodu, łożysko przodujące, nie dające się usunąć; wreszcie ciężkie choroby matki. 2) Wskazanie względne: tu należą przypadki ścieśnionych miednic, w których główka płodu wstawia się fałszywie lub niekorzystnie: położenia ciemieniowe, twarzowe i czołowe. Przy miednicach prawidłowych możnaby w tych przypadkach czekać i spodziewać się porodu dobrowolnego, — przy ścieśnionych jednak wynik ten jest prawie wykluczony i dlatego lepiej jest przy odpowiednich warunkach wykonać obrót. 3) Tak zwany obrót zapobiegawczy: tu należą przypadki ścieśnionych miednic, gdzie główka płodu przy stojącym pęcherzu wstawia się korzystnie, a mimoto wykonuje się obrót jedynie ze względu na miednicę. Wyniki były następujące: przy miednicach płaskich i płaskich krzywiczych: z 114 matek, u których wykonano z powyższych wskazań obrót z następowem wyciągnięciem płodu, umarła jedna (krwotok poporodowy); 76 miało połóg prawidłowy, 26 przejściowo zaburzony, reszta gorączkowała dłużej. Na 109 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 87 = 79·8%; wypuszczono z kliniki żywych 76 = 69·7%; po pominięciu pierwiastek wyniki są lepsze: urodziło się żywych dzieci 84%, a wyszło żywych 74·5%.

Przy miednicach ogólnie ścieśnionych: z 61 matek umarły dwie (w obu przedarcie macicy), 41 miało połóg prawidłowy, 12 przejściowo zaburzony, reszta gorączkowała dłużej. Na 57 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 42 = 74%, wypuszczono żywych 39 = 67·2%; po pominięciu pierwiastek urodziło się dzieci żywych 76·5%, wyszło żywych 72·5%.

Przy miednicach ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych: z 145 matek umarło 7 (2 krwotoki, 2 przedarcia macicy, 1 ropnica, 1 ropne zapalenie otrzewnej, 1 zator), 88 miało połóg prawidłowy, 33 przejściowo zamącony, reszta gorączkowała dłużej. Z 140 płodów, które żyły przed operacyą, urodziło się żywych 103 = 73·5%, wypuszczono żywych 94 = 67·1%. — po pominięciu pierwiastek urodziło się dzieci żywych 75%, wypuszczono żywych 70%. Na podstawie tych, jakoteż i innych dast tatystycznych, dotyczących wyników tej operacyi u matek i ich dzieci przy rozmaitych długościach wymiaru prostego skośnego, dochodzi autor do następujących twierdzeń: 1) granica, do której można przy ścieśnionych miednicach i średnio-dużym płodzie wykonać ze skutkiem obrót i wyciągnięcie płodu, leży — dla miednic płaskich, płaskich krzywiczych i ogólnie ścieśnionych płaskich krzywiczych przy wymiarze prostym skośnym 9 ctm., — dla ogólnie ścieśnionych przy wymiarze prostym skośnym długości 9½ ctm. 2) U pierwiastek należy o ile możności unikać obrotu i ograniczyć go do przypadków gdzie zachodzi konieczne wskazanie z powodu niebezpieczeństwa grożącego matce (drgawki), lub dziecku (wypadnięcie pępowiny, położenie poprzeczne płodu, nieprawidłowe, stale się utrzymujące wstawianie się główki.) 3) U pierwiastek należy zasadniczo zachować się wyczekująco. Postępowanie to może być także usprawiedliwione u wieloródek ze ścieśnioną miednicą, znajdująca się w granicach dającego się wykonać obrotu, jeżeli główka jest korzystnie wstawiona. 4) Dla lekarza praktycznego jednak jest obrót z następowem wyjęciem płodu bardzo cennym środkiem pomocniczym w takich przypadkach (t. zw. obrót zapobiegawczy). 5) Nie ulega wątpliwości, że operacya ta ogranicza wykonanie cięcia cesarskiego z wskazania względnego i cięcia łonowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Moszkowicz. **O podskórnych protezach parafinowych** (referat zbiorowy). (*Klin. therapeut. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). Autor zgromadził w swem sprawozdaniu zbiorowem wszystkie prace, tyczące się wypełniania najrozmaitszych ubytków przez podskórne wstrzykiwanie parafiny, będące metodą jego szefa Gersunyego. Chirurg ten zalecił swoją metodę w następujących wskazaniach: jako 1) wypełnienie przestworu po wycięciu jąder; 2) dla poprawienia wyników operacyi przy szczelinach w podniebieniu; 3) w przypadkach mimowolnego moczenia przy braku cewki moczowej; 4) w celu zatrzymania kału po wycięciu prostnicy lub zniszczeniu zdziergacza rzyci (Oskar Wolff); 5) jako środek umożebniający zamknięcie wrót przepuklinowych; 6) w wypadnięciach pochwy; 7) w pewnych nieprawidłowościach kształtu nosa, mianowicie przy nosie siodełkowatym; 8) dla usunięcia wciągnięć bliznowatych po wycięciach żeber; 9) dla wypełnienia ubytków po wycięciu szczęki górnej; 10) po wyjęciu gałki ocznej, by proteza oczna miała lepsze oparcie (Dianoux, Rohmer); 11) między kości po wycięciu stawów, by uniknąć wytworzenia się sztywności; 12) w celu wypełnienia jamy, powstałej po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego; 13) dla nadania kształtu muszli usznej, zniekształconej z powodu zapalenia ochrzęstnej; 14) w stanach zanikowych błony śluzowej nosa dają wstrzykiwania parafiny bardzo dobre wyniki nawet w tych przypadkach, gdzie przepłókiwania, nacięcia i przypalania galwanokauterem pozostały były bezskuteczne (Brindel, Delie, Lake); 15) w połowiczym zaniku twarzy, by usunąć zeszpecenie, (autor ma trzy przypadki podobnego leczenia, Luxenburger dwa): 16) w wypadnięciach odbytnicy (Karewski zastosował to w siedmiu przypadkach u dzieci ze znakomitym wynikiem).

Co do rodzaju parafiny, używanej do wstrzykiwań, zbija autor zapatrywanie Steina, który radzi posługiwać się parafiną o topliwości 42—43° C., a szczególniej zdanie Eecksteina, który zaleca parafinę o 61—63° topliwości. Parafina nie może uledz wessaniu już z powodu swych własności fizycznych, gdyż z płynami ustrojowymi nie miesza się, a może tylko w takisam sposób ulegać wessaniu, jak tusz lub cynober. Ulega ona przerastaniu i otorbieniu, jak inne obce ciała gąbczaste, wprowadzone do ustroju. Na oddziele Gersunyego wstrzykują wazelinę, a więc parafinę o 36—40° topliwości i nigdy wessania nie zauważono. Co do powstawania zatorów płuc, które zdaniem Eksteina powstają przy wstrzykiwaniu parafiny Gersunyego, to w dwóch przypadkach powstały zatory po wstrzyknięciu parafiny także wyżej topliwej (Pfannenstiel, Leiser), gdyż wstrzyknięto parafinę płynną i gorącą, podczas gdy Gersuny ją wstrzykuje jako maść. Według Eecksteina należy wstrzykiwać parafinę płynną i gorącą: musi się więc mieć dużą wprawę, by parafina nie zastygła, a z drugiej strony żeby nie wywołała oparzenia miejsca wstrzyknięcia. Na mocy swego trzyletniego doświadczenia radzi autor wstrzykiwać parafinę zaleconą przez Gersunyego o topliwości 36—40°; jestto biała wazelina lekarska, którą gotują na miseczce porcelanowej i naciągają zwykłą strzykawką Pravaza. Po nadzianiu igiełki wstawia się strzykawkę do alkoholu, by parafina stężała i wstrzykuje się, jeśli przez igłę strzykawki przechodzi jako cienka niteczka. Wstrzykuje się przedtem nieco kokainy lub roztwór Schleicha i aspiruje: jeśli krew nie występuje, (a krew wypływa, gdy igła jest w żyle), zdejmuje się strzykawkę z płynem Schleicha, nakłada strzykawkę z parafiną i wstrzykuje się, ograniczając palcami pole, dokąd parafina ma najdalej dojść. W przypadkach nosa siodełkowatego zakłada się na nos sprężynkę od binokli, którą się zostawia na dwa tygodnie, by parafina dalej nie poszła. Wstrzykiwanie zaś poprzedzające kokainy i płynu Schleicha i następowe aspirowanie opiera się na twierdzeniu Steina, że można igłę wbić w pośladek i krew nie wypłynie, a mimoto igła będzie w żyle, co grozi niebezpieczeństwem wtargnięcia powietrza do żyły; — z tego powodu zgadza się Stein z zapatrywaniem dermatologów, którzy przy wstrzykiwaniu mięszanki rtęciowo-parafinowej wbijają igłę w pośladek i czekają, czy krew nie wychodzi, sądząc z braku krwi, że nie trafili igłą w żyłę. *B. Żmigród.*

Kretschmann. **Choroby stawu żuchwowego, jako przyczyna nerwobólu usznego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 56, 1902). Że choroby stawu żuchwowego mogą być przyczyną nerwobólów usznych (otalgia nervosa) jest rzeczą znaną; pomimo to w dziełach specyalnych, nawet obszernych, prawie niema mowy o tym przedmiocie. K. na 80 przypadków nerwobólów usznych w 20, a więc w 25%, wykazał jako przyczynę schorzenie stawu żuchwowego. Przyjmuje on, że przyczyną nerwobólów usznych jest najczęściej zapalenie gośćcowe stawu żuchwowego; w trzech przypadkach prócz stawu żuchwowego były zajęte i inne stawy. (Zauważyć trzeba, że autor bierze pod uwagę tylko te przypadki, w których ból usadawia się w głębi ucha (plexus tympanicus)). Nerwobóle stawu żuchwowego mogą także być przyczyną nerwobólów usznych. W żadnym przypadku autor nie widział przejścia zapalenia ze stawu na przewód uszny i głębsze części ucha. Powstanie nerwobólu usznego w przebiegu zapalenia stawu żuchwowego tłómaczy sobie K. w ten sposób, że zostają zadrażnione bezpośrednio gałązki nerwu trójdzielnego, unerwiające staw żuchwowy i podrażnienie to przenosi się na splot bębenkowy. W ten sam sposób tłómaczy sobie autor nerwoból uszny przy sprawach, toczących się w jamie ustnej, gardle i krtani. Leczenie jak w gośćcu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Buhe. **Wpływ operacyi doszczętnej na słuch.** (*Archiv fur Ohrenh.* Tom 56, 1902). Na 103 przypadków, w których wykonano operacyę doszczętną w klinice usznej w Halle, w 34% uzyskano poprawę słuchu po operacyi, w 36% słuch pozostał bez zmiany, a w 30% nastąpiło pogorszenie słuchu. Inni autorowie wykazują inny stosunek: szczególnie liczba przypadków, w których po operacyi nastąpiło pogorszenie słuchu, jest w statystyce autora znacznie większa. B. sądzi, że tutaj zachodzą błędy w badaniu. Na zasadzie swojej statystyki przychodzi B. do wniosku, że zapatrywania nasze co do słuchu po operacyi doszczętnej są obecnie zbyt optymistyczne. Co do pytania, w jakich przypadkach następowała poprawa słuchu, względnie pogorszenie, to odpowiedzi nie można na pewno sformułować. Poprawa słuchu miała miejsce najczęściej w tych przypadkach, gdzie główną przyczyną upośledzenia słuchu

były przeszkody w doprowadzaniu głosu i gdzie nadto słuch przed operacyą znacznie był upośledzony (niżej 1 metra). W przypadkach, gdzie słuch dla szeptu wynosił ponad 1 metr, występowało prawie zawsze upośledzenie słuchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Popielski. **Czem się warunkuje skład soku trzustkowego?** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 18). Według Pawłowa skład soku trzustkowego zależy od rodzaju pokarmu; zgodnie z tem można otrzymać szereg soków trzustkowych, z których każdy ma cechy odrębne. Błona śluzowa przewodu pokarmowego zawiera, zdaniem Pawłowa, znaczną liczbę różnorodnych zakończeń nerwowych, które przychodzą w stan czynny pod wpływem stałych bodźców swoistych. Wbrew temu poglądowi doświadczenia Popielskiego wykazują, że siła trawiąca soku trzustkowego jest zależną od siły i ilości bodźców. Te właśnie czynniki, drażniąc zakończenia nerwowe w błonie śluzowej, warunkują ten lub inny skład soku trzustkowego, nie zaś swoistość zakończeń nerwowych, jak utrzymuje Pawłow.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Fawr. **Zależność zimnicy od widliszów (anopheles).** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 37). Badając warunki powstawania zimnicy na Kaukazie, dowiódł F. istnienia widliszów (anopheles), mianowicie „an. claviger“, we wszystkich miejscowościach, gdzie ona panuje; tylko w jednej w okolicy na wybrzeżach morza Kaspijskiego znalazł F. „anopheles pseudopictus“ Grassi. W żołądku jednego z komarów stwierdził F. zigotę, zawierającą dojrzałe sporozoidy. Wreszcie, zakażając komary „anopheles claviger“ pasorzytem zimniczym z chorych, których krew zawierała gamety *plasmodium praecox* (półksiężyce), stwierdził autor rozwój w nich pasorzyta, zupełnie identycznego z opisanym przez Rossa i Grassi. Badania te rozszerzają podstawę dla uznania teoryi rozpowszechniania zimnicy przez komary za zupełnie uzasadnioną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

L. Rogers. **Znaczenie rozpoznawcze różnych postaci leukocytów i innych zmian krwi w rozróżnianiu duru brzusznego od zimnicy.** (*Brit. Med. Journ. — Phil. Med. Journ.* 26 kwietnia, 1902). Wnioski autora są następujące: 1) Stosunek odsetkowy różnych postaci leukocytów na preparatach barwionych krwi ma wielkie znaczenie rozpoznawcze w odróżnianiu duru brzusznego od zimnicy. 2) Powiększenie liczby limfocytów do 40% i wyżej bez powiększenia liczby komórek wielkich jednojądrowych przemawia za durem, a przeciw zimnicy. 3) Powiększenie liczby komórek wielkich jednojądrowych do 12% i wyżej, szczególnie w czasie spadku ciepłoty, silnie przemawia za zimnicą i przeciw durowi. Zmiana ta ma wielkie znaczenie, szczególnie gdy pasorzyty zimnicze nieobecne są we krwi. 4) Obecność myelocytów w jakiejkolwiek ilości, od 1% do 5%, wskazuje na zimnicę i przemawia przeciwko durowi. 5) Znaczna niedokrewność, jak n. p. zmniejszenie liczby czerwonych ciałek poniżej 3,000.000 w 1 mm.^{3}, daleko częściej zdarza się w zimnicy, niż w durze. 6) Bardzo znaczne zmniejszenie ogólnej liczby leukocytów, n. p. niżej 2000 w 1 mm.^{3}, daleko częściej bywa w zimnicy, niż w durze; również stosunek białych ciałek do czerwonych w zimnicy bywa nieraz mniejszy, niż 1: 2000, co rzadko spotykamy w durze brzusznym. 7) Leukocytozę stwierdzamy i uznajemy wtedy, gdy na zabarwionym preparacie znaczny nadmiar ciałek białych, z których więcej niż 80% są różnojądrzaste: stwierdzenie leukocytozy bywa nieraz pożytecznem przy odróżnianiu zimnicy od gorączek przepuszczających, zależnych od ropnia wątroby lub innego miejscowego cierpienia zapalnego.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

• • •

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wright i Knapp. **Kwas cytrynowy w leczeniu duru brzusznego.** (*Sémaine médicale* 1902, Nr. 50). W przypadkach skrzepów, występujących w przebiegu duru brzusznego, lub u ozdrowieńców po durze, polecają Drowie Wright i Knapp kwas cytrynowy w ilości 2·50 grm., trzy razy dziennie. Kwas ten ma zmniejszać zdolność krzepnienia krwi.

Z drugiej strony żywienie przeważnie mleczne, przepisywane zwykle w durze, sprzyja, zdaniem autorów, wytwarzaniu się skrzepów z powodu znacznej zawartości soli wapniowych. Wright i Knapp polecają dlatego częściowe odwapnianie mleka zapomocą 1·20 do 2·40 gramów cytrynianu sodowego na 500 gramów mleka.

Dr. T. Żeleński.

Allard. **O kwasie kakodylowym w gruźlicy płuc.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, Zeszyt XI)*). Do licznych leków, zalecanych w gruźlicy płuc, przyłączył się od dwóch lat i kwas kakodylowy, zachwalany szczególnie przez autorów francuskich. Atoli zachwyt początkowy już i we Francyi zaczyna obecnie nieco ostygać. Autor leczył 19 przypadków, będących po największej części w okresie posuniętej gruźlicy jedno- lub obustronnej, zapomocą wstrzykiwań podskórnych kakodylanu sodowego. Dawki dzienne wahały się między 0,01—0,18; wstrzykiwania wykonywano w okresach siedmiodniowych z przerwami 7-dniowemi; czas leczenia wynosił tydzień do 7 miesięcy. Zaczęto od 0,01 dziennie i dodając po 1 cgr. aż do 0,05 codziennie, powtarzano tę dawkę jeszcze w dwóch okresach; w następnych tygodniach stosowano tymsamym sposobem 0,05—0,11 i 0,11—0,18 dziennie. W niektórych przypadkach zaczęto odrazu od dawki 0,05—0,11 i w czasie kilkumiesięcznego leczenia zwiększono okresy wstrzykiwań do 14 dni. Do wstrzykiwań używano albo rozczynu: *Sol. acid. cacodylic. 2·5 : 50·0, Natr. bicarbonic. ad sat.*, albo też w niektórych przypadkach z tymsamym skutkiem przetworu francuskiego *Cacodylate de soude Clin.* Miejscowych objawów drażniących, ani też jakichkolwiek nieprzyjemnych powikłań nigdy nie zauważono; nie stwierdzono również nieprzyjemnej woni kakodylowej, występującej po stosowaniu wewnętrznem tego środka. Zastrzykiwania wywarły stanowczo wpływ korzystny na stan podmiotowy chorych, u niektórych łaknienie się wzmogło, u innych znowu polepszył się sen. Lecz w żadnym przypadku nie można było stwierdzić wpływu na sprawę gruźliczą, ani też na ciepłotę chorych. By się przekonać, czy polepszenie stanu ogólnego, poprawa łaknienia i przybytek na wadze były rzeczywiście skutkiem wzmacniającym kwasu kakodylowego, wstrzykiwano kilku chorym, u których ten wynik dodatni się okazał, w dalszym ciągu czystą wodę, i pokazało się, że skutek pozostał zupełnie ten sam. Wpływ wstrzykiwań kwasu kakodylowego należy zatem uważać za poddawczy *(suggestio)*; dlatego też w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy nie można dopatrzeć skutku, to też zaprzestano w klinice ś. p. prof. Gerhardta w Berlinie dalszego stosowania tego środka w gruźlicy. *Dr. Fels.*

*) Porównaj artykuł Cybulskiego (Przegl. lek. Nr. 36).

• • •

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 23 listopada 1902.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Borzęcki chorą z dwoma wrzodami twardymi na częściach rodnych. Kol. Schwarz zwraca uwagę na brak cech charakterystycznych wrzodu pierwotnego dla stanowczego rozpoznania. Kol. Reiss przedstawia chorego, cierpiącego na pęcherzycę świerzbiączkową *(pemphigus pruriginosus)*. Czas trwania choroby 4—5 miesięcy. Równocześnie z pojawieniem się pierwszych zmian chorobowych wystąpiło silne swędzenie i pieczenie i to nie tylko w miejscach chorobowo zmienionych, ale w zakresie całej skóry. Pęcherze występują na skórze pierwotnie nie zmienionej, są różnej wielkości, głębokie, wypełnione treścią surowiczą, która następnie mętnieje. Ciepłota podwyższona o typie zwalniającym. Badanie bakteryologiczne treści pęcherzy daje wynik ujemny. Podobne pęcherze znajdują się i na błonie śluzowej jamy ust. Rokowanie niepomyślne. Choremu podano (podług Moslera) chininę trzy razy dnia po 0,30 i kąpiele dziegciowe, a wynik dotychczas jest wcale zadawalniający. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na fakt, że tu występują pęcherze przeważnie na skórze niezmienionej, a objawy zapalne występują dopiero w chwili pękania pęcherza. Hodowle na pożywkach płynnych dały wyniki ujemne, co stanowczo przemawia za pęcherzycą. Dalej przedstawia kol. Reiss przypadek guza grzybiasto rozrosłego na pośladku kobiety starszej. Skóra u podstawy guza zaczerwieniona, a w głębi można wykazać ropienie; sama zresztą ropa przy ucisku ukazuje się w kilku punktach na powierzchni guza. Rozpoznanie niepewne. Objawy ogólne przemawiają za ropniem. Cechy zewnętrzne guza każą myśleć również o promienicy, lub też i *trichophytia animalis* (*framboesia trichophytinica*), jak nie mniej o *blastomycosis*, lub wreszcie o mięsaku. Kol Krzyształowicz podnosi znaczne trudności rozpoznawcze, sprzeciwia się rozpoznaniu promienicy; badanie ropy zresztą wyklucza ją. Czy *blastomycosis*, do której guz wejrzeniem jest zbliżony, polega na tle swoistego grzyba, jest sprawą sporną, bo może i tu zachodzić proste bujanie tkanki ziarninowej, spowodowane gronkowcami ropnia. Kol. Żydłowiczowi guz ten wydaje się być mięsakiem, do którego następnie przyłączyło się ropienie.

Kol. Borzęcki zaznacza, że nie zwrócono tu uwagi na gruczoły pachwinowe, które są silnie obrzękłe, twarde i niebolesne. Gdyby duży ten guz był wynikiem zakażenia gronkowcami, to w przeciągu trzech miesięcy nie dosięgnąłby tych rozmiarów. Jemu również przedstawia się sprawa jako mięsak z następowem ropieniem. Kol. Baurowicz przychyla się do twierdzenia kol. Żydłowicza i Borzęckiego, widział bowiem w krtani mięsaka, do którego dopiero później przyłączyło się ropienie. Kol. Reiss zaznacza, że nie wyklucza wprawdzie mięsaka, lecz czas trwania nie zupełnie temu rozpoznaniu odpowiada i musi udać się do badania histologicznego. Kol. Mayzel opierając się na charakterystycznym obrzęku gruczołów przyjmuje sprawę nowotworową. Następnie przedstawia kol. Reiss przypadek *pityriasis rosea* Gibert u pacyenta, u którego lekarz pierwotnie rozpoznał *lues maculosa recens*. Badanie, wykazujące brak gruczołów i charakterystyczne ugrupowanie plamek wzdłuż linii rozszczepialności skóry, pokrytych cienką warstwą rozszarpanego naskórka.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss przypadek *lupus tumidus confluens faciei*, trwający od wczesnej młodości u 17 letniego dziewczęcia na ściśle ograniczonej przestrzeni policzka. Cierpienie leczone promieniami Roentgena na razie z wynikiem dodatnim, bo w środku widzi się wybitne zagłębienie, a odczyn jest minimalny. Przypadek drugi: *lupus erythematosus dorsi nasi*, leczony również promieniami Roentgena z wynikiem jednak ujemnym, bo ognisko szerzy się w obwodzie. Przypadek trzeci: *lupus vulgaris faciei* okazuje owrzodzenie o brzegach ostro ciętych, stwardniałych, które nasuwają przypuszczenie wytwarzającego się nowotworu. W dyskusyi nad tymi trzema przypadkami zabierają głos prawie wszyscy obecni. Kol. Borzęcki przedstawia chorą z owrzodzeniami podudzia, na którem żylaki są silnie rozwinięte. Kobieta 64 lat licząca, 6 razy rodziła, raz roniła, nie okazuje żadnych zresztą zmian chorobowych. Ponieważ obraz kliniczny nasuwał podejrzenie kiły, podano wewnętrznie rtęć i jod, miejscowo zaś tylko maść borową i istotnie skutek okazał się doskonały tak, że obecnie trudno już wątpić o charakterze kiłowym wrzodów.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorego z *lues tertiaria narium* ze zmianami w częściach chrzęstnych i kostnych i zniszczeniami na podniebieniu twardem i miękkiem. Leczenie bardzo intenzywne jodem. Kol. Steuermark nadmienia, że w tych przypadkach bardzo odpowiednie są protezy woskowe, które obecnie znalazły powszechnie bardzo rozległe zastosowanie. Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Pacyna*.

* * *

VIII. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

Dnia 1-go i 2-go listopada 1902 r. odbył się w Stuttgarcie XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

I. Jak to w sprawozdaniu ze Zjazdu ubiegłego, ogłoszonem w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 47. 1901 r.), nadmieniłem, Zjazd ten, który się odbył w listopadzie 1901 r. w Karlsruhe, przekazał Zjazdowi obecnemu rozstrzygnięcie sprawy o publicznych sanatoryach dla nerwowo chorych, którą to sprawę poruszyło w swoim czasie ministerstwo W. Ks. Badeńskiego. Dwóch specyalnie na zeszłorocznym Zjeździe obranych referentów, Dr. Wildermuth (Stuttgart) i Dr. Neumann (Karlsruhe), zabierało głos w tej sprawie na samym wstępie rozpraw Zjazdu.

Dr. Wildermuth: Oddawna jest odczuwaną potrzeba publicznych sanatoryów dla nerwowo chorych: to też nie będę się wdawał w uzasadnienie tej potrzeby. Jak istnieją publiczne szpitale dla chorych somatycznych, tudzież publiczne zakłady dla umysłowo chorych, tak niezbędne są podobne zakłady publiczne i dla nerwowo chorych. To jest rzecz, o której nie może być dwóch zdań. Idzie tylko o inne, z tem związane zagadnienia. W pierwszym rzędzie idzie o dokładniejsze zdanie sobie sprawy z tego, jakiego rodzaju chorzy powinni być przyjmowani do tych sanatoryów.

Pod tym względem referent zakreśla bardzo szerokie ramy. Według niego należałoby przyjmować do tych zakładów przypadki lżejszych zaburzeń umysłowych, które niezbyt kwalifikują się do zakładów dla obłąkanych, w pierwszej linii lżejsze osłabienie umysłowe i zwyrodnienie w wieku młodocianym. Padaczkowych nie powinno się przyjmować ze względu na niebezpieczeństwo dla innych chorych. Alkoholików małego stopnia można by przyjmować. Zdaniem referenta, powinni być wykluczeni zupełnie chorzy z trwałemi myślami natrętnemi. Co zaś do schorzeń z przestrachu, referent nie ma pod tym względem wyrobionego zdania. Jako drugi wielki kontyngent chorych, nadających się do przyjmowania w sanatoryach, są cierpiący na nerwice czynnościowe; tu należą stany neurasteniczne, histeryczne, hipochondryczne itp.

Trzeci rodzaj chorych, nadających się do zakładów, to są chorzy na wiąd rdzenia, rozsiane stwardnienie rdzenia, zapalenie rdzenia poprzeczne z ogniskami rozmiękczynowemi w mózgu itp. A wreszcie ostatnia grupa chorych, nadających się do omawianych sanatoryów, to chorzy na błednicę, niedokrewność, tudzież ozdrowieńcy po różnych wycieńczających chorobach.

Na pytanie, czy te publiczne zakłady dla nerwowo chorych mają być połączone z zakładami dla obłąkanych, referent odpowiada przecząco, a to nie z jakichkolwiek powodów naukowych, lecz ze względu na liczenie się z opinią publiczną, która niechętnie oddaje chorych do zakładów dla obłąkanych, a pobyt w nich uważa za poniżający.

Co się tyczy terapii, to należy, powiada referent, indywidualizować. Wszak dla jednych chorych, jak np. młodych zwyrodniałych, chorych na umysłowe osłabienie, i hipochondryków itp. dobrem jest stałe zajęcie się pracą. Inni atoli, jak np. różni neurastenicy, potrzebują spokoju. Ze względu na pierwszą kategoryę chorych sanatorya nasze powinne być zaopatrzone w odpowiednie urządzenia gospodarcze, jak ogrody, gleba do uprawy itp., gdzieby pacyenci mogli być czynni. Zajęcia gospodarcze mają tą zaletę wobec innych, że praca odbywa się na świeżem powietrzu i wymaga ruchu całego ciała.

Zakłady te powinny mieć dwa oddziały, dla więcej i mniej zamożnych.

Wreszcie omawia referent sprawę funduszów na zakładanie tych sanatoryów. Nie doradza udawać się do państwa o pomoc pieniężną, lecz usiłować drogą agitacyi społecznej pobudzić jednostki i instytucye do składania datków na sanatorya. Referent nie tylko powątpiewa, czy państwo, mające tyle innych zadań, zechce i będzie w stanie łożyć na te zakłady, ale nadto nie spodziewa się, aby się udało na ten cel otrzymać zapomogę od stowarzyszeń zawodowych, tudzież towarzystw ubezpieczeń. Nie pozostaje nic innego, mówi referent, jak inicyatywa czysto prywatna.

Korreferent Dr. Neumann (Karlsruhe) wylicza na wstępie nazwiska autorów, którzy zajmowali się zagadnieniem o publicznych zakładach leczniczych dla nerwowo chorych: Benda, Moebius, Ludwig, Hecker, Fischer, Fürstner, Schüle, Gaupp. Referent stwierdza, że dotychczas nie odezwał się żaden głos, nie uznający potrzeby publicznych zakładów leczniczych dla nerwowo chorych, analogicznych do szpitali powszechnych dla chorych na ciele, tudzież do zakładów dla chorych na umyśle.

Na podstawie liczb statystycznych, zebranych w towarzystwach ubezpieczeń, w kasach chorych i stowarzyszeniach zawodowych, referent wykazuje, jak bardzo wiele jest w państwie niemieckiem osób, uznanych za nerwowo chorych.

Co się tyczy zagadnienia, jacy chorzy mają być przyjmowani do proponowanych zakładów, referent oświadcza się o wiele konkretniej, niż mówca poprzedni. Zakłady te powinny być przeznaczone zdaniem referenta dla osób nerwowo-wycieńczonych, a więc dla chorych wyleczalnych, tj. w pierwszej linii dla osób z neurastenią nabytą, tudzież dla ozdrowieńców, chorych niedokrewnych i błedniczych. Nerwowi z przestrachu, co do przyjmowania których mówca poprzedni nie wyraził osobistego zdania, to według zasady, przyjętej przez referenta, nie są całkiem wykluczeni; ci mogą być przyjmowani, ale tylko o tyle, o ile pobyt w zakładzie może przyczynić się do poprawy stanu ich zdrowia. Referent oświadcza się stanowczo przeciwko przyjmowaniu chorych do zakładu dla obserwacyi i orzeczenia sądowo-lekarskiego; jedynem zadaniem tych zakładów jest leczenie i tylko ten stosunek być powinien pomiędzy zakładem a znajdującymi się w nim chorymi.

Chorzy umysłowo, jak również osoby z nieuleczalnemi organicznemi schorzeniami nerwowemi, jak porażeni, chorzy na uwiąd itp. nie powinni być przyjmowani do zakładów; mówca poprzedni był pod tym względem zdania przeciwnego. Również i w sprawie przyjmowania alkoholików referent różni się nieco od sprawozdawcy poprzedniego, według którego alkoholików mniejszego stopnia możnaby przyjmować; referent zaś oświadcza się stanowczo przeciwko przyjmowaniu alkoholików, a to dla tego: 1) że inni chorzy będą się niezbyt dobrze czuli w takiem towarzystwie i źle będą traktowali swych towarzyszów — alkoholików; 2) obecność alkoholików w takim zakładzie wymagała by dla nich odrębnego oddziału z osobnym surowym dozorem i odrębnem leczniczem postępowaniem; —

dlatego to lepiej, ażeby dla alkoholików były budowane zakłady odrębne. Podobnież i w zakładach dla obłąkanych nie miejsce dla alkoholików.

Co do rozdziału płci w zakładach, referent uznaje jego doniosłość i oświadcza, że gdzie tylko fundusze na to pozwalają, należy zakładać sanatorya — z oddziałami, osobno dla kobiet, a osobno dla mężczyzn.

Referent oświadcza się podobnież, jak i poprzedni sprawozdawca, przeciwko przyłączeniu proponowanych sanatoryów do zakładów dla obłąkanych. Możnaby tylko wyjątkowo dla celów nauczania uniwersyteckiego połączyć w sposób odpowiedni sanatorya dla nerwowych z klinikami psychiatrycznemi. Natomiast niema nic do zaznaczenia referent przeciwko połączeniu sanatoryów dla nerwowo-chorych z już istniejącymi gdzieniegdzie zakładami dla ozdrowieńców, aczkolwiek wolałby, żeby omawiane sanatorya były zupełnie samoistne.

Referent zbija dające się tu i owdzie słyszeć twierdzenie, że odpowiednie ambulatorya z urządzeniami kąpielowemi, elektrycznemi itp. mogłyby zastąpić zakłady specyalne.

Dalej stwierdza referent, że sprawą publicznych zakładów leczniczych dla nerwowo-chorych zajmują się w Niemczech od pewnego czasu rządy badeński i hesski. W Szwajcaryi działalność w tym kierunku rozwinął szczególnie Moebius, który założył stowarzyszenie w celu popierania tej sprawy, tudzież jeden podobny zakład pod nazwą kolonii „Frieda".

Najważniejszą rzeczą obecnie, gdy sprawa już jest dostatecznie omówiona, jest znaleźć fundusze dla przeprowadzenia w czyn tych myśli. W tym zaś celu należy wspólnie a z zapałem agitować śród społeczeństwa. Między innemi dobrze jest zakładać odpowiednie stowarzyszenia dla popierania tych zamiarów.

Referent kończy swoje przemówienie trzema rezolucyami, które przedkłada zgromadzeniu do uchwalenia: 1) Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich uznaje potrzebę zakładania publicznych sanatoryów dla nerwowo-chorych; 2) Zjazd uznaje, że dążyć należy do tego, aby sanatorya te były samodzielnymi zakładami; 3) Zjazd wybiera z pośród siebie stałą komisyę, której zadaniem będzie starać się o wprowadzenie w życie myśli o publicznych sanatoryach dla nerwowo-chorych.

Dyskusya.

Kreuser (Winnenthal) popiera wywody referentów, odnoszące się do stwierdzenia istniejącej potrzeby zakładania sanatoryów publicznych dla nerwowo-chorych, jak również zgadza się w zupełności z tem, że sanatorya te powinne być samodzielne; popiera postawione przez ostatniego referenta twierdzenia i wyraża nadzieję, że może i rządy tę myśl poprą.

Doc. Gaupp (Heidelberg) zapatruje się na sprawę przyjmowania do proponowanych zakładów tylko nerwowo wyczerpanych, zgodnie z referentem drugim. Uważa połączenie sanatoryów z zakładami dla obłąkanych za złe; — ma nadzieję, że można będzie liczyć na finansową pomoc także i ze strony towarzystw ubezpieczeń, co do których referent pierwszy powątpiewa, czy zechcą pomagać w urzeczywistnieniu myśli o sanatoryach dla nerwowych.

Schiele, uznając w zupełności potrzebę zakładania publicznych sanatoryów dla nerwowo-chorych, podnosi niektóre wątpliwości co do punktów dalszych. Przedewszystkiem sądzi, że zakłady te przyjmować powinny nie wszystkich nerwowych z wycieńczenia, ozdrowieńców, niedokrewnych i bledniczych; jakichże rozmiarów musiałyby być te zakłady, aby pomieścić wszystkich takich chorych? w zakładach takich powinni znaleźć przyjęcie jedynie, — jak wyraża się mowca, — „psychicznie nerwowi". Dalej zapytuje mowca, co zrobić z tymi, którzy mają myśli natrętne, których trudno jest trzymać w zakładach dla obłąkanych, a których referent pierwszy pragnąłby wykluczyć z proponowanych zakładów publicznych?

Także i w sprawie stosunku proponowanych zakładów do zakładów dla obłąkanych — nie podziela mowca zdania referentów, sądzi on, że nie powinniśmy robić ustępstw opinii publicznej, która raczej do nas stosować się powinna. Zakłady proponowane powinne, zdaniem mowcy pozostawać w pewnem zetknięciu z zakładami dla obłąkanych, chociaż nie w bezpośredniem.

Bieberbach (Heppenheim) mówi, że w Hessyi wolno jest przyjmować do zakładu dla obłąkanych także „psychicznie-nerwowych", jeżeli jest w zakładzie miejsce wolne.

Po skończonej dyskusyi poddał przewodniczący pod głosowanie rezolucye referenta drugiego, która jednogłośnie przez Zgromadzenie została uchwalona.

II. Drugim punktem porządku dziennego był referat Dra Smitha (Marbach) na temat: „Czy należy alkoholików umieszczać w osobnych, dla nich tylko przeznaczonych zakładach, czy też w zakładach ogólnych dla nerwowo-chorych"? Mowca oświadcza się jak najkategoryczniej przeciwko urządzaniu specyalnych zakładów dla alkoholików, widząc w tem moralną krzywdę, wyrządzoną tym chorym, gdyż pobyt w „zakładzie dla pijaków" będzie już na całe życie piętnem dla takiego człowieka, a ogół żywić będzie pogardę dla tych zakładów i dla osób szukających w nich pomocy. Do tego dopuścić nie powinniśmy, — a to tembardziej, że alkoholicy przewłoczni, — to ludzie chorzy, którym byłoby barbarzyństwem wyrażać pogardę. Z tych względów mowca oświadcza się za tem, aby alkoholików przyjmować do zakładów dla nerwowo-chorych.

Wywody mowcy popiera Frank (Munsterlingen, Szwajcarya).

III. Dr. Stadelmann (Würzburg) mówił o „szkołach dla nerwowych dzieci", w którychby nauka i jej rozkład prowadzoną była z uwzględnieniem indywidualności uczniów, — a wtedy nietylko że dzieci takie dałyby się rozwinąć i wykształcić, ale zarazem miałoby to i dodatni leczniczy wpływ na uczniów nerwowo upośledzonych. Żądanie odrębnej nauki dla dzieci nerwowych mowca opiera na wykazaniu niektórych różnic, zachodzących w umyśle dzieci zwyrodniałych a prawidłowych. Tak n. p. dzieci zwyrodniałe posiadają w wielu kierunkach odmienne niektóre uczucia, t. zw. w psychologii — uczucia wartości, jakie towarzyszą wielu przedstawieniom. Gdy przedstawiamy sobie coś, wtedy oprócz przedstawienia (bądź wyobrażenia konkretnego, bądź pojęcia) danego przedmiotu — występuje równocześnie w nas pewne uczucie, — przyjemne lub nieprzyjemne, które żywimy dla tego przedmiotu, a na mocy którego mówimy, że przedmiot ten nam się podoba, lub nie podoba, jest ładny, lub brzydki itp. Te uczucia noszą w psychologii nazwę „uczuć wartości". Otóż u dzieci zwyrodniałych bywają w tym kierunku zboczenia: — to, co wszystkim wydaje się brzydkiem, tj. wzbudza nieprzyjemne uczucia wartości, — dzieciom takim często podoba się, tj. budzi w nich uczucia przyjemne i odwrotnie. Druga cecha osobników zwyrodniałych, — to skłonności do wybuchu afektów, do spotęgowanych uczuć. Również i w sferze umysłowej zwyrodniałe osobniki okazują właściwości odmienne. W tym kierunku szczególnie zasługuje na uwagę szybkie nużenie się i osłabiona zdolność do skupiania uwagi. Wobec takich różnic w właściwościach umysłu dzieci prawidłowych a zwyrodniałych, także i nauka powinna być odmienna dla pierwszych a drugich. Przed przyjmowaniem dzieci do szkoły należy je zbadać, do jakiej kategoryi należą. Dla poznania sfery uczuciowej tego rodzaju osobników — dobrze jest obserwować ich zachowanie się podczas zabaw, na spacerze itd. Co do sfery umysłowej, to poznać należy zdolności spostrzegania, pojmowanie, pamięć i t. d. Autor przytacza kilka przykładów tak prowadzonego wychowania. Dzieci nerwowo-obciążone, które nie mogły wydołać pracy w szkołach ogólnych, prowadzone według zasad, wyłożonych przez mówcę, nietylko były w stanie podołać zajęciom, ale nadto okazało się to dla nich korzystnem także w kierunku leczniczym, zwolna nabrały zdolności do spokojnego, skupionego myślenia.

Z wywodów powyższych wynika potrzeba bliższego stosunku świata lekarskiego ze szkolnictwem. (Ciąg dalszy nastąpi).

* * *

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

IV.

Fizyologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetetyka noworodka.

(Dokończenie).

Z wymienionych wyżej czynników, stanowiących *conditio sine qua non* prawidłowego połogu, wynika także, kiedy połóg nie jest prawidłowym. Już w czasie porodu niektóre okoliczności każą go przeczuwać. Do tych należą: ciężki poród, rozmaite stany patologiczne, które — zwłaszcza, gdy im towarzyszy gorączka, — przyspieszają poród lub wywołują poronienie, brudne wody płodowe, nieodpowiedni zimny temperament i t. d.

Najważniejszą rolę odgrywają w połogu przedewszystkiem odchody. Wynika to już dostatecznie ze sposobu, w jaki sobie Galen ich powstawanie tłómaczył. Brak odchodów w prawidłowej ilości powoduje nagromadzenie się złych so-

ków w ustroju i powolne przepełnianie się jego nimi tak, że mogą się one dostać do głowy, wywołując najgroźniejsze objawy. Do tych należą przedewszystkiem drgawki, gorączka, majaczenie, bezsenność, pragnienie, bóle w dołku podsercowym i podbrzuszu, zimne kończyny, mętny mocz i nareszcie śmierć. Ta ostatnia nie jest jednakowoż bezwarunkowem następstwem choroby, gdyż w miarę dłuższego jej trwania mogą pojedyncze objawy chorobowe ustąpić, a pacyentka może przyjść do zdrowia. Trudno powiedzieć, jaką zmianę połogową Galen tu miał na myśli. Zdaje się jednakowoż, że mięsza on następstwo choroby z jej przyczyną, a objawy chorobowe tu podane należy raczej odnieść do różnych stanów patologicznych, których bystry zmysł spostrzegawczy Galena tym razem nie odróżniał. Pod tym względem niema żadnej różnicy pomiędzy nim a Hipokratesem (*„de natura pueri“* i *„de mulierum morbis“ lib. 1)* i Celsusem *(lib. III cap. VI)*, którzy nieprawidłości połogu szczególnie chętnie przypisują „obcym sokom“, nagromadzającym się tylko wtedy, gdy niema odchodów.

Brak odchodów może znowu z drugiej strony towarzyć innym chorobom połogowym, nie stanowiąc ich przyczyny, lecz tylko jeden z objawów chorobowych, czego dowodem następujący drugi obraz patologicznego połogu, podany przez Galena. Ten polega na gorączce, bólu głowy, wysychaniu języka, zimnym pocie, szczególnie występującym na głowie, odwróceniu óczu, bólu w okolicy lędźwiowej, zimnych kończynach, braku odchodów, wysyconym moczu, rozwolnieniu i bezsenności. Gdy się do tych objawów przyłącza śpiączka, a wreszcie wymioty, zwłaszcza cuchnące, natenczas należy pacyentkę uważać za bezwzględnie straconą. Cuchnienie bowiem wymiotów zapowiada wedle Galena zbliżającą się śmierć. Rozpoznanie choroby według tego obrazu nie przedstawia żadnych trudności. Nie ulega wątpliwości, że Galen ma tu na myśli posocznicę połogową z zajęciem otrzewnej. Przyczyny tego cierpienia należy szukać w złych sokach. Pod względem rokowania i oddania obrazu chorobowego nie moglibyśmy mu wiele zarzucić z dzisiejszego punktu widzenia. Galen przewyższa tu nawet Celsusa, z którym zresztą co do rokowania w przebiegu spraw połogowych z zajęciem otrzewnej zupełnie się zgadza. Leczenie polega na upustach krwi, które mają zastąpić zatrzymujące się odchody, lecz najczęściej pozostaje bezskutecznem.

W obydwóch obrazach patologicznych bada Galen pilnie mocz. Jak w połogu prawidłowym, tak i w patologicznym odgrywa on ważną rolę, gdyż nietylko, że ułatwia rozpoznanie, ale i wskazuje, o ile się stan dotyczącej położnicy zmienia i z niego można wnioskować o dalszym przebiegu choroby. Wnioski te jednakowoż, oraz korzyści są tylko jednostronne, albowiem zachowanie się prawidłowe moczu nie przyczynia się znacznie do uzdrowienia pacyentki, podczas gdy znacznie zmieniony świadczy o grożącem jej niebezpieczeństwie *(in III. Hippocr. de vulg. morbis. com. secundus 6)*. Jaki mocz powinien być w stanie prawidłowym, już wyżej wspomnieliśmy. Tu dodamy tylko, że przy silnej gorączce ilość jego znacznie maleje, staje się on rzadkim i bladym i że pod tym względem zachodzi różnica pomiędzy Galenem a Hipokratesem. Ten ostatni bowiem rozróżnia mocz blady przy gęstości prawidłowej, czemu się Galen sprzeciwia, twierdząc, że bladość moczu łączy się z jego małą gęstością. Innym razem bywa mocz czerwonawy, co się również przy silniejszych gorączkach połogowych zdarza. Nadto może mocz gorączkującej położnicy być mętnym, co jest *signum mali ominis* i wreszcie stać się tak gęstym, że przypomina najprędzej oliwę. Temu ostatniemu wejrzeniu jego towarzyszy zazwyczaj śmierć. Naturalnie, że sam mocz nie miał znaczenia rozstrzygającego. Rozstrzygały raczej inne okoliczności, których następstwem był zmieniony mocz. Często jednakowoż popada Galen pod tym względem w sprzeczność ze sobą samym, tak że raz n. p. jest dla niego złowróżbną mała ilość i bladość moczu, innym znowu razem wielka jego ilość i bladość.

Wracając teraz do innych zmian połogowych, musimy przyznać, że nie wiele o nich wzmianek znajdujemy u Galena. Wspomina on tylko o zapaleniu macicy *(inflammatio uteri)*, której towarzyszą bóle głowy, drgawki i gorączka. Choroba ta kończy się często śmiercią.

O sprawach, toczących się w następstwie połogu w więzadłach macicy, w jej częściach dodatkowych, w pochwie, sromie i o zapaleniach sutków lub innych ich cierpieniach, wikłających połóg, nie wspomina Galen ani słowem

W całej patologii połogu Galena odgrywają wielką rolę dni krytyczne. Najgorszymi są pod tym względem dzień 7, 14 i 17-ty, a Galen tak w nie wierzy, że sobie tego często wprost wytłómaczyć nie może, gdy chora, przebywszy szczęśliwie te dni, zapada na zdrowiu w inne dni.

Połóg może się wikłać z innemi chorobami nie połogowemi, które się mogą toczyć we wszystkich prawie narządach. O tych zmianach, które się rozpoznają stósownem badaniem i z odpowiednich objawów, wspomina wprawdzie czasem Galen, lecz nie tu miejsce, by się nad niemi bliżej zastanowić.

W czasie połogu miała położna dbać jeszcze i o drugą istotę, t. j. o noworodka. Galen poświęca kilka rozdziałów dyetetyce noworodka, lecz to, co on powiada, jest w głównych zarysach tylko powtórzeniem rad, które zalecał wcześniej Soranus.

Dziecko odpętlone należy przedewszystkiem posypać solą. Sól ta miała na celu, wedle Galena, działać na skórę ściągająco *(de sanitate tuenda lib. I. cap. VIII. K. VI.)*, wedle Soranusa zaś, który również posypanie solą noworodka poleca, chciano tym sposobem jedynie ułatwić oczyszczenie noworodka. Jak się ten proceder odbywał, tego Galen nie mówi; natomiast Soranus bardzo dokładnie nas o tem informuje *(Soranus lib. I. cap. XXVIII.)*. Wedle niego należy przedewszystkiem na to baczyć, by się sól lub soda, której czasem również używano, nie dostały do óczu lub do ust dziecka. Nie należy także zanadto soli używać, bo ona nadżera skórę i z tego powodu Soranus zaleca u noworodków wątłych nacieranie mięszaniną miodu lub oliwy z solą. Po tem natarciu kąpie się dziecko w ciepłej wodzie, by spłókać sól, a następnie je się wyciera i zawija w opaski. Zawijanie to było dosyć mozolne, gdyż polegało na zawijaniu naprzód każdego członka z osobna, a potem dopiero całego płodu. Myślą przewodnią tego sposobu zawijania była wedle Soranusa *(lib. I. cap- XXIX.)* chęć osiągnięcia pięknych kształtów.

Po zawinięciu dziecka przychodzi pora, w której trzeba przedewszystkiem myśleć o jego karmieniu. Galen jest zwolennikiem karmienia przez własną matkę, gdyż ten pokarm nigdy nie bywa szkodliwy dla dziecka, zwłaszcza, jeżeli temperament matki jest odpowiedni, czyli jeżeli matka jest zdrową. Za tem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że płód żywi się w łonie matki krwią, a pokarm w sutkach powstaje przecież nie z czego innego, tylko z krwi matki czynnej *„atque optimum quidem est etiam reliquis fortasse omnibus infantibus ipsum lac matris.....“ (de sanit. tuenda lib. I cap. VII.)*. Naturalnie, że Galen zna pod tym względem wyjątki, a rozstrzygającem jest zdrowie matki, którem się zawsze kierować trzeba. Jak bowiem dobrem jest dla dziecka mleko własnej matki, gdy ona jest zdrową, tak odwrotnie jest ono szkodliwe, gdy jest chorą. Szkodzić zaś musi taki pokarm, bo on się zmienia pod względem woni, smaku i wejrzenia, na co baczną trzeba zwracać uwagę. Prócz chorób są jeszcze inne okoliczności, które wymagają mamki dla dziecka, a mianowicie ciąża i miesiączka matki karmiącej. Dlatego to należy przez cały czas karmienia unikać spółkowania, które może jedno lub drugie przeciwwskazanie do karmienia stworzyć *(ibid. cap. IX.)*. Dalszą ważną okolicznością jest dostateczna ilość pokarmu w sutkach. Na to wpływa przedewszystkiem temperament sutków, które, jako narząd gruczolasty, są zimniejsze od innych narządów. Lecz i pod tym względem musi istnieć pewna granica, t. j.

nie powinny one być zanadto zimne, co znowu ma miejsce, gdy do sutków za mało krwi przypływa, lub gdy krew nie jest prawidłową, zbliżając się pod względem swojego temperamentu raczej do śluzu. Większy przypływ krwi do sutków, a w następstwie i większą ilość w nich pokarmu, wywołuje pożywienie płynne; jakość pokarmu zaś zmieniają leki, a w pierwszym rzędzie środki czyszczące, oraz płynne potrawy. (*„De simplicium medicamentorum temperamentis ac facultatibus lib V. cap. XXI. K. XI.; de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.* i *lib. III.*).

Podobnie jak Galen, przemawia i Soranus za karmieniem przez własną matkę (*Soranus lib. I. cap. XXXI.*), przedłużając w ten sposób dawną grecką tradycyę, „gdyż wśród równych zresztą warunków nadaje się bardziej mleko własnej matki". Różnica jednak pomiędzy nimi zachodzi ta, że gdy Soranus, uważający pokarm położnicy przez pierwszych dwadzieścia dni za niestrawny dla dziecka, każe na ten czas mamkę przygotować, lub dziecko odżywiać miodem, to Galen nie ma wcale tych skrupułów i radzi matce od samego początku karmić. Co się tyczy pierwszego przystawienia do piersi noworodka, to Galen jest za tem, by to uczyniono zaraz po jego zawinięciu, podczas gdy Soranus żąda naprzód pewnego wypoczynku dla dziecka po wstrząśnieniach, jakie przebyło, obawiając się szkód dla niego ze zbyt wczesnego nakarmienia. Zupełna natomiast jest zgoda pod tym względem między Galenem a Damastesem, przytoczonym przez Soranusa.

Dziecko nie powinno aż do czasu ząbkowania nic innego dostawać, jak tylko pokarm macierzyński. Soranus żąda (*lib. I. cap. XLI.*) wyłącznego podawania piersi oseskowi aż do szóstego miesiąca życia, godząc się na podawanie począwszy od tego czasu potraw mącznych. Na podawanie wina oseskowi, chociażby w najmniejszych nawet ilościach, nie zgadza się Galen pod żadnym warunkiem, co wobec dzisiejszego prądu antyalkoholicznego stanowczo zasługuje na uwagę *„sane vinum quam diutissime,...... ne gustare quidem suaserim"...... (De sanitate tuenda lib. I. cap. XI.)*. Galen idzie pod tym względem jeszcze dalej, uważając je za przeciwskazane dla młodych osób wogóle *„.....vinum ......pueris est maxime adversarium......" (ibid. lib. V. cap. V.)*. Natomiast Soranus podaje chętnie wino rozcieńczone po nakarmieniu dziecka i to bez względu na jego wiek.

Zgodnie z Soranusem gani i Galen zły zwyczaj wielu karmiących kobiet podawania piersi dziecku, ile razy ono zapłacze, twierdząc, że nie zawsze głód jest przyczyną tego płaczu i że dziecko płacze często dopiero po przeładowaniu żołądka. Mamki powinny także baczyć na to, by dziecka nigdy przed kąpielą nie karmiono, lecz zawsze po niej.

Dla zdrowia dziecka niezbędne są odpowiednie ruchy. Zbyt silny ruch jest dla bardzo małego dziecka przeciwwskazany i dlatego należy się wystarać dla niego o kołyskę lub o łóżeczko wiszące, a gdy do tego przyjść nie może, nosić je na rękach, które tak pierwszą jak i drugie snadnie zastępują.

Baczny o dobry rozwój oseska, zwraca Galen uwagę i na zachowanie się mamek. Już wyżej wspomnieliśmy, że ciąża i miesiączka niekorzystnie wpływają na pokarm, z czego wynika, że się one w pierwszym rzędzie wystrzegać musiały spółkowania. Prócz tego należy je dozorować pod względem tego, co one jedzą lub piją i jak sypiają, gdyż to są w pierwszym rzędzie okoliczności, wpływające na jakość krwi, a pośrednio i na jakość pokarmu. Wiedząc o wydzielaniu się niektórych leków z pokarmem, Galen przeciwny jest podawaniu mamkom leków przeczyszczających, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie chcemy za pośrednictwem mamki przeczyścić dzieci (*in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. quintus*). Jako stanowczo szkodliwe dla mamek uważa Galen ostre potrawy.

Jeżeli z tego lub owego powodu pokarm się zepsuł, należy poszukać mamki, a u matki wywołać przy użyciu odpowiednich środków zaniknięcie pokarmu. W tym celu używano przedewszystkiem opatrunku uciskającego, przypominającego nasze dzisiejsze gipsowe opatrunki. Aplikowano gips rozpuszczony w occie (*de remed. parabil. lib. II. cap. XV.*), lub posługiwano się zmywaniami wodą morską z dodatkiem przetworów ściągających i suszących. Gdy zaś to nie wystarczało, podwiązywano sutki skropiwszy je poprzednio sokiem mchu i sproszkowanem kadzidłem (*ibid. cap. XXVI.*). Tych samych sposobów zapobiegawczych używano przy nadmiarze pokarmu, który Galenowi był znany.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 stycznia.

* *Komitet polski XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego ogłasza:*

Komitet organizacyjny w Madrycie wzywa członków Kongresu do jak najprędszego przysyłania streszczeń zgłoszonych wykładów, o ile możności w formie ostatecznych konkluzyj, w języku francuskim wyłącznie, i napisanych bardzo wyraźnie. Pośpiech ten jest wskazany z tego powodu, że rozpoczęto już druk streszczeń. Przesyłać należy wprost do sekretaryatu. (Adres poniżej).

Odczyty mogą być wygłoszone w jednym z języków urzędowych kongresu i w tym też języku drukowane będą w »Roczniku kongresu«.

Wskutek starań Komitetu polskiego o zapewnienie kongresistom polskim pomieszkania bez utrzymania całodziennego (bez wiktu), Komitet organizacyjny zapewnia, że biuro kwaterunkowe (*Bureau des logements du XIV. Congrès international de médecine à Madrid. — Facultad de Medicina*) —, do którego należy się wprost zwracać, chętnie pośredniczyć będzie w wyszukaniu samych tylko mieszkań, nie biorąc jednak odpowiedzialności za możliwe niewygody. Cena pokoju samego wynosiłaby najmniej 5 pesetów (5 frs.).

Wskutek postanowienia niektórych towarzystw (kolejowych) kongresiści będą mogli przyjechać do Madrytu jedną, a wracać inną drogą ze zniżką 50%. Komitet organizacyjny poda później do wiadomości, które towarzystwa udzielą zniżek.

Wszelkie dalsze zgłoszenia odczytów winny być odtąd przesyłane wprost do sekretaryatu generalnego [*Secrétariat général du XIV. Congrès international de médecine à Madrid. Facultad de Medicina*].

Uprasza się wszystkie pisma lekarskie polskie o powtórzenie tego doniesienia.

18 stycznia 1903. *Dr. Buzdygan.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: Trzebicky, Ciechanowski i Lewkowicz przedstawili chorych i demonstrowali okazy anatomiczne; poczem odbył się odczyt kol. Surzyckiego: »O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych«.

* Lwowskie Towarzystwo lekarskie wybrało zarząd na rok bieżący: prezesem wybrany został prof. Dr. W. Łukasiewicz, wiceprezesem prof. Dr. G. Ziembicki, sekretarzem Dr. Świątkiewicz.

* D. 4 b. m. odbyło się w Wiedniu zgromadzenie członków austryackiego Związku pomocy dla chorych piersiowych. Przewodniczącym wybrano hr. Lützowa; jego zastępcami: br. Larischa i dr. Loewa. Przed zorganizowaniem się jeszcze tego Związku zebrano 115,000 koron na ten cel.

* Surowica paciorkowcowa (przeciwpłonicza) nie zdobywa sobie jeszcze uznania: według »La médecine moderne« surowica wyrobu Aronsona, dała Bagińskiemu 11% śmiertelności; surowica Charletona — 13% śmiertelności; surowica wyrobu Mosera, stosowana w klinice Eschericha — 14% śmiertelności — i to, — jeżeli stosowana była we wczesnym okresie choroby. Dziennik francuski nie dopatruje w tej statystyce żadnego dodatniego wpływu surowicy paciorkowcowej na śmiertelność z płonicy, która, leczona innymi sposobami, wynosi 10%.

Na ostateczne zdanie o leczniczej działalności surowicy paciorkowcowej w płonicy należy jeszcze czekać przynajmniej lat kilka.

* Z powodu śmiertelnego pojedynku, który odbył się w jednej mieścinie na Węgrzech, lekarze miejscowi zobowiązali się słowem honoru nie asystować pod żadnym warunkiem przy pojedynkach i wezwali wszystkie związki lekarskie do podobnego postępowania.

* Zawodowa działalność lekarza w stosunku do społeczeństwa,

instytucyi i władzy nie jest ściśle ujęta w kodeks. W szczególności więcej lekarz wie o swoich obowiązkach, aniżeli o prawach. Na wniosek pruskiego ministerstwa oświaty odbędą się bezpłatne kursy dla lekarzy, poświęcone wyłącznie pouczeniu ogółu lekarskiego w Niemczech o jego prawach i obowiązkach na wszystkich polach zawodowego działania.

* W wojsku pruskiem zaprowadzono stałe posady lekarzy-dentystów.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z alkoholizmem odbędzie się w Bremie od 14 do 19 kwietnia. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz kongresu Hähnel.

* Tytuł «doktora» został poraz pierwszy postanowiony i nadany w XII stuleciu w Bolonii. Pierwszym doktorem medycyny był niejaki Gulielmo Gordinio.

* Między 7 a 13 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie, w powiecie cieszanowskim (1 gm.) i w powiecie turczańskim (1 gmina).

W tymże czasie stwierdzono nowe przypadki duru osutkowego: w m. Lwowie 4 przypadki i w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim 1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIII (27—31—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 75, zmarło osób 75, mianowicie: z gruźlicy 10 (2 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 3 (zam.), z płonicy 1 (zam.), z cholery niemowląt 4 (2 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Dumont, Niehaus i Emmert otrzymali tytuł profesorski w Bernie. Docent fizyki lekarskiej Frank mian. profesorem nadzwyczajnym. Doc. Schultze otrzymał tytuł profesorski w Bonn. Nadzwyczajnym profes. psychiatryi w Erlandze mian. został Doc. Spuler. Doc. Marbe mian. nadzw. profesorem doświadczalnej psychologii w Würzburgu.

Nekrologia. Zmarli Dr. Mazzucchelli, prof. chirurgii w Pawii. Dr. Reed, prof. bakteryologii — w Waszyngtonie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 2. Pawiński: Apocynum canabinum, jako środek nasercowy i moczopędny (c. d.). Róbin: Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością wymoczków (balantidium-colitis) (dok.).

— *Medycyna* Nr. 2. Halle i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Krakowski: Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Maydl: O operativném léčeni nevpravitelných luxaci v kyčli (dok.). Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (c. d.). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriim koryneovitým.

— *Lekarske rozhledy* Z. 1. Thomayer: Dobrá zdáni pracovana Úrazovou pojišťovnu. Crha Antonin: Příspěvek k oceněni therapeutické hodnoty heroinu. Kose: Cytodiagnostika.

— *La Presse médicale* Nr. 3. Caubet: Przepukliny pachwinowe tłuszczowe (*Hernies ing. graisseuses*).

— Nr. 4. Bosc: Etapy sprawy zapalnej. Wstęp ogólny. Ramond i Boidin: Rak pierwotny płuc.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Kyes i Sachs: Przyczynek do wiedzy o czynnej substancyi jadu okularnika (*cobragift*). Loevy: O działaniu tlenu na osmotyczne napięcie krwi. Ito: Badanie znajdujących się w gardle wrot do wtargnięcia gruźlicy. Natanson: O przyrządzie Kobraka do pasteuryzacyi mleka. Krause: Stan lecznictwa i jego wykonywanie w Chinach (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Rumpf: Etyologia i symptomatologia przemieszczenia serca (*cor mobile*). Borchgrevink: Przypadek anatomicznie udowodnionego wyleczenia samoistnego zapalenia gruźliczego otrzewnej. Taubert: Erytromelalgia przy syringomyelii szyjnej części rdzenia. Steffeck: Nowe propozycye przy leczeniu główki następującej. Kruse: Seroterapia czerwonki (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Klienböck: O zmianach w kościach przy rzeżączkowem zapaleniu stawów i o ostrym zaniku kości wogóle. Weiss: Przyczynek do sprawy wykorzystania oznaczeń leukocytów w chorobach żeńskiego narządu płciowego. Pollak: Heterotopia w budowie histologicznej włóknistego polipa macicy. Preleitner: Dwa przypadki wrodzonego częściowego defektu obojczyków.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Manz: O operacyi zaćmy u starców. Hochhaus: Zapalenie trzustki z następowym krwotokiem i obumarciem. Müller: O uodpornieniu prątka durowego przeciw swoistym aglutyninom. Morgenroth: O łączeniu się hemolitycznych amboceptorów. Lange: O zastosowaniu »adrenaliny« jako środka tamującego krew w rozpaczliwych krwotokach. Liese: Nowe ujęcie z zamkiem dla chirurgicznych narzędzi: nożyc i kleszczy. Fellenberg: Zapobieżenie występowaniu krwiaka po Küstnerowskiem krzyżowem cięciu nadłonowem. Perutz: Uwagi nad pracą o zawartości leukocytów przy ropieniach, zwłaszcza przy ropniach wątroby. Axenfeld: Zapalenie płuc u noworodków a gonokoki. Dessauer: Praktyczne doświadczenia z przyrządem Röntgena »systemu dessauskiego«, Aschaffenburg. Rumpel: Doświadczenia ku praktycznemu zużytkowaniu kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerkowych.

Redakcya otrzymała. Sosnowska: Quelques cas de sterilité guéris par le traitement de Brandt. Seiffer: Atlas und Grundris der Allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Praussnitz: Physiologische und sozial-hygienische Studien über Säulings-Ernährung und Säulings-Sterblichkeit. Marchand: Rudolf Virchow als Pathologe. Dölger: Die Mittelohreiterungen. Piltz: Die paradoxe Pupillenreaction und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. Eisenberg: 1) Z zagadnień biologicznych w nauce o odporności. 2) Badania nad strącaniem się ciał białkowatych, pod wpływem swoistych precypityn.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 28. b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym odczyt kol. Dr. Lewkowicza: I. O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych (z demonstracyą). II. Przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego we wzgórku wzrokowym w sąsiedztwie szypułki mózgowej lewej (z demonstracyą preparatu).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwasnicki.

Rok XLII. Kraków 31 Stycznia 1903. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego i z zakładu anatomii patologicznej w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej.

Podał
Dr. Franciszek Nowotny,
asystent oddziału.

Rozpoznanie tętniaka aorty należy obecnie, nawet we wczesnych okresach tego cierpienia, do zadań łatwych; w przeważnej liczbie przypadków nietylko możemy rozpoznać to cierpienie, ale nawet możemy określić, która część aorty uległa zmianom i do pewnego stopnia kształt i wielkość guza. Mały, poczynający się wytwarzać tętniak często nie wywołuje wogóle żadnych zmian podmiotowych, występujące zaś przypady kierują zwykle chorego nie do internisty, lecz do laryngologa. W tym też okresie tego cierpienia osłuchiwanie i opukiwanie nie dostarczają żadnych w przeważnej liczbie przypadków oznak przedmiotowych. Do wczesnych objawów tętniaka zaliczyć należy: stałą choć nieznaczną duszność, porażenie więzadła, ból strzelający, przeszywający klatkę piersiową w okolicy kąta łopatki. Duszność wywołana jest ugnieceniem tchawicy ponad samym jej rozdziałem, względnie oskrzela i to przeważnie lewego. Objaw ten, jak i porażenie więzadła, nie zależy od wielkości guza, lecz głównie od usadowienia jego; i tak nawet mały guz, wychodzący ze strony wklęsłej, albo tylnej ściany aorty, łatwiej wywoła ugniecenie tchawicy albo oskrzela i porażenie więzadła, niż wielki, wychodzący od strony prawej tętnicy wstępującej, albo od lewej, ze ściany przedniej i od strony wypukłej. Najczęściej wypukloną bywa ściana przednia i lewa tchawicy, rzadziej już sama tylko ściana przednia; wypuklenie ściany prawej, albo prawej i przedniej spotykamy przeważnie przy tętniakach tętnicy bezimiennej, wyjątkowo także w przebiegu tętniaków tętnicy głównej; wpuklenie tejże ściany należy wogóle do rzadkości. Każdy z tych objawów przyczynia się znacznie do rozpoznania tętniaka, brak ich jednak nie pozwala tętniaka wykluczyć. Ważnym objawem rozpoznawczym przy różniczkowaniu tętniaka od innych guzów śródpiersia jest przeminięcie lub zupełne ustąpienie porażenia więzadła i zmniejszenie się duszności. Pod wpływem zwiększonego parcia krwi może w stosunkowo krótkim czasie przyjść do rozszerzenia elastycznego do pewnego stopnia worka tętniakowego; zmniejszy się zaś parcie krwi, wytworzą się w worku zbite skrzepy, przyjdzie do zmiany ułożenia worka do jego otoczenia, mogą ustąpić częściowo i objawy, to jest ugniecenie dróg oddechowych i porażenie więzadła. Przemijające porażenie więzadła, uważane przez Grossmana jako ważny czynnik rozpoznawczy, należy sobie tłómaczyć w sposób wyżej podany; co się zaś tyczy przemijających napadów duszności, mających polegać na skurczu głośni i drgających ruchach więzadeł (Gerhardt), to ponieważ brak zupełny opisu dalszych takich przypadków, nie mogą objawy te wchodzić w rachubę w rozpoznawaniu tętniaków. Znaczne ułatwienie w rozpoznawaniu tego cierpienia daje nam badanie promieniami Roentgena; wykrywa ono przedewszystkiem obecność guza, a dokładne śledzenie cienia na ekranie pozwala nam wyróżnić tętniak od innych guzów. Pomimo tych wszystkich danych pozostaje jeszcze pewna liczba przypadków, w których rozpoznanie będzie albo niepewne, albo wprost niemożliwe. Zachęcony przez Czcigodnego mego szefa, Prof. Pieniążka, podaję do wiadomości kolegów dwa przypadki tętniaka aorty, z których jeden wyjaśniła nam dokładnie dopiero nekroskopia; sądzę bowiem, iż ogłaszanie właśnie takich niejasnych z początku, przypadków przyczynić się może znacznie do zdobycia w przyszłości pewniejszych wskazówek rozpoznawczych i zmniejszenia liczby przypadków nierozpoznanych, do czego z wszelkich względów dążyć należy.

I. M. G., l. 24, służąca z Tarnowa, przyjęta dnia 19/VII—1901 r. Rodzice żyją; matka, kobieta 50-letnia, ma cierpieć na bóle głowy i wymioty, o ojcu chora nic nie umie podać; z sześciorga rodzeństwa jedno umarło w 5-tym roku życia; inne żyją i są zdrowe. Co się tyczy samej chorej, to w 10-tym roku życia miała przebyć jakąś bliżej nieokreśloną chorobę, przed trzema zaś laty cierpiała na owrzodzenia lewego podudzia; owrzodzenia te pod wpływem $2^1/_2$ miesięcznego leczenia zagoiły się. Wyskoku chora nigdy nie nadużywała, kiły miała nie przebywać. W styczniu 1901 r. truła się pacyentka zapałkami fosforowemi; przeniesiona do szpitala miała być przez trzy dni nieprzytomna; po pięciu tygodniach wyszła zdrowa. Obecne cierpienie, z którem się chora zgłosiła, t. j. duszność, datuje się od trzech tygodni i wzrasta z dnia na dzień. Od tego czasu chora skarżyła się na nieokreślone bóle w głębi po prawej stronie mostka.

Stan obecny. Skóra blada, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, kościec prawidłowy, na skórze lewego podudzia liczne blizny, już to nieregularne, już to promieniste. Klatka piersiowa: wypuk z przodu i z tyłu po obu stronach jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe; po całej stronie prawej z przodu i z tyłu znacznie osłabione. Stłumienie serca niepowiększone, w sąsiedztwie u podstawy serca niema stłumienia, ani tętnienia, tony czyste, tętno 120, regularne. Duszność wdechowa i wydechowa, jednakowego natężenia. Gardło i krtań bez zmian. Badanie tchawicy wykazało: tchawica w górnym odcinku zmian nie okazuje pojedyncze chrząstki dobrze widoczne, dopiero w dole ponad rozdziałem widać guz wielkości orzecha włoskiego, nie tętniący, o powierzchni gładkiej, żywo czerwono zabarwionej. Guz ten usadowiony jest na ścianie prawej tchawicy i nieco na przedniej, w obrębie guza chrząstek tchawiczych nie widać. Guz ten zwęża znacznie światło tchawicy; pomiędzy guzem a lewą ścianą tchawicy widać wązki tylko otwór o formie półksiężyca. Badania promieniami Roentgena z powodu popsucia się przyrządu nie można było niestety dokonać. Rozpoznanie nasze brzmiało najprawdopodobniej: gruczoł oskrzelowy zserowaciały przebijający do światła tchawicy.

Z powodu znacznej duszności przystąpiono odrazu do tracheotomii (Prof. Pieniążek). Wykonano tracheotomię dolną; zapomocą wpro-

wadzonego przez ranę tracheoskopu stwierdziliśmy ten sam obraz, co i widziany w żwierciadle; guz daje się odsunąć tracheoskopem na zewnątrz. Długim bronchoskopem przechodzi się całe zwężone miejsce i wchodzi się swobodnie do obu oskrzeli; wejście do oskrzela lewego, jak i samo oskrzele dobrze widoczne, zmian nie okazuje. wejście do prawego ukryte pod guzem; błona śluzowa prawego oskrzela zaczerwieniona, obrzękła. Badanie płuc po wprowadzeniu bronchoskopu do prawego oskrzela wykazało szmer oddechowy o zupełnie prawidłowem nasileniu, dowód, że zwężenie nie przechodzi na prawe oskrzele. Założono długą elastyczną kaniulę, sięgającą aż do podziału tchawicy, przechodzącą aż poza miejce zwężone. Objawy zwężenia znacznie się zmniejszyły, jakkolwiek prawdopodobnie z powodu zbliżenia końca rury do miejsca podziału nie mogły być w zupełności usunięte. W pierwszych dniach po tracheotomii byliśmy zmuszeni parę razy zmieniać długą kaniulę z powodu pojawiającej się duszności; rozszerzaliśmy także oskrzele prawe długim elastycznym zgłębnikiem. Zmiana kaniuli wpływała dodatnio na oddech na krótki tylko przeciąg czasu; różnica atoli w natężeniu szmerów oddechowych po obu stronach, jakkolwiek mniejsza, niż przed tracheotomią, przecież była dość znaczna. Nadmienić jeszcze muszę, iż w kilka godzin po tracheotomii wystąpił obrzęk powiek, który utrzymywał się przez trzy dni, a był prawdopodobnie wynikiem dłuższego badania chorej zaraz po tracheotomii w pozycyi ze zwieszoną głową. Tętno utrzymywało się pomiędzy 120 do 132; ciepłota nie podwyższona. Badanie tchawicy dnia 21/VII wykazało: guz wielkości tejsamej, powierzchnia jego atoli nie jest już powleczona żywo-czerwoną błoną śluzową, lecz jest nierówna, barwy ciemno-brunatnej, pokryta strzępami obumarłej błony śluzowej, unoszącymi się przy oddechu. Strzępy te usunięto szczypczykami. nierówną zaś powierzchnię guza lekko zeskrobano łyżeczką (Ringmesser). Guz sprawiał trudności wprowadzenia wziernika i kaniuli.

Dnia 24/VII powtórzono tensam zabieg, — w następstwie czego szpara oddechowa rozszerzyła się o tyle, iż można było tylko stwierdzić tylko nieznaczną różnicę w natężeniu szmerów oddechowych po obu stronach. Założono też dnia 25/VII zamiast długiej kaniuli elastycznej zwykłą krótką metalową Opierając się na pierwotnem naszem rozpoznaniu gruczołu oskrzelowego, przebijającego do tchawicy, sądziliśmy, iż zabiegi takie, jak skrobanie, przyspieszą opróżnienie treści guza. Od 25/VII nosiła chora już stale krótką rurkę; oddech był swobodny, różnica w szmerach oddechowych po obu stronach bardzo nieznaczna, chora czuła się o wiele zdrowszą i zupełnie swobodnie chodziła po ogrodzie szpitalnym. Dopiero dnia 30/VII wieczór nagle oddech się pogorszył. noc z powodu duszności bezsenna, nad ranem znaczne wzmożenie się duszności. Przywołany do chorej o godzinie $5^1/_2$ rano, zastałem ją już niemal bez oddechu: po przeniesieniu prawie już nieprzytomnej chorej do sali operacyjnej, wystąpił zaraz olbrzymi krwotok z tchawicy przez rurkę tracheotomijną, a po kilkunastu sekundach nastąpiła śmierć.

Sekcya dokonana w Zakładzie anatomo-patologicznym Prof. Browicza przez Prof. Ciechanowskiego wykazała: Budowa i odżywienie dobre; skóra nadzwyczaj blada, jak również błony śluzowe i wszystkie narządy. Tkanka podskórna bez zmian. W górnej części płatu dolnego płuca prawego znajduje się guzek serowaty, wielkości fasoli, otoczony torebką włóknistą. Zresztą w płucu prawem, również jak i lewem, zwłaszcza w częściach dolno-tylnych znajdują się wśród bardzo bladego miąższu liczne okołooskrzelowe, ciemno-czerwone, okrągławe, ostro odgraniczone, nad powierzchnię przekroju nieco wystające ogniska, wydzielające za uciskiem szczerą, czystą krew. Oskrzela zarówno grubsze, jak i drobniejsze wypełnione obficie krwią płynną i świeżymi skrzepami. Gruczoły oskrzelowe podobnie jak i gruczoły śródpiersia w części pylicowo zmienione, w części dość znacznie powiększone, szaro-różowe i nieco przeświecające: gdzieniegdzie wśród tego drobne guzki serowate. Pod klinem podziału tchawicy pakiet znacznie powiększonych gruczołów, twardych, przeważnie włóknisto zwyrodniałych, gdzieniegdzie czarno od złogów węgla zabarwionych.

Worek osierdziowy zawiera nieco cieczy surowiczej; osierdzie, nasierdzie gładkie, lśniące: serce nie powiększone, mięsień sercowy barwy brunatno-czerwonej, jędrny, tętnice wieńcowe zmian nie okazują.

Tętnica główna dość wązka, błona jej wewnętrzna gładka. Na przedniej ścianie aorty, $1^1/_2$ ctm. przed odejściem tętnicy bezimiennej, otwór wielkości groszku, prowadzący do tętniaka. W otoczeniu otworu jest ściana aorty na przestrzeni wielkości korony ścieńczałą i talerzykowato wypukloną.

Tętniak przedstawia się w postaci worka podłużnego, wielkości jaja kurzego. Długość jego zewnętrzna w kierunku pionowym wynosi 6 ctm., średnica zewnętrzna w płaszczyźnie poziomej 4 ctm. W bardzo grubej ścianie worka, mierzącej w miejscach najcieńszych około $1^1/_2$ ctm., złożonej z tkanki włóknistej bardzo zbitej, widać już gołem okiem zarysowujące się gdzieniegdzie pojedyncze, niewielkie gruczoły chłonne, dające się rozpoznać po czarnem lub szarawem zabarwieniu, pochodzącem od zawartych w nich złogów węglowych. Granice tych gruczołów gubią się nieznacznie w otaczającej je warstwowo tkance włóknistej. Od wewnątrz pokryta jest ściana tętniaka starym, warstwowym skrzepem krwi. Całość przedstawia się jakby wielki, silnie włóknisto i pylicowo zmieniony pakiet gruczołów, zawierający w samym środku stosunkowo niewielką jamę tętniaka. W jamie tętniaka widać przestrzeń wolną, wielkości orzecha laskowego; po wyjęciu zaś, skrzepów przyściennych dochodzi ona, mierząc w średnicy około 2—3 ctm., do wielkości orzecha włoskiego Tętniak wypełnia przestrzeń pomiędzy przednią ścianą początku łuku aorty, a prawą i przednią ścianą tchawicy i prawego oskrzela.

Jama tętniaka ma połączenie jednym małym otworem z tętnicą główną i dwoma różnej wielkości z tchawicą. Połączenie z tętnicą główną przedstawia się od strony aorty w postaci otworu wielkości groszku; otwór ten jest otoczony talerzykowatem zagłębieniem ściany tętnicy głównej, nieco mniejszem od korony; ściana aorty w obrębie tego zagłębienia jest ścieńczała. Otwór leży na przedniej ścianie aorty w odległości $1^1/_2$ ctm. przed odejściem tętnicy bezimiennej.

Do tchawicy prowadzą z tętniaka dwa otwory, jeden wielkości centa, zajmujący przednią i prawą ścianę tchawicy, zaraz ponad jej rozdziałem; drugi mały, drożny tylko dla cienkiego zgłębnika, leży na przejściu tchawicy w prawe oskrzele. Światło otworu większego wypełnione jest skrzepem krwi, wypuklającym się ku światłu tchawicy i zakrywającym wejście do oskrzela prawego; brzegi otworu nierówne poszarpane, tchawica w okolicy otworu, a mianowicie ściana jej prawa i przednia wypuklona ku wewnątrz.

Rozpoznanie sekcyjne: *Aneurysma arcus aortae cum glandulis lymphaticis mediastini concretum subsequente perforatione ad tracheam et haemorrhagia permagna. Anaemia acuta. Nodus caseosus tuberculosus incapsulatus lobi inferioris pulmonis dextri. Aspiratio sanguinis ad pulmones.*

Do badania mikroskopowego ściany tętniaka wycięto dwa kawałki, jeden obejmujący pół obwodu tętniaka ze ściany leżącej naprzeciw jego połączenia z aortą, a drugi podobnych rozmiarów z samegoż miejsca połączenia. Kawałki te, wycięte prostopadle do ścian, obejmowały całą jej grubość. Kawałki ustaliłem w formalinie 2%, stwardniłem w alkoholu i zatopiłem w celoidynie, a skrawki mikrotomowe grubości 15—20 m., barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem Van Giesona i sposobem Unny — Tänzera na włókna elastyczne.

Badanie skrawków z pierwszego kawałka wykazało: ściana tętniaka zawiera prawie w całej swej grubości gruczoły chłonne, porozdzielane pasmami tkanki łącznej włóknistej; ku wewnątrz gruczoły te w niektórych miejscach oddzielone są od skrzepów wyścielających tętniak, a więc od jego wewnętrznej powierzchni, dość cienką warstwą tkanki łącznej; w innych tkanka chłonna dociera aż do powierzchni wewnętrznej tętniaka i styka się bezpośrednio z jego światłem, wreszcie w niektórych miejscach w tkance chłonnej, stanowiącej bezpośrednio ścianę tętniaka, widać mniejszy, lub większy naciek, złożony z leukocytów. W najzewnętrzniejszych warstwach ściany poza gruczołami widać tylko tkankę włóknistą; włókien elastycznych i mięsnych niema zupełnie. W skrawkach z miejsca połączenia z aortą widać, że warstwy elastyczne ściany aorty zawijają się początkowo ku światłu tętniaka, równolegle do ścian jego szyjki, których jednak nie przekraczają, szybko cieńczejąc i w końcu zu-

pełnie ginąc tak, iż w ścianie samego worka włókien elastycznych zupełnie nie spotykamy.

Trudności rozpoznania w tym przypadku rzucają się odrazu w oczy. Wywiady wykazały: zamach samobójczy, dokonany przez pacyentkę przed pół rokiem zapomocą zapałek fosforowych i duszność, która miała się rozpocząć dopiero przed trzema tygodniami. Badanie przedmiotowe zaś chorej wykryło: bladość skóry, blizny na podudziu lewem, przyczynę duszności, t. j. guz w tchawicy, wreszcie przyspieszenie tętna. W sercu ani wypukowych, ani przysłuchowych zmian nie było. Pierwszy szczegół wywiadów, to jest trucie się fosforem pacyentki, zdawał się nie mieć żadnej wagi dla rozpoznania. Blizny na podudziu, tylko w przypadku, gdybyśmy znali ich tło, mogłyby do pewnego stopnia przyczynić się do rozpoznania; tło ich kiłowe bowiem, wspólnie z sprawdzeniem przyspieszenia tętna, przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian w sercu, musiałoby zwrócić uwagę naszą na tętnicę główną. Brakło nam jednego środka rozpoznawczego, to jest badania promieniami Roentgena, które, według dotychczasowych spostrzeżeń, w większej liczbie przypadków bywa wprost rozstrzygającem. Czy atoli w naszym przypadku badanie to rozstrzygałoby, wydaje się rzeczą wątpliwą. Tętniak bowiem, jak to sekcya wykazała, był niewielki, o grubych ścianach, pokrytych jeszcze na wewnętrznej powierzchni warstwą zbitego, starego skrzepu krwi, zmniejszającego znacznie i tak już małą jego pojemność do wielkości co najwyżej orzecha laskowego, wreszcie miał wązkie tylko połączenie z aortą; przypuszczać więc można, że pomimo stwierdzenia obecności guza promieniami Roentgena, wyróżnienie jego, jako tętniaka, na podstawie wszechstronnego tętnienia, zwłaszcza, że i guz tchawicy nie okazywał żadnego tętnienia, napotkałoby na nieprzezwyciężone przeszkody.

Przed tracheotomią nasunęły się nam trzy możliwości, a mianowicie: I. zserowaciały gruczoł przebijający do tchawicy; II. nowotwór śródpiersia i III. tętniak tętnicy głównej.

Przeciw tętniakowi przemawiały: młody wiek, wypuklenie prawej ściany tchawicy, w którym to kierunku tętniak wyjątkowo się rozwija, brak tętnienia samego guza, brak wszelkich objawów przysłuchowych, szybki rozrost guza. Za tętniakiem przemawiało do pewnego stopnia stałe przyspieszenie tętna wobec braku wszelkich zmian ze strony serca. Przeciw nowotworowi, oprócz braku porażenia nerwu błędnego, wprawdzie nic nie przemawiało, ale i nic wprost za nim.

Wobec tego za rzecz najprawdopodobniejszą uważać należało zserowacenie gruczołu oskrzelowego, uciskającego na tchawicę z dążnością przebicia do niej.

Sprawy te, jak wiadomo, występują przeważnie u dzieci. Zakażone prątkiem gruźliczym gruczoły oskrzelowe ulegają powiększeniu, zrastają się razem w jeden pakiet, w środku zaś powstaje często zserowacenie, wreszcie rozpad. Pakiet taki, zrósłszy się z otoczeniem, może albo wprost doprowadzić do przebicia zserowaciałego gruczołu do sąsiadujących jam, albo nawet do wytworzenia się nieprawidłowego dwustronnego połączenia tak, że np. pojedyncze naczynia, (żyły płucne, tętnica płucna, żyła główna gorna itd.) mogą uledz przeżarciu i następowo być źródłem krwotoku do oskrzeli, tchawicy, przełyku, albo może przyjść do wytworzenia się przetoki pomiędzy przełykiem, a tchawicą. Nerw zwrotny ulega w tych przypadkach porażeniu, mniej wskutek ucisku, niż wskutek rozwijających się w nim zmian zapalnych.

Ponieważ znane są liczne przypadki, w których gruczoły po przebiciu do tchawicy, lub któregoś oskrzela wywoływały natychmiastową śmierć z powodu zatkania dróg oddechowych masami serowatemi, przeto wobec naszego rozpoznania całe nasze usiłowanie zmierzało ku przeszkodzeniu temu. Mając bowiem chorą ciągle pod okiem po zrobieniu tracheotomii, chcieliśmy, gdy zagrażać będzie przebicie, przyspieszyć je odpowiedniemi zabiegami To też gdy badanie wziernikiem tchawiczym, wykonane dnia 21/VII, a więc dwa dni po tracheotomii, wykazało, że powierzchnia guza jest brunatnawo-czarno zabarwiona i pokryta martwiczymi strzępami, przystąpiono natychmiast do wyłyżeczkowania, starając się jaknajprędzej pod kontrolą wzroku przyspieszyć wypróżnienie treści guza.

Jak wiadomo, zabieg ten powtórzono jeszcze raz, poczem otwór o tyle się powiększył, że chora mogła z pomocą zwykłej kaniuli zupełnie dobrze oddychać. Wydawało się, że rozpoznanie z początku tylko przypuszczalne, stało się już stanowcze. Dopiero nagła śmierć skutkiem krwotoku wyjaśniła nam istotę cierpienia. Masa brunatno-ciemna, była więc zbitym skrzepem krwi, stanowiącym po oddzieleniu się rozpadłej martwiczo pod wpływem ucisku tubusa błony śluzowej, jedyną granicę pomiędzy jamą tętniaka wypełnioną płynną krwią, a światłem tchawicy. Dziwić się tylko należy, iż tak późno, t. j. dopiero po dziewięciu dniach przyszło do przebicia tej tak słabej granicy; powodem tego było prawdopodobnie nieznaczne ciśnienie krwi w tętniaku, czego przyczyną było znowu wązkie połączenie tętniaka z aortą.

Przy sekcyi, jak to już wspomniano, wykazano mały tętniak, otoczony grubą warstwą gruczołów chłonnych, leżących wśród silnie włóknisto zwyrodniałej, bardzo twardej tkanki łącznej, a w środku wypełniony zbitymi skrzepami krwi.

Zachodzi pytanie, jak powstał obraz makro- i mikroskopowy, wyżej opisany? czy pierwotną sprawą był nieznaczny, prawdziwy tętniak tętnicy głównej, który utorował sobie miejsce wśród gruczołów śródpiersia, a potem powiększył się przez pęknięcie w obrębie zmienionego ich pakietu? czy też pierwotnie powstały zmiany w gruczołach, bądź to zwyrodnienie serowate, bądź też rozmiękninie pylicowe z następowem przebiciem do aorty i wytworzeniem się tętniaka rzekomego.

Za pierwszem przypuszczeniem przemawiałoby to, że w tkance chłonnej, stanowiącej ścianę tętniaka, obok niezbyt znacznej pylicy węglowej zmian innych nie zdołałem wykazać. Według mego zdania prawdopodobniejszem jest jednak drugie przypuszczenie: tłómaczę sobie sprawę w sposób następujący: pierwotną sprawą była gruźlica płuca prawego i gruczołów śródpiersiowych (sekcya wykazała w niektórych gruczołach oskrzelowych rozsiane, drobne guzki serowate). Ognisko gruźlicze w płucach uległo niejako samoistnemu wyleczeniu, a przynajmniej otorbieniu, w jednym z gruczołów oskrzelowych przyszło do zserowacenia, a do zmian włóknistych naokoło innych gruczołów. Z serowatego, sąsiadującego z tętnicą główną gruczołu, przeszła sprawa gruźlicza na zewnętrzne warstwy jej ściany, wywołując tu zwiotczenie, wypuklenie ku gruczołowi, a w końcu i przedziurawienie pod ciśnieniem krwi najmniej opornego miejsca. Krew

podmywała potem powoli tkankę, torując sobie drogę wśród gruczołów, za czem przemawia to, że tkanka chłonna gdzieniegdzie bezpośrednio styka się ze światłem tętniaka. Prawdopodobnie równocześnie tosamo ognisko serowate docierało do ściany tchawicy, ztąd też napór krwi, torującej sobie drogę w kierunku najmniejszego oporu, z łatwością wypuklił ścianę tchawicy, doprowadzając jej tkanki zwolna do zaniku, a w końcu do przedziurawienia. Otrucie fosforowe, które, jak wiemy z wywiadów, denatka przed paru miesiącami szczęśliwie przebyła, o tyle mogło się przyczynić do przyspieszenia całej sprawy, iż wywołując znane zmiany w ścianach tętnic, a więc i aorty, ułatwiło ze swej strony w miejscu już i tak osłabionem, wypuklenie i przebicie ściany. Przeciwko temu tłómaczeniu nie przemawia też zachowanie się tkanki elastycznej, której ślad w samej tylko króciutkiej szyjce tętniaka, może być wynikiem poprostu wywinięcia się ściany aorty w chwili przedziurawienia. Przyjmując nawet pierwotny prawdziwy tętniak aorty, znaleźlibyśmy również w przebytem otruciu fosforowem nie mało ważny czynnik etyologiczny.

Zrozumiałym jest także błąd rozpoznawczy; tętniak (rzekomy, czy prawdziwy) niewielki, a do tego jeszcze wypełniony zbitym skrzepem krwi, połączony tylko małym otworem z aortą, otoczony grubą warstwą tkanki włóknistej, nie mógł też wywoływać żadnych objawów typowych, zwykłych przy tętniakach większych o cienkiej ścianie i w takich tylko razach się pojawiających. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Dalsze badania, dotyczące zasadowości krwi.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Witold Orłowski.

Badania, o których zamierzyłem donieść tymczasowo, stanowią dalszy ciąg poprzednich moich prac z dziedziny hematologii, ogłoszonych w „Przeglądzie lekarskim“ [1]). Badania te dotyczą związku, jaki zachodzi między stopniem zasadowości krwi i zawartością w niej krwinek białych. Pomijając w obecnej chwili nader skąpe dane, zaczerpnięte z piśmiennictwa, tembardziej, że one nie są dostatecznie uzasadnione, przytoczę na tem miejscu pokrótce wyniki własnych doświadczeń.

Wszystkie doświadczenia dokonałem na psach i ludziach; oprócz tego przeprowadziłem jeden szereg doświadczeń na królikach. Zbadawszy najpierw morfologiczny skład krwi i jej zasadowość, wywoływałem następnie hiperleukocytozę, która w niektórych doświadczeniach wynosiła prawie 75%. Dla otrzymania hiperleukocytozy używałem różnych sposobów w celu ustrzeżenia siebie od przypadkowej jednostajności w wahaniach liczby krwinek białych i stopnia zasadowości krwi. W jednym więc szeregu doświadczeń wywoływałem hiperleukocytozę, wstrzykując psom i ludziom niektóre przetwory chemiczne, mianowicie sperminę i pilokarpinę, w drugim szeregu prowadziłem badania krwi w czasie hiperleukocytozy trawiennej, wywołanej spożyciem obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych; w trzecim szeregu otrzymywałem hiperleukocytozę, zakażając króliki jadowitemi hodowlami wąglika, lasecznika okrężnicy i dwoinek Fränkla; wreszcie badałem stan krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi, przebiegającemi z hiperleukocytozą. Na podstawie wszystkich tych badań przyszedłem do wniosku, że nawet znaczne wahania liczby krwinek białych nie wywierają wyraźnego wpływu na stopień zasadowości krwi.

Tym wynikiem nie ogranicza się jednak znaczenie niniejszej mojej pracy. Doświadczenia z zakażeniem królików jadowitemi hodowlami drobnoustrojów, jak również badania krwi ludzkiej w chorobach zakaźnych, pouczają nas, że ustrój uporczywie utrzymuje zasadowość krwi na stałej stopie, jak to wykazałem również w poprzednich pracach. Fakt ten, zdaniem mojem, przemawia za doniosłem znaczeniem zasadowości krwi w ustroju.

Szczegółowy opis doświadczeń na zwierzętach, jako też badań klinicznych, zostanie przytoczony w niedalekiej przyszłości.

[1]) »Przegląd lekarski« 1901, Nr. 18, 29—30 i 1902, Nr. 1—3. Patrz również »Wracz« 1901. Nr. 11, 30, 39—40 i 43 i »Noorden's Centralblatt f. d. Stoffwechsel und Verdauungskrankh.«, 1902, Nr. 2, i 5.

III. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

Z porównania obu tych dróg ze sobą wynika, że mają odrębne i prawie wręcz sobie przeciwne własności, że się uzupełniają, a nie wzajemnie wykluczają. Wobec danego przypadku prawie mowy być nie może o dowolnym wyborze drogi operacyjnej, ale mając dwie drogi o różnych własnościach, obu w różnych przypadkach z wielką korzyścią używać możemy.

Doświadczenie i zręczność operatora, wyniki operacyjne uzyskane pewną drogą, mogą go wprawdzie skłaniać w różnych przypadkach ku jednej lub drugiej drodze; w każdym jednak razie rozstrzygającą musi być jakość i stan zmian patologicznych, jako też cel, który wśród zabiegu osiągnąć chcemy.

Które i w jakim stanie będące zmiany patologiczne nadają się dla jednej lub drugiej drogi, to temat bardzo rozległy; sądzę jednak, że łatwo daje się ująć w pewne ogólne prawidła, które w szczególnych przypadkach mogą mieć zastosowanie.

Otwarcia powłok brzusznych wymagać będą przedewszystkiem wszelkie guzy większych rozmiarów, które są albo bardzo mało dostępne od strony pochwy, albo też wręcz są niedostępne, a które wśród zabiegu usunąć chcemy; dalej zmiany położone zbyt odlegle od macicy i pochwy; przypadki, w których się domyślamy zrostów z narządami sąsiednimi, szczególniej wyżej położonymi; przypadki, w których spodziewamy się znaczniejszego krwotoku i sądzimy, że będziemy musieli poszczególne naczynia podwiązywać; również przypadki, gdzie możemy przypuszczać, że w szerszym zakresie operować nam przyjdzie; wszystkie przypadki, w których potrzebujemy ścisłej kontroli wzroku; wreszcie

przypadki, w których usunąć chcemy doszczętnie zmiany patologiczne nieco pojemniejsze.

Przez pochwę dają się operować przedewszystkiem wszelkie przypadki, w których zmiany patologiczne leżą w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub też tylko nieznacznie przekraczają jej obręb; przypadki, w których chcemy mieć na macicy tylko miejsce przyczepienia; bardzo małe guzy przydatków macicy na długich szypułach, dobrze ruchome, o których przypuszczamy, że nie są połączone zrostami z narządami sąsiednimi. Przez pochwę dalej możemy wycinać niezbyt pojemną i dobrze ruchomą macicę. Tutaj nadają się wreszcie przypadki, w których chcemy ułatwić odpływ cieczom patologicznym, nagromadzonym w narządzie płciowym lub jego sąsiedztwie, a w których takie odprowadzenie może prowadzić do wyleczenia.

Z uwag tych wynika, że wszystkie tu należące ginekologiczne sprawy patologiczne, które wymagają zabiegów operacyjnych, dadzą się podzielić na trzy kategorye, a mianowicie: 1) na takie, które możemy operować tylko od strony jamy brzusznej (wielkie zbite guzy, rozległe sprawy chorobowe i te, które niezbędnie pod kontrolą wzroku operować chcemy); 2) na takie, które się nadają wręcz do wykonania przez pochwę, zatem zmiany chorobowe, umiejscowione w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub łatwo przystępne zmiany przydatków macicy; wreszcie 3) na takie, które mogą być operowane już to od powłok brzusznych, już też od strony pochwy.

Ze względu na wzajemny stosunek dróg operacyjnych głównie obchodzić nas mogą te ostatnie przypadki i nad nimi wypada nam się też zastanowić.

Torbiele jajnikowe, zwykle operowane od strony powłok brzusznych, nawet bardzo pojemne, udaje się czasem usunąć przez pochwę, jeżeli mamy do czynienia z torbielem jajnikowym jednokomorowym o ścianach cienkich, jeżeli niema zrostów z siecią, z jelitami i innymi narządami położonymi w jamie brzucha. Zrosty takie mogłyby być powodem nieudania się zabiegu i nabawić operatora wiele kłopotu. Jak doświadczenie poucza, wyjątkowo tylko można takie zrosty na pewno wykluczyć; zatem udanie się operacyi przez pochwę w przypadkach torbieli jajnikowych może być tylko rzeczą szczęśliwego zbiegu okoliczności i dlatego też sądzę, że te przypadki tylko w wyjątkowych razach do operowania przez pochwę nadawać się mogą.

Schorzałe jajniki i schorzałe przydatki macicy możemy operować przez pochwę. Ciało macicy możemy wydobyć przez przednie sklepienie pochwowe z otwartej jamy otrzewnowej prawie przed części rodne zewnętrzne i sprowadzić przed oczy przydatki macicy, a tem samem wykonać na nich różne zabiegi. Zabiegów takich wykonano bardzo wiele, a pod względem technicznym na pozór nie przedstawiają trudności. Sposobem tym można wykonać wytrzebienie, operować ograniczone zmiany trąbkowe, jak n. p. bardzo wczesną ciążę trąbkową i t. d. O ile mnie atoli doświadczenie pouczyło, nie radzę tą drogą wydobywać przydatków zmienionych sprawami zapalnemi. W jednym przypadku, operując w ten sposób, napotkałem trąbkę i przydatki tak kruche, zrostami tak umocowane w miednicy, że tylko z największą trudnością udało mi się je usunąć. Wśród zabiegu myślałem wciąż o tem, aby operacyę dokończyć drogą przez powłoki brzuszne; prócz tego po sprowadzeniu przydatków macicy do tego stopnia, żem mógł na nich zabiegu dokonać, byłem w obawie, że przyjdzie do krwotoku wewnętrznego z części, naderwanych ściąganiem. Po operacyi chora miała się dobrze, bez powikłań wyzdrowiała, ale ja nieradbym się imać po raz wtóry takiego przypadku.

Krwistek pozamaciczny należy do zmian, operowanych bądź to od strony powłok brzusznych, bądź też od pochwy, a operatorowie w tym względzie dzielą się na dwa obozy. Jeżeli się jednak nad sprawą sporną zastanowimy, to w tem cierpieniu wcale nie idzie o wybór drogi operacyjnej, ale zupełnie o co innego, gdyż idzie o dwie odrębne operacye, mające zupełnie różne znaczenie. Jeżeli operujemy krwistek pozamaciczny przez powłoki brzuszne, wyłuszczamy cały guz krwawy wraz z jego otorbieniem, usuwamy reszty jaja płodowego i schorzałe przydatki macicy. Wykonujemy zabieg, który usuwa zmiany patologiczne doszczętnie, a chora, jeżeli się po zabiegu ma dobrze, zostaje w kilkanaście dni zupełnie wyleczoną. Jeżeli operujemy przez pochwę, otwieramy torbę krwisteku, wypróżniamy go mniej lub więcej dokładnie, usuwamy jajo płodowe lub jego części, jeżeli się w krwisteku znachodzą, pozostawiamy otorbienie wraz z schorzałymi przydatkami. Niektórzy autorowie radzą schorzałe przydatki ściągnąć do otworu, podwiązać i usunąć. Usunięcie takie nie zawsze się udaje, może być czasem niebezpieczne i prowadzić do śmiertelnego krwotoku. Ginekologowie, operujący krwistek pozamaciczny nawet najdoszczętniej od strony pochwy, pozostawiają znaczną część zmian patologicznych, które dopiero po pewnym czasie ulegają wessaniu. Za pomocą takiego zabiegu, wykonanego przez pochwę, zyskujemy bardzo wiele, bo skracamy trwanie leczenia z przewidywanych miesięcy na tygodnie, ale nie usuwamy cierpienia doszczętnie. Jeżeli istnieje między operatorami rozdwojenie co do tej sprawy, to idzie tylko o to, czy ten lub inny zabieg będzie dla chorej korzystniejszy, a nie o to, czy ta lub inna droga operacyjna lepsza. W przypadkach krwisteku pozamacicznego czasami jesteśmy zmuszeni do wykonania zabiegu operacyjnego; w przypadkach takich wybór zabiegu i obranie drogi zależy od celu, jaki osiągnąć chcemy, oraz od warunków, w jakich operujemy. Jeżeli mamy świeży przypadek krwisteku, jeżeli guz wciąż wzrasta i wzrasta niedokrewność, grozi krwotok wewnętrzny, to sądzę, że żaden operator nie będzie w takim razie operował od pochwy, a tylko od powłok brzusznych, każdy otworzy jamę otrzewnową, dojdzie do miejsca krwawiącego, podwiąże, usunie przydatki, guz krwawy i otorbienie. Jeżeli zaś mamy krwistek dawno istniejący, chora poczyna gorączkować, guz staje się bolesny, przypuszczamy, że krwistek przechodzi w ropienie, nikt sądzę nie będzie go operował od powłok brzusznych, ale wszyscy będą się starać wypuścić treść krwisteku od strony pochwy. Tutaj niema dowolnego wyboru drogi operacyjnej, tylko operujemy tą drogą, którą nam stan zmian patologicznych wskazuje. W przypadkach, w których możemy wybierać, wybieramy nie drogę operacyjną, ale raczej sposób mniej lub więcej doszczętnego operowania.

Do zmian patologicznych, które obu temi drogami operujemy, należą w dalszym ciągu włókniako-mięśniaki macicy. Wielkie guzy operujemy od strony powłok brzusznych, wyłuszczamy je ze ściany macicy, albo wycinamy je wraz z częścią nadpochwową lub wreszcie wycinamy macicę całkowicie wraz z guzami. Guzy mniej pojemne operujemy od strony

pochwy; jeżeli są pojedynczo w ścianach macicy podśluzowo lub śródściennie położone, to je wyluszczamy, a w razie gdy ich jest więcej, wycinamy wraz z niemi macicę całkowicie. Wyłuszczenie włókniaka lub wycięcie macicy obarczonej włókniakami, bez względu na to, czy wykonane drogą od strony pochwy lub od strony powłok brzusznych, przedstawia zawsze jeden i ten sam zabieg równie rozlegle wykonany. W przypadkach tych nie idzie o wybór zabiegu operacyjnego, lecz o wybór drogi, którą operować mamy.

Włókniako-mięśniaki należą do guzów bardzo wolno wzrastających, które w zwykłych warunkach żadnych spraw zapalnych nie wywołują, dlatego też w tych przypadkach zwykle zrostów nienapotykamy. Tylko włókniaki podotrzewnowe, długo uszypulowane, łatwo ruchome, skłonne do skrętów szypuły, albo powiklane ze sprawami zapalnemi, przedstawiają stosunki niepomyślne, t. j. zrosty, co zwykle rozpoznać możemy. W zwykłych niepowikłanych przypadkach szeroko osadzonych włókniaków macicy, guzy wzrastają powoli i podnoszą się wraz z macicą ku górze i w miarę wzrostu rozciągają i wydłużają przydatki macicy. Jeżeli guz taki przez pochwę wydobyć się da, z przydatkami macicy nie mamy kłopotu.

Rozmiary macicy, umiejscowienie włókniaków i ich postać rozstrzygają o wyborze drogi operacyjnej; — dlatego, jak powyżej powiedziano, jeżeli włókniak bardzo duży, szczytem sięga ponad pępek, albo jeżeli rośnie na bok i domyślamy się, że zmienia bardzo stosunki topograficzne, jest mało ruchomy, albo sie obawiamy zrostów, operujemy go od strony powłok brzusznych. Jeżeli jest mały, dobrze ruchomy, nie wywołuje znaczniejszego zniekształtnienia macicy, jeżeli postać mniej więcej zbliżona do kuli i zrostów się nie spodziewamy, operujemy go od strony pochwy.

Zręczność operatora odgrywa tutaj znaczną rolę; wiemy n. p., że francuzi w operowaniu włókniaków od strony pochwy doszli do doskonałości i usuwają przez pochwę guzy, sięgające szczytem po nad pępek, a posługują się wśród zabiegów kawałkowaniem guza lub macicy.

Ponieważ, jak to powyżej powiedziano, wszyscy na to się godzą i doświadczenie to stwierdza, że operowanie przez pochwę jest mniej niebezpieczne, że co do śmiertelności, tą drogą otrzymujemy wyniki lepsze, musimy do tego dążyć, aby mięśniako-włókniaki macicy o ile możności operować przez pochwę. Tylko techniczne trudności mogą nas od drogi pochwowej powstrzymywać, dlatego też nauka musi do tego dążyć, aby te techniczne trudności usuwać, abyśmy mogli tą drogą operować coraz to większe włókniaki i coraz więcej przypadków.

Z ostatnich czasów mamy do zanotowania znaczny postęp w tym kierunku w metodzie Doederleina. Za pomocą tej metody, operując od tylnego sklepienia pochwowego i wyłaniając przez nie macicę, możemy wycinać włókniaki maciczne nawet znaczniejszych rozmiarów. Za pomocą tej metody dają się wydobywać macice, które się przez przewód miednicy przeprowadzić dadzą. Jeżeli podczas badania przekonam się, że macica daje się wraz z guzem z jamy brzucha wtłoczyć przez wchód miednicy do jej jamy, jestem gotów wyłuszczyć ją przez pochwę.

Połączenie metody kawałkowania guzów ze sposobem operowania według Doederleina dozwala nam te granice jeszcze więcej rozszerzyć. Sposobu połączenia tych metod próbowałem z bardzo dobrym wynikiem. (Dok. nast.).

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. I. M. Judt: **Żydzi jako rasa fizyczna. Analiza z dziedziny antropologii.** (Z zapomogi kasy imienia Dra S. Mianowskiego. Warszawa. Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka. 1902. Str. VII—189)

Zarząd Kasy im. Mianowskiego wydał sobie bardzo chlubne świadectwo przez wydanie dzieła Judta. Polskiemu zaś piśmiennictwu lekarskiemu wyświadczyła się tym przekładem wielka przysługa, która przewyższa stanowczo tę, wątpliwej wartości, jaką się osiąga przez przyswajanie naszej literaturze przekładów dzieł przystępnych w oryginale dla każdego inteligentnego lekarza. Mamy tu na myśli przekład Celsusa, Cohnheima, Haesera i inne, które, jeżeliby były nawet najznakomitszymi, nie mogą być uważane za wzbogacenie polskiego piśmiennictwa.

Rozpatrując się w dziele Judta, przychodzimy do przekonania, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem niezwyklem, które niejednego badacza pobudzi do ponownego zbadania rzeczy, uważanych do dnia dzisiejszego za niezmienne, niemal za pewniki. Badania Judta, przeprowadzone z ogromną wytrwałością, wielkim nakładem kosztów i czasu, kazały mu wystąpić z odważnem twierdzeniem, z którego wynika, że żydzi nie należą pod względem antropologicznym do rasy semickiej, lecz że trzeba ich z dotychczas zajmowanego stanowiska wyprzeć i z gromady śródziemnomorskiej *(homo mediterraneus)* przenieść do bliższej mu gromady himalajskiej *(homo alpinus)*. Typ ten wyróżnia się, jak wiadomo, czaszką krótko- i pośredniogłową, twarzą szeroką, włosami płowymi, oczami siwemi i wzrostem średnim; przebywa na ogromnej przestrzeni między Alpami z Zachodu a Himalajami ze Wschodu. Myliłby się jednak, ktoby chciał w tem upatrywać tożsamość cech fizycznych żydów a innych gromad etnicznych, należących do tego pnia. Tu idzie tylko o zasadnicze pokrewieństwo pomimo niektórych cech rozbieżnych, lecz mniej ważnych. Tej rozbieżności nie należy uważać za wytwór czasów późniejszych, t. j. czasów rozprószenia, lecz powstała ona, — co się może na pozór dziwnem wydawać, w epoce przedhistorycznej i starożytnej. Żydzi bowiem ulegali, — jak to Judt twierdzi, znacznemu krzyżowaniu w Palestynie, podczas gdy na ogromnym terenie późniejszego rozprószenia zachowali względną czystość rasową. To na pozór dziwne twierdzenie tłomaczy Judt w ten sposób: Palestyna i Syrya, to areny długoletniego etnicznego zetknięcia się, gdyż przez nie bieży droga ludów z Europy do Azyi i odwrotnie. Taki ruch ludów musiał wycisnąć wybitne piętno na mieszkańcach późniejszego państwa żydowskiego, którzy w czasach dzisiejszego rozproszenia pomimo rozmaitości terenu geograficznego przedstawiają typ stosunkowo bardzo jednolity. Jednolitości tej nie mogli oni nabyć w Europie, której ludność rdzenna przedstawia pod względem rasowym tak rozmaite cechy. Obok jednolitości rasowej wytworzyła Palestyna w żydach i jednolitość duchową, na którą nie bez wpływu pozostają pewne pierwiastki cielesne, jak kształt nosa, oprawa oka, kształt podbródka, kości policzkowych itd. Te pierwiastki cielesne wytworzyły się w epoce starożytnej; Judt przypisuje znaczenie w tym kierunku jednobóstwu (monoteizmowi), odmiennemu ustrojowi społecznemu i państwowemu, warunkom etnicznym, a do pewnego tylko stopnia „ghettu“ i oświacie europejskiej.

Ciągła trwoga o byt w czasach średniowiecznych, stosunki nowożytne i niedola ekonomiczna zrobiły z dawnego żyda człowieka o wązkiej klatce piersiowej, o zwiotczałych mięśniach i bladej cerze. To też stosunki wytworzyły z niego

typ człowieka, w którego wzroku i fizyognomii przebija się smętność i posępność duchowa.

Te zapatrywania Judta tłomaczą bardzo podobieństwo żyda dzisiejszego do żyda doby starożytnej, jako też nie mniej podobieństwo fizyognomiczne żydów dzisiejszych do wielu ludów aryjskich Azyi zachodniej. Te bowiem ludy stanowiły najprawdopodobniej owe gromady, które się złożyły na ukształtowanie się żydów jako rasy w najdawniejszej starożytności, 4000 lat temu.

Te są najważniejsze spostrzeżenia, które w pięknej książce Judt zebrał, a które, chcąc należycie ocenić i przedyskutować, należałoby za nim krok w krok postępować, na co jednak nie pozwalają szczupłe ramy sprawozdania. Wydanie dzieła i ilustracye należy uważać pod każdym względem za wzorowe. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Betmann. **Liszaj krtani, oraz uwagi nad liszajem występującym w związku z miesiączką.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1902). Autor opisuje przypadek pojawienia się liszaja u pacyentki, leczonej przed dwoma miesiącami z powodu wtórorzędnego przymiotu. Pęcherzyki liszaja wystąpiły w krtani, z jednej strony na skrzydle nosowem i po tejsamej stronie pod szczęką. Towarzyszące objawy były ciężkie, wystąpiła duszność, utrudnione przełykanie i zmiana głosu. Po ukończeniu miesiączkowania przypadłości ustąpiły same. Przy następnych miesiączkach pojawił się znowu liszaj, ale nie zajmował już krtani, tylko usta, twarz i części rodne. *P.*

F. Mendel (Essen). **O ostrym obrzęku ograniczonym.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 48). Quincke w roku 1882 opisał dokładnie chorobę, którą wprawdzie już dawniej inni autorowie spostrzegali i oznaczył ją, jako ostry obrzęk ograniczony *(oedema acutum circumscriptum)*. Obrzęki ograniczone skóry i tkanki podskórnej bez żadnego, lub tylko z lekkiem zaczerwienieniem występują najczęściej na kończynach, szczególnie w otoczeniu stawów, lecz także na tułowiu i twarzy, a nieraz i na błonach śluzowych. Obrzęki zjawiają się i znikają w przeciągu kilku godzin, najwyżej kilku dni, lecz często się powtarzają. Przytem objawy ogólne są tylko lekkie, lub wcale nie występują. Dopiero w ostatnim czasie ogłoszone zostały trzy przypadki choroby Quinckego, gdzie z powodu zajęcia ostrym obrzękiem ograniczonym krtani i tchawicy nastąpiło zejście śmiertelne, podczas gdy dotychczas wszyscy z powodu rychłego znikania opuchlin uważali chorobę bez wyjątku za dobrotliwą.

Autor spostrzegał dość rzadką chorobę Quinckego u trzech członków pewnej rodziny, która już w czwartem pokoleniu jest nią nawiedzona i to z bardzo złośliwym przebiegiem. Dziewczyna wiejska, 18-letnia, zresztą zupełnie zdrowa, zapada od najwcześniejszej młodości w okresach nieregularnych na znaczne obrzęki różnych części ciała, oraz błony śluzowej jamy ustnej i powiek, które szybko występują i znikają, nie zostawiwszy śladu żadnego, lecz niekiedy utrzymują się także przez 5—8 dni. Obrzęki występują albo bez wszelkiej przyczyny, albo po lekkim urazie, podczas kiedy w innych okresach uszkodzenia podobne nie mają żadnych następstw. Sposób odżywiania, natężenie i wzruszenie, miesiączkowanie, pory roku, zimno i ciepło nie mają żadnego wpływu. Podczas napadów dziewczyna była zresztą najzupełniej zdrowa, bez jakichkolwiek objawów nerwowych, w moczu nie było białka ani cukru, na reszcie skóry nie stwierdzono dermografii, ani śladu pokrzywki, lub innych wysypek rumieniowych. M. stosował aspirynę, gorącą herbatę lipową i starał się podawaniem wody gorzkiej i ciepłem przykrywaniem w łóżku pobudzić działanie potne i odciągające drogą jelit; pod wpływem tego leczenia znaczne obrzęki o wiele rychlej znikały, niż przedtem. Prócz tego podawał on chorej przez dłuższy czas 3·0 aspiryny dziennie i przez cały ten czas, a nawet cztery tygodnie po cofnięciu środka, napady nie wracały, mimo że w ostatnich latach przerwy nigdy nie były tak długie.

Pradziadek dziewczyny, jego syn i córka (babka chorej), oraz jedna córka i syn babki (ojciec chorej) cierpieli przez całe życie na tę chorobę i zmarli wśród objawów uduszenia; dwaj bracia chorej są wolni od tej choroby. Brat babki pozostawił 4 dzieci, z tych jedna córka była zdrowa, jeden syn uległ tej chorobie, a dwaj inni, w 51 i 48 roku życia, obecnie prawie co tygodnia cierpią na ostre obrzęki w ciągłej trwodze przed śmiercią z uduszenia, która groziła im już kilkakrotnie, jeśli szyja, twarz i jama ustna były zajęte obrzękiem; wtedy, jak twierdzą, przystawienie znacznej liczby pijawek (do 15) wyratowało ich od śmierci. Starszy z braci, zresztą zdrów, podaje, że opuchliny w młodości rzadziej się zdarzały, a raz po silnym i długotrwałym nieżycie żołądka i kiszek nawet przez lat 16 był wolnym od napadów. Napady poprzedza u nich znużenie, niespokój, bezsenność i jeśli w tym okresie nastąpi uraz (uderzenie, zimno lub gorąco, wilgoć), na jaką część ciała, wtedy napewno obrzęk powstanie w tem miejscu, podczas gdy w innych okresach takie uszkodzenia przechodzą bez jakichkolwiek skutków. W ostatnich latach także przewód pokarmowy podlega napadom, objawiającym się wymiotami czysto-jasnego płynu, wzdęciem i bólami brzucha tak, że chory musi pozostać w łóżku. Jeśli po zażyciu środka wypróżniającego lub samoistnie wystąpi rozwolnienie lub obfite wymioty, objawy te ustępują powoli i napad ustaje. Z 12-tu osób rodziny cierpiało więc na tę chorobę 9, sześcioro jej uległo, a los żyjących jeszcze trzech członków również może nie będzie lepszym, tembardziej, że w wieku późniejszym napady są częstsze i o wiele silniejsze i np. objawy żołądkowo-jelitowe występują zwykle dopiero po 30-tym roku życia.

Choroba Quinckego jest chorobą swoistą, dziedziczną, od której należy odróżnić obrzęki ograniczone, występujące w przebiegu różnych chorób nerwowych (macinnica, syryngomyelia, migrena i inne) i osutki toksyczne, występujące po stosowaniu różnych środków leczniczych. Z pokrzywką ma ta choroba tyle wspólnego, że naciek występuje nagle, lecz swędzenia towarzyszącego zawsze pokrzywce w ostrym obrzęku ograniczonym wcale niema, lub w bardzo nieznacznym stopniu, a wykwity pokrzywki, które rzadko dochodzą do takich rozmiarów, jak w ostrym obrzęku, są zwykle czerwone. Prawie wszyscy autorowie uważali tę chorobę za nerwicę naczyniową. M. natomiast uważa ją za samozatrucie prawidłowymi przetworami gnicia w jelitach, które u tych osobników, dziedzicznie usposobionych, działają jako środki limfopędne, podobnie jak wyciągi, które Heidenhain otrzymał z raków i ostryg, działają jako środki limfopędne i wywołują dlatego u osobnikow usposobionych surowicze nacieki błon śluzowych i skóry. Z tego powodu dłuższy nieżyt żołądka i jelit z obfitemi wypróżnieniami wywołuje dłuższą przerwę w napadach i różni autorowie zgodnie zeznają, że przez przyspieszone wypróżnienia i desinfekcyę jelit nietylko skrócić można pojedyncze napady, lecz także zapobiedz im na czas dłuższy. Także działanie skuteczne aspiryny tłómaczy autor jej działalnością przeciwgnilną na treść jelitową. Te zatrucia przetworami gnilnymi powtarzają się w okresach regularnych lub nieregularnych i wtedy właśnie już lekkie urazy wystarczają, by w częściach obwodowych wywołać surowicze naciecznie tkanek. M. oddziela zatem ostry obrzęk ograniczony od nerwic naczynioruchowo-odżywczych i uważa go za samozatrucie, które to pojmowanie sprawy nasuwa też leczenie skuteczne tej choroby uciążliwej, a często i niebezpiecznej. *Dr. Fels.*

Landerer. **Operacyjne leczenie gruźlicy płuc.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). L. operował dziewięć przypadków, z tych trzy były dawniej operowane i to doryweczo, bez wytkniętego z góry celu; po rozpoznaniu jamy w płucu dostawał się do niej i sączkował; przetoki jednak nie goiły się łatwo, a chory był narażony na tę ustawiczną przykrość, że wydzielina odpływała przetoką. Rany te nadto goją się bardzo źle; aby temu zapobiedz, dąży L. do jak najszerszego rozwarcia tych ran i wypełnienia ich torakoplastyką. Zdaniem autora powinno się operować te przypadki, gdzie gruźlica jest przewlekłą i wolno postępującą; ostre przypadki nie nadają się do operacyi z powodu następstw, wywołanych utratą krwi. Najgorsze rokowanie daje gruźlica dolnych płatów, może z powodu częstych powikłań gruźlicy z zapaleniem otrzewnej. Powinno się operować możliwie szybko; przy uważnem operowaniu można uniknąć krwotoków; należy operować szeroko, wycinając o jedno żebro więcej, niż sięga granica jamy w płucach; nie źle jest też ranę zeszywać. Zależnie od położenia jamy robi się torakoplastykę. Unikać należy okolicy serca i wielkich naczyń, by nie powstawały blizny tętniące, bardzo bolesne. Za bardzo dzielny, bo sprowadzający szybsze zabliźnienie i poprawę, uważa autor hetol. *B. Żmigród.*

Gebauer. **Przyczynek do kazuistyki leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). Przypadek autora, zakończony zgonem, tyczył się kobiety, u której wystąpiły objawy niedrożności jelit: brak stolca i wiatrów, wymioty kałowe, tętno małe, wyżej 100 uderzeń na minutę i t. d. Chora żadną miarą nie chciała się zgodzić na operacyę, wobec czego G. wstrzyknął w pierwszych 24 godzinach 0,004 atropiny, co sprowadziło poprawę podmiotową. Lekkie objawy zatrucia atropiną ustąpiły po wstrzyknięciu morfiny. Wysokie lewatywy były bezskuteczne, jednak po tem wstrzyknięciu atropiny względnie mała ilość olejku rącznikowego sprowadziła wypróżnienie, przyczem stolec był

miękki, bez śluzu i krwi. Brak kamieni kałowych w oddanym stolcu świadczyłby przeciw nim, jako przyczynie zamknięcia światła jelita; brak krwi i śluzu przeciw wpochwieniu jelita. Przeciwko poraźnej zaś niedrożności jelit przemawiałby brak przyczyn, wchodzących w grę, jak zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, uraz itp. Pozostawało więc skręcenie jelit około osi, lub zawęźlenie jelit, coby wskutek leczenia dało się usunąć. Mimo wielkiej nawet ilości atropiny w czwartym dniu, bo aż 0.0075 w 24 godzinach, nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcyi G. nie robił, gdyż rodzina nie pozwoliła. Świadczyłoby to więc, że atropina jest bezskuteczną w niedrożnościach jelita, wywołanych mechanicznie; a więc w przypadkach, gdzie czynnik mechaniczny z pewnością, lub z wszelkiem prawdopodobieństwem nie może być wykluczonym, nie powinna operacya żadną miarą ustąpić pola próbom wstrzykiwania atropiny. *B. Żmigród.*

Schüller. **Trzy przypadki porażenia ramienia w połogu. Uwagi o stosunku tego porażenia do wrodzonej szyi skośnej.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37, 1902). W przypadku pierwszym spostrzegał autor w $2^{1}/_{2}$ lat po porodzie miednicowym szyję skośną po stronie prawej i typowe porażenie Duchenne-Erba nerwów ramienia prawego. W drugim przypadku po porodzie kleszczowym i wydobyciu hakiem ramienia — porażenie kończyny górnej prawej. W trzecim — również po porodzie kleszczowym, szyję skośną po stronie lewej i porażenie ręki lewej. We wszystkich trzech przypadkach brak oddziaływania na prąd elektryczny występował bardzo wcześnie, co zdaniem autora pochodziło ztąd, iż mięsień młody ulega znacznie szybciej zwyrodnieniu. Związek między wrodzoną szyją skośną a porażeniem ramienia tłómaczy autor ciężkim zabiegiem podczas rozwiązania. Zbyt gwałtowne rozwiązanie sprowadzało równocześnie rozerwanie ścięgien mięśnia zginacza głowy i zmiażdżenie splotu nerwowego ręki. *P.*

G. Alexander i B. Reko. **W sprawie wyzyskania odczynu rodanowego śliny w chorobach usznych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 42, 1902). Autorowie badali zawartość rodanu w ślinie w przebiegu chorób usznych u 85 chorych i znaleźli: 1) brak rodanu w ślinie w większej części przypadków przewlekłego ropienia usznego, zupełny zaś brak zaraz po operacyi doszczętnej; 2) brak rodanu w większej części przypadków ostrego zapalenia ropnego uszów; 3) obniża zawartość rodanu ostre zapalenia nieżytowe ucha; 4) cierpienia ucha zewnętrznego i ślinianki przyusznej nie mają żadnego wpływu na wydzielanie się rodanu w ślinie. Ponieważ struna bębenkowa zaopatruje śliniankę pod żuchwową i podjęzykową, nerw zaś bębenkowy śliniankę przyuszną, to brak rodanu w wymienionych chorobach tłómaczy się zapalnem podrażnieniem n. bębenkowych. Wnioski: 1) w chorobach usznych brak rodanu w ślinie ma znaczenie rozpoznawcze, przemawiające za zajęciem ucha środkowego. 2) Ponowne pojawianie się rodanu w ślinie kilka tygodni po operacyi doszczętnej cechuje niepowikłany przebieg pooperacyjny. 3) Obustronne zniszczenie splotu bębenkowego może spowodować trwały brak rodanu. 4) Ogólnego znaczenia dla rokowania odczynowi rodanu w chorobach usznych przypisać nie można. *Spira.*

Pinkus. **Stosunek przyżegania gorącą parą, lub gorącem powietrzem do skrobanki i ich czynniki lecznicze.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 4, 1902). Skrobaczka nie jest narzędziem, usuwającem na pewno krwotoki maciczne. Gdy więc kilkakrotna skrobanka nie pomagała, uciekano się w przypadkach uporczywych do wyjęcia macicy. Od czasu, gdy autor wprowadził do leczenia tych krwotoków swój przyrząd (waporyzator), — granice tej doszczętnej operacyi zostały znacznie ograniczone. Przyżeganie gorącą parą, lub gorącem powietrzem (*atmo-* albo *zestokausis*), wykonana biegle, jest zabiegiem bezwątpienia łagodniejszym i prostszym, aniżeli skrobanka, — a przy wyrobionej technice w obchodzeniu się z przyrządem i przy odpowiednim doborze przypadków, złe wyniki wprost są wykluczone. Prócz tego przy skrobance powstają świeże rany, stanowiące otwarte bramy dla drobnoustrojów, których możliwość jest wykluczona przy leczeniu gorącą parą. Dodatnią stroną wreszcie tej metody jest i to, że leczenie następowo staje się zbyteczne, po skrobance zaś konieczne. Autor nie jest przeciwnikiem skrobanki, ale uważa obie te metody, jako uzupełniające się, to znaczy, że często należy obie łączyć. Powinno być właśnie zasadą, że przed każdem przyżeganiem gorącą parą, lub gorącem powietrzem należy zbadać jamę macicy palcem i wykonać skrobankę próbną. Pożądaną jednak jest przerwa 10—12 dniowa, chyba że mimo skrobanki krwotok jeszcze się powiększył; — wtedy można natychmiast przystąpić do przyżegania gorącą parą. Zależnie od krótszego lub dłuższego czasu działania gorącej pary (115° C.) możemy wywołać zmiany powierzchowne, zajmujące tylko błonę śluzową macicy, lub głębsze. Niektórzy ginekologowie skrobią macicę kilka razy (do 25) przed wykonaniem przyżegania gorącą parą. Tego należy stanowczo unikać; blizny, a nawet ściąganie się całego przewodu szyjki macicy są właśnie następstwem takiego nieoględnego i nielogicznego postępowania. Korzystniej jest jednak w przypadkach, gdzie zabieg ten, raz zrobiony, nie pomógł, nie wykonywać go raz drugi, nim się nie zbadało palcem całej jamy macicy. Najczęściej znajdują się wówczas twory polipowate i to głównie w miejscu odejścia trąbek. Miejsca takie należy najprzód wyskrobać, a potem dopiero wykonać przyżeganie gorącą parą, i to o ile możności przed mającą nastąpić miesiączką. W końcu zastanawia się P. nad czynnikami leczniczymi przy śródmacicznem zastosowaniu gorącej pary. Mogą one być bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należy: 1) działanie drażniące na warstwę mięśniową macicy. Znajduje ono zastosowanie tam, gdzie idzie o tamowanie krwotoku i równoczesne zwinięcie się macicy, np. w krwotokach po poronieniach. Tamowanie krwotoku występuje tu wskutek skurczu mięśnia macicy. Działanie pary powinno być krótkotrwałe, a ciepłota miernie wysoka; 2) działanie żrące, wywarte na błonę śluzową, a w wyższym stopniu i na warstwę mięśniową, znajduje zastosowanie głównie przy krwotokach macicznych w okresie przejściowym życia. Działanie pary powinno być dłużej trwające, ciepłota jej bardzo wysoka, gdyż tu idzie wprost o zniszczenie błony śluzowej; 3) działanie wsysające. Że ono istnieje, za tem przemawia tworzący się wał ziarniny i nowo wytworzone naczynia włosowate. Działanie pośrednie objawia się: 1) w długotrwałych skurczach macicy; 2) w odchodach, które należy uważać jako ważny moment leczniczy całego zabiegu; 3) w wale ziarniny, będącym niejako ochroną ustroju przed możliwem zakażeniem; 4) w przekrwieniu macicy i 5) w soczystości samej macicy i jej otoczenia, które to sprawy niemało przyczyniają się do szybkiego odrodzenia. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Mac Crae. **Niedokrewność złośliwa, wyniki statystyczne w 40-tu przypadkach.** (*Journal of Amer., Med. Ass. Int. Med. Mag.* IV, 1902). Autor zebrał 40 przypadków niedokrewności złośliwej na 12.500 chorych, badanych w szpitalu Johns Hopkinsa. Najmłodszy chory miał lat 10, najstarszy 66. Cztery piąte chorych było w wieku ponad 30 lat. Pod względem etyologicznym nie udało się znaleźć nic uwagi godnego. W przypadkach wcześniejszych stan jamy ustnej nie był starannie badany; w ostatnich jednak 10-ciu przypadkach znaleziono zaledwie u czterech chorych próchnienie zębów, lub inne sprawy gnilne w jamie ustnej. U 23 chorych stwierdzono, że pierwszym objawem choroby było osłabienie. U 11-tu najsilniej występowały objawy żołądkowo-jelitowe; u czterech zaburzenia nerwowe; dwóch wreszcie zwróciło się o poradę lekarską z powodu zabarwienia skóry. Znaczne wycieńczenie spostrzegano w 10-ciu przypadkach. U 29-ciu chorych skóra miała barwę cytrynowo-żółtą; u 7-miu była znaczna bladość bez innych odcieni; czterech miało wybroczyny podskórne. Szmer skurczowy u koniuszka serca był słyszalny u 15-tu chorych, w całej zaś okolicy sercowej u 13-tu; u jednego szmer skurczowy był tylko w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej; głośny szmer skurczowy w naczyniach szyjnych dawał się słyszeć u 12-tu chorych; zupełny brak szmerów zauważono u 5-ciu chorych. Krwawienia z błon śluzowych wystąpiły u 8-miu chorych w czasie pobytu w szpitalu, u 7-miu zaś obrzęki. Ciepłota u 10-ciu chorych była prawidłowa, u 27-miu mniej lub więcej podniesiona. Białko w moczu wykryto w 23 przypadkach i to w dość znacznej ilości; u reszty 17-tu było w bardzo niewielkiej ilości. Objawom nerwowym uległo 10-ciu chorych. Stan krwi przeciętnie był następujący: hemoglobiny 30%, czerwonych ciałek krwi 1.560.000 w 1 mm.^{3}, białych ciałek 6929. Obliczenie różniczkowe w 30-tu przypadkach wykazało średnio: 61% leukocytów różnojądrzastych, 31% małych jednojądrzastych; 4% wielkich jednojądrzastych i przejściowych; 2% eozynochłonnych. Myelocyty, o ile się znajdowały, wynosiły mniej, niż 1%. Na 1000 ciałek białych naliczano przeciętnie 37 czerwonych, z tych 23,4% było normoblastów, 4,7% megaloblastów i 9,4% postaci przejściowych. Obecność megaloblastów, jak wiadomo, każe źle rokować. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Douglass W. Montgomery. **Przykłady samoistnego wyleczenia w trędowatej rodzinie.** (*Med. Rec. — Phil. M. J.* 26 kwietnia, 1902). Nie tak dawno trąd we wszelkich swych postaciach uważany był za chorobę niewyleczalną; obecnie jednak część autorów przyszła do przekonania, że wyzdrowienie jest naturalnem zakończeniem postaci znieczulającej trądu. Opisano nawet przykłady wyleczenia trądu guzowatego. Montgomery przytacza zajmujący szereg spostrzeżeń, uczynionych na potomstwie pewnego misyonarza i jego żony z Nowej Anglii, którzy osiedli na wyspach Hawajskich w r. 1837. Sam misyonarz był osobnikiem z znacznie zaburzonym układem nerwowym; żona jego była zupełnie zdrowa i żyła 83 lat. Wydała na świat ośmioro dzieci; z tych cztery zdrowe córki; z synów jeden był zdrów, drugi umarł na wrzód dra-

żący dłoni. Wreszcie jeden z synów i jedna z córek cierpieli na plamisto-znieczulającą postać trądu, z którego wyzdrowieli. Syn ten miał dwoje chorowitych dzieci, które zmarły we wczesnem dzieciństwie i dwoje zdrowych; wreszcie doczekał się on też zdrowego wnuczka. Córka misyonarza miała sześcioro dzieci: u czworga z nich rozwinął się trąd i wszyscy wyzdrowieli. Jeden z synów był wogóle zdrów, lecz przebył zapalenia przednich korzeni rdzenia pacierzowego; następnie ożenił się i ma zdrowe dziecko.

Dr St. Rudzki (Lublin).

A. De Blasi. **Przyczynek do stosowania błękitu metylenowego w zimnicy.** (*Gaz. degli Ospedali — Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor stosował błękit metylenowy w 100 przypadkach zimnicy i osiągnął zupełne wyleczenie w 62 przypadkach. Lek ten jest skuteczny jedynie w tych razach, gdy pasorzyt przebywał już pewien czas we krwi. Błękit metylenowy zdaje się posiadać własności wywoływania bolesnych skurczów macicy, to też B. zaleca w ostatnich dwóch miesiącach ciąży wystrzegać się tego środka. Dawka wynosi 0,2—2,0 na dobę; podaje się ten lek po jedzeniu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Doukelsky. **Przyspieszenie czynności oddechowej jako objaw krzywicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902). V. Doukelsky zwraca uwagę na objaw ten, występujący często u dzieci, dotkniętych krzywicą, pomimo braku jakichkolwiek zmian chorobowych w oskrzelach i płucach. To przyspieszenie czynności oddechowej autor przypisuje zatruciu ustroju wskutek nieprawidłowego przebiegu przemiany materyi. Autor przytacza dziewięć przypadków dzieci wybitnie krzywiczych, niegorączkujących, u których w stanie zupełnego spokoju ilość oddechów wynosiła 40—90 na minutę. Sama czynność oddechowa była zupełnie regularna, również nie było żadnych szmerów dodatkowych, zdradzających zajęcie płuc lub oskrzeli. *Dr. T. Żeleński.*

J. Schabad. **O błonicy i prątku błoniczym w przebiegu płonicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*) i *Archiv für Kinderheilkunde* 1902, str. 167). Autor dochodzi na podstawie znacznej liczby doświadczeń i spostrzeżeń do następujących wniosków: 1. Powikłanie błonicą może wystąpić w każdym okresie płonicy, a nietylko, jak mniemano, u ozdrowieńców po tej chorobie. 2. Rozpoznanie tego powikłania może być uważane za pewne tylko wtedy, jeżeli obecność prątków Loefflera w gardle potwierdzi objawy kliniczne, wskazujące na istnienie błonicy. 3. Prątki błonicze, napotkane u chorych płoniczych, są jadowite, jeżeli błonica wystąpiła w przebiegu lub w okresie zdrowienia z płonicy; prątki otrzymane z gardła na początku płonicy nie są jadowite, lub jadowitość ich jest bardzo mała. W każdym razie brak jadowitości nie oznacza jeszcze, że nie mamy w tym przypadku do czynienia z prawdziwą błonicą. 4. W początku płonicy i w braku wszelkich objawów błoniczych miejscowych można również znaleźć w gardle prątki błonicze; są one wtedy zwykłymi saprofytami i nie biorą żadnego udziału w procesie toczącym się w gardle. 5. Chorych płoniczych, u których znaleziono prątki błonicze, należy odosobnić. 6. W razie powikłania błonicą, chorym należy stosować surowicę przeciwbłoniczą. *Dr. T. Zeleński.*

Dr. Preobrażenski. **Surowica przeciwpaciorkowcowa jako skuteczny środek w niektórych postaciach pląsawicy.** (*Sémaine médicale* 1902, Nr. 50). Dotychczasowe leczenie pląsawicy nie liczyło się z faktem, że choroba ta jest często pochodzenia zakaźnego i że w przypadkach tych zależy od działania chorobotwórczego przeważnie gronkowców i paciorkowców. Dr. Preobrażenski z Moskwy, otrzymawszy ze wszystkich narządów chorego, zmarłego w przebiegu ciężkiej pląsawicy, czyste hodowle paciorkowców, powziął myśl stosowania w niektórych postaciach pląsawicy surowicy przeciwpaciorkowcowej. Próba dokonana na ośmnastoletniej dziewczynie, której krew, badana bakteryologicznie, dała również hodowle paciorkowca, potwierdziła w zupełności słuszność tego przypuszczenia. Chodziło tu o ciężki przypadek pląsawicy, w którym stan chorej pomimo stosowania bromku sodowego chloralu, płynu Fowlera, ciągle się pogarszał. Otóż po kilkakrotnem wstrzyknięciu surowicy przeciwpaciorkowcowej ruchy pląsawicze poczęły zmniejszać swoje natężenie, aż wreszcie po upływie mniej więcej piętnastu dni ustały zupełnie. Równocześnie ustąpiły porażenia mięśniowe, które rozwinęły się w ciągu choroby. Po jakimś czasie wystąpił lekki nawrót cierpienia, dający się z łatwością usunąć zwykle używanymi środkami.

Spostrzeżenie to, jakkolwiek dotychczas odosobnione, zasługuje na uwagę ze względu na szybkość działania leczenia surowiczego; wiadomo, że pląsawica ustępuje pod wpływem zwykłego leczenia dopiero po upływie jednego, lub więcej miesięcy.

Badanie bakteryologiczne krwi u innej chorej pląsawiczej, która tylko przez przeciąg dwóch dni pozostawała w szpitalu, wykazało również obecność paciorkowców. Zdaniem Preobrażenskiego większość przypadków ciężkiej pląsawicy jest pochodzenia zakaźnego; tosamo można przypuszczać o pląsawicy, wikłającej gościec, zapalenie wsierdzia, nerek, itd. *Dr. T. Żeleński.*

Dr. R. Barącz. **O promienicy u człowieka na podstawie własnych spostrzeżeń.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). W ciągu kilkunastu lat spostrzegał B. 60 przypadków promienicy u ludzi w różnym wieku, najczęściej między 20—30 rokiem życia; z tych 52 razy na głowie i szyi, 3 — na języku, 3 — w płucach, względnie na klatce piersiowej i 2 razy na powłokach brzusznych. Wnioski, do jakich ostatecznie dochodzi, są następujące: grzybek promienicy wchodzi do ustroju ludzkiego przez błonę śluzową przewodu pokarmowego (a zwłaszcza jamy ustnej i przełyku), oraz przez drogi oddechowe. Wyjątkowo zakażenie następuje przez skórę. Przenośnikiem zakażenia są łuski, plewy i okruchy słomy z przyschniętymi do nich zarodnikami promienicy. Grzybek, wzięty z ognisk chorobowych u człowieka, odznacza się nadzwyczaj małą żywotnością tak, że promienicy nie udaje się przeszczepić z człowieka na człowieka lub zwierzę. Kolbki i skręty w kształcie wieńców ciernistych są postaciami zwyrodniałemi właściwego grzybka. W leczeniu promienicy należy się ograniczyć do szerokich nacięć i wyłyżeczkowania, a unikać większych zabiegów chirurgicznych. Pomocnymi mogą być wstrzykiwania nalewki jodowej lub 20% rozczynu azotanu srebrowego. W przypadkach promienicy narządów wewnętrznych radzi B. próbować śródżylnych wstrzykiwań kolargolu. *Herman.*

G. Koch. **O torbielach kości długich.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Torbiele kości długich, które mogą stać się przyczyną złamań „dobrowolnych", bywają rzadko spostrzegane, w piśmiennictwie bowiem zanotowano zaledwie 22 spostrzeżeń, wliczając w to już przypadek opisany przez autora: 15-letni chłopak poraz wtóry złamał w przeciągu 5-ciu lat prawe udo w górnej trzeciej części, niemal bez wyraźnej przyczyny. Dostał się na oddział Kortego, gdzie podejrzywano, że przyczyną tego „dobrowolnego" złamania jest mięsak. Odsłonięto miejsce chore i zoryentowano się, że w jamie szpikowej znachodzi się torbiel wielkości mandarynki, wypełniony płynem krwawym. Sciany wyłyżeczkowano, a jamę wytamponowano. Po kilku miesiącach nastąpiło zupełne wyleczenie. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie chrzęstniaka, który prawdopodobnie skutkiem niedostatecznego odżywienia rozmiękł. W przeważnej liczbie przypadków, znanych z piśmiennictwa, udało się wykazać również, że torbiel powstał z chrzęstniaka. *Herman.*

Braunstein i Bube. **Czy istnieją połączenia między naczyniami krwionośnemi ucha środkowego i wewnętrznego,** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 56, 1902). Autorowie niezależnie od siebie przeprowadzili w klinice usznej w Halli badania w celu sprawdzenia badań Politzera. Politzer na zasadzie swoich badań twierdzi, że układ krwionośny ucha środkowego i układ krwionośny ucha wewnętrznego znajdują się z sobą w związku, mianowicie zapomocą naczyń, przechodzących przez ścianę kostną, oddzielającą te części narządu słuchowego. Schwartze już dawniej wyraził się, że badania Politzera wymagają potwierdzenia. Później Siebenmann, i Eichler wypowiedzieli zdanie przeciwne, t. j., że dwa te układy krwionośne w związku ze sobą nie stoją. Badania Braunsteina i Bubego potwierdziły zdanie Siebenmanna i Eichlera. Autorowie zwracają uwagę na to, że dziwnym trafem wszyscy powtarzają zapatrywanie Politzera, a na prace Siebenmanna i Eichlera nie zwraca się uwagi. *Dr. Teofil Zalewski.*

Frey. **Zamknięcie otworu poza uchem po operacyi doszczętnej przez podskórne wstrzyknięcie parafiny.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 56, 1902). Autor wpadł na pomysł zakrywania otworu, jaki pozostaje poza uchem po operacyi doszczętnej przez wstrzyknięcie podskórne w brzegi otworu parafiny. Podaje 7 przypadków, w których w ten sposób otwór zakrył. Warunkiem, by to się udało, jest: niezbyt duży otwór (najwyżej ½ ctm. średnicy) i niezbyt silnie przyrośnięte do kości brzegi otworu.

Dr. Teofil Zalewski.

Neumann. **O badaniu przez odbytnicę w ginekologii.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 49, 1902). Bardzo często do badania przez pochwę powinno dołączać się badanie przez odbytnicę i to albo zastępczo, albo uzupełniająco, — w obu razach dwuręcznie. Nieodzownem jest to badanie u dziewic, u których napotykamy na trudności w badaniu przez pochwę, następnie przy zarośnięciu błony dziewiczej, albo pochwy. Powszechnie używa się go przy nowotworach macicy, zwłaszcza raku, gdzie chodzi o dokładne zbadanie sąsiednich narządów i tkanek, a następnie rozstrzygnięcie, czy należy doszczętnie operować, czy tylko ochronnie skrobać. Łatwiej oceniamy zapalne zmiany n. p. w przydatkach, położenie gu-

zów w miednicy małej, czy wśród jamy otrzewnowej, czy poza nią, jakoteż względnie związek ich z otaczającemi je kośćmi. Błędne rozpoznanie badaniem przez pochwę jest często wynikiem zbytniego napięcia sklepień pochwy, lub znaczniejszego wrodzonego rozrostu tkanek okołomacicznych. Niekiedy więzadła krzyżowo-maciczne sprawiają uczucie oporu. Błędy te można napewno ominąć, jeśli dodamy badanie przez odbytnicę. Koniecznem jest ono i jedynem w starczym zaniku części rodnych, lub ich niedokształcie, w schorzeniach przegrody między odbytnicą a pochwą, gdzie nieraz trudno badać przez pochwę. Nie powinno się o niem zapominać w razach, gdy chore żalą się jedynie na ciągłe zaparcie stolca, bo niekiedy przyczyną tego może być guz w miednicy, uciskający kiszkę stolcową. Zapalne guzy, ropne ogniska, zamaciczne krwisteki przebijają często do kiszki, powodując powolny, ale ciągły odpływ śluzu, krwi lub ropy, wówczas zawsze trzeba badać przez odbytnicę.

G. Grzybowski.

Welamowicz. **W sprawie leczenia ostrego zatrucia morfiną i przetworami makowca.** (*Prakticzeskij Wracz* 1902, Nr. 8—9. Na podstawie piśmiennictwa i własnego przypadku poleca W. w zatruciu morfiną i przetworami makowca metodę Moora, polegającą na stosowaniu wewnętrznem nadmanganianu potasowego dla zobojętnienia trucizny w żołądku, lub też podskórnem, jeśli jad już się dostał do krwi. Do wstrzykiwań podskórnych należy używać rozczynów nie mocniejszych nad 4—5%, stosując je co ½—1 godziny po 1,0 aż do wyraźnego polepszenia: wewnętrznie zaś na 0,2 morfiny należy dla zobojętnienia podawać po 0,25 nadmanganianu potasowego; na 30,0 nalewki makowca 0,4 odtrutki; jeśli zaś ilość trucizny nie jest wiadoma, należy podawać przez usta 0,5—0,6 nadmanganianu potasowego; następnie przepłókać żołądek kilkakrotnie słabym rozczynem tej soli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Ceidler. **Przypadek zapalenia otrzewnej u chorej na kamicę żółciową bez poprzedniego przedziurawienia pęcherza żółciowego.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Ceidler (Petersburg) spostrzegał nadzwyczaj rzadki przypadek, w którym kamienie żółciowe wywołały zapalenie otrzewnej bez poprzedniego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Operując chorą z powodu kolki żółciowej, powikłanej objawami zapalenia otrzewnej, stwierdził autor rozszerzenie znacznego stopnia pęcherzyka żółciowego, którego ściany nacieczone były ropą, a cała otrzewna w stanie ostrego zapalenia; wypocina zawierała czystą hodowlę laseecznika okrężnicy. C. wyciął pęcherzyk i wytamponował ranę; chora wyzdrowiała. Wycięty pęcherzyk przedstawiał wszystkie oznaki zapalenia ropówkowego; zawierał on 552 kamieni wielkości od ziarnka grochu do główki od szpilki; warstwa zewnętrzna kamieni składała się z cholestearyny, wewnętrzne z bilifuscyny i bilirubiny.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Docent Czygajew. **Leczenie surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej podskórnemi wstrzykiwaniami wysięku opłucnowego; metoda autoseroterapii.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Cz. stosował metodę Gilberta (wstrzykiwanie pod skórę wysięku opłucnowego) w 8 miu przypadkach surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej. Wyciągnąwszy strzykawką Jaqueta 2—10 sz. ctm. płynu, Cz. wstrzykiwał, nie wyjmując igły, tuż pod skórę 1—4 sz. ctm. wysięku. Wstrzykiwania nie sprawiały bólu i nie dawały odczynu miejscowego. Wszyscy chorzy przed wstrzykiwaniami gorączkowali, niektórzy skarżyli się na obfite poty, silne bóle i duszność. Po wstrzykiwaniu ciepłota zwykle obniżała się i podnosiła się dopiero na trzeci dzień; ponowne wstrzykiwanie znów ją obniżało, w niektórych przypadkach do 4 razy. W przypadkach o podejrzanej podstawie gruźliczej ciepłota podnosiła się na 2—3 dzień, lecz następnie szybko obniżała się. Wessanie się wysięku można było stwierdzić już na drugi, w niektórych zaś przypadkach dopiero na 3—4 dzień: stan chorych poprawiał się, poty i dreszcze ustawały, duszność i bóle znikały. Ilość moczu podnosiła się z 700 do 800 do 2000 sz. ctm. na dobę. Żadnych powikłań autor nie spostrzegał. Jeśli leczenie rozpoczynało się w 1-szym tygodniu choroby, ciepłota spadała do prawidłowej i wysięk wchłaniał się po 10—12 dniach; jeśli zaś wstrzykiwania stosowano po 3—4 tygodniach, wyzdrowienie następowało po 2—4 tygodniach. U wszystkich chorych wysięk wstrzykiwano kilkakrotnie (2—4 razy).

Witold Orłowski (Ptbg.)

VII. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

IV. Dyrektor Dr. Eschle (Sinsheim) przedstawia zebranym model łóżka, przeznaczonego szczególnie dla zanieczyszczających się umysłowo chorych. W modelu tym zasługują na uwagę meterace, których jest 3, tudzież wałek pod głowę. Przez materace te, jak również przez wałek pod głowę przewleczony jest szpagat, który po jednej stronie ściąga się i zawiązuje — i po tejże stronie jest otwór, który zostaje zaciśnięty przez ściągnięcie szpagatu. Rozwiązawszy szpagat, — rozluźniamy otwór. Materac ten wygląda nieco podobnie do włościańskich tak zw. sienników, mających z jednej strony otwór, przez który napychaną zostaje do siennika słoma. Ściąganie szpagatem nadaje tym materacom pewną twardość; mniejsze rozmiary odróżniają te materace od sienników włościańskich. Celem tego urządzenia jest to, aby można było łatwo treść siennika usunąć, co wobec zanieczyszczających się chorych ma wielkie znaczenie. Równocześnie mowca poleca wypychać te materace cieniutkimi wiórami drzewnymi, podnosząc, że te nie dopuszczają gnicia albo psucia się wskutek zanieczyszczenia,— jak to ma miejsce np. z mchem,— łatwo przepuszczają mocz, który uchodzi popod łóżko (w tym celu mowca poleca stawiać pod łóżko odpowiednie naczynie, w któreby mocz ten skapywał). Najważniejszą rzeczą jest to, że co pewien czas można wióry z materaców wyjmować, oczyścić gotowaniem w gorącej wodzie i na nowo używać. Wywody mowcy i model znalazły ogólne u zebranych uznanie.

V. Prof. Wollenberg (Tübingen) — mówił o guzach płata czołowego, a w szczególności o objawach umysłowych, występujących przy tych cierpieniach. Zauważono, że przy guzach w płacie czołowym występuje często ogłupienie z towarzyszącym mu stanem zadowolnienia i skłonnością do dowcipkowania. Bruns i Hannower starają się nawet tę skłonność objaśnić drażnieniem przez guz ruchowych ośrodków mowy.

Czy rzeczywiście ów stan zadowolnienia i skłonność do dowcipkowania są cechą istotną guzów płatu czołowego? Czy więc istnieje specyalna psychoza guzów czołowego płatu? Na to pytanie, będące współcześnie jednem z zagadnień spornych w psychiatryi,— autor skłonny jest odpowiedziedzieć twierdząco. Dość wymownie — według mowcy — przemawiają za związkiem opisanego stanu psychicznego z guzami w płacie czołowym liczby statystyczne. Na 23 przypadków takiego stanu zadowolnienia i dowcipkowania przy guzach w mózgu stwierdził Schuster 15 przypadków guzów w płacie czołowym. W każdym atoli razie, sądzi mowca, objawy psychiczne nie mogą być tu uważane za istotne cechy rozpoznawcze, lecz stwierdzenie ich może odgrywać tylko rolę pomocniczą przy rozpoznawaniu guzów płatu czołowego, które opierać się powinno na innych oznakach. Mowca przytacza wyniki badań statystycznych guzów mózgowych, dokonanych przez Schustra, tudzież omawia szczegółowo jeden kazuistyczny przypadek, w którym początkowo rozpoznawano padaczkę, a później okazało się, że był to guz w płacie czołowym. 26-letni rzeźnik, do tej pory zdrów, ze zdrowej rodziny, nagle dostał napadu drgawek z utratą przytomności. Odtąd zaburzenia chorobowe dość szybko rozwijały się. Ból głowy w okolicy czołowej, a niekiedy i potylicznej stale nie opuszczał pacyenta, który stał się drażliwym w wysokim stopniu. Wystąpił obłęd wielkości, tudzież obłęd prześladowczy. Zwolna powstała skłonność do wymiotów i tarcza zastoinowa w oku, ciągła senność, stan zadowolnienia, zachowanie się dziecinne, dowcipkowanie, czasem niezadowolenie i gniew. Do tego dołączyło się porażenie w dolnym odcinku n. twarzowego. Rozpoznanie prawdopodobne: guz w płacie czołowym, co też w istocie się sprawdziło.

VI. Jako *pendant* do powyższego odczytu, przedstawia Dr. Weil (Stuttgart) chorego, u którego stwierdzono — bolesność na dotyk w przedniej prawej części sklepienia czaszki, tamże pewną wypukłość, tarczę zastoinową w dnie oka, niedowład n. twarzowego, chód niezborny, jak u pijanego. Nadto chory ulegał stałemu bólowi głowy, tudzież skłonności do częstych wymiotów. W stanie psychicznym pacyenta stwierdzono — usposobienie wesołe i skłonność do dowcipkowania. Dokonana operacya wykazała guz wielkości jaja w płacie czołowym. Operacya była po pewnym czasie ponowiona z powodu powstania nowych guzów i po niej zaburzenia ustąpiły.

W dyskusyi nad obu odczytami podniósł Dr. Steinbal, że przed 1½ rokiem Müller wykazał statystycznie, że stan wesołości i skłonność do dowcipów występują także i przy innych guzach mózgowych, nie tylko przy guzach w płacie czołowym, — a przeto nie

należy mówić o istnieniu jakiejkolwiek specyalnej psychozy, odnoszącej się do guzów płatu czołowego. Zaś fakt występowania częstszego tych objawów psychicznych — podniecenia i dowcipkowania — przy guzach płatu czołowego — znajduje wyjaśnienie swe w tem, że guzy te nie prędko zostają zauważone i rozrastają się dowielkich rozmiarów, zanim zwrócą na siebie uwagę i sprowadzą pacyenta do lekarza.

VII. Przewodniczący zebrania Kreuser (Winnenthal) porusza nader żywotną sprawę dla lekarzy chorób umysłowych. Oto pruskie ministerstwo sprawiedliwości dnia 7 października r. b. wydało rozporządzenie, mocą którego w sprawach kurateli powoływani być mają do opiniowania zwykli lekarze sądowi, nie zaś psychiatrzy. Mowca widzi w tem rozporządzeniu poniżenie psychiatrów. podnosi, że takie postępowanie wyjdzie na złe stronom interesowanym w sprawach kurateli, gdyż oczywiście okręgowy lekarz sądowy, nie specyalista w zakresie chorób umysłowych, niejednokrotnie będzie popełniał w swych orzeczeniach psychiatryczno-sądowych błędy, jakichby nie mógł popełnić zawodowiec psychiatra. Wreszcie zwraca uwagę mowca na to, że błędy te, częste sprzeczności w orzeczeniach różnych podobnych rzeczoznawców, będą miały w następstwie podkopanie w społeczeństwie opinii o psychiatrach i ich znaczeniu. Z tych względów mowca poleca, aby zebrani zajęli pewne stanowisko wobec omówionego rozporządzenia pruskiego ministerstwa, a to tembardziej, że za przykładem Prus gotowe pójść inne państwa niemieckie.

Mowca proponuje przyjęcie następującej rezolucyi: „XXXIII-cie Zgromadzenie południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich wyraża ubolewanie z powodu rozporządzenia pruskiego ministerstwa sprawiedliwości z dnia 7 października r. b., mocą którego w sprawach kurateli wybieranym ma być do opiniowania z reguły lekarz sądowy, albo jego pomocnik. Nie wchodząc w ocenę tego rozporządzenia ze stanowiska sądowego, psychiatrzy, którzy sądzili, że mogą się uważać w sprawach kurateli za mających prawo do pierwszeństwa w rzeczoznawstwie, gdyż chyba u nich można liczyć na większe doświadczenie w zakresie chorób umysłowych, — jak tego wymaga rozporządzenie tegoż samego ministerstwa z dnia 28 listopada 1899 roku, — zmuszeni są tę niczem nieuzasadnioną zmianę, wprowadzoną nowem rozporządzeniem, uważać za uwłaczającą dla siebie. Przedewszystkiem zaś w interesie osób ich opiece lekarskiej podległych muszą podnieść zastrzeżenie przeciwko temu, aby w sprawach wyboru rzeczoznawców przy ocenach psychiatryczno-sądowych miały odgrywać rolę jakiekolwiek inne względy, oprócz względów na dobro jednostek, będących przedmiotem lekarskich opinij". Na zakończenie dodaje mowca, że sprawa jest tem ważniejsza i tembardziej protestować należy, że nawet i ci chorzy, którzy przebywają w zakładach dla obłąkanych, mają być dawani do oceny lekarzom sądowym.

Dyskusya.

Prof. Tomsen do argumentów poprzedniego mowcy dodaje jeszcze ten, że okręgowi lekarze sądowi nie mogli mieć dostatecznego materyału do należytego opiniowania; materyał ten może mieć tylko psychiatra, obserwujący w zakładzie przez czas dłuższy cierpiącego na umyśle osobnika. Doc. Weygandt obawia się. że w ślad za Prusami pójść gotowa Bawarya; podnosi, że w Austryi również istnieje w sferach rządzących brak zaufania do psychiatrów, jako rzeczoznawców w sprawach kurateli; proponuje zatem, aby rezolucyę referenta przekazano związkowi niemieckich psychiatrów. Wniosek ten, jak również całą rezolucyę, popiera prof. Fürstner (Strassburg).

Prof. Bieberbach opowiada interesujący przypadek. Na mocy orzeczenia psychiatry poddano jednego osobnika pod kuratelę, jednakże wkrótce zniesiono ją na zasadzie orzeczenia lekarza okręgowego. Po pewnym czasie interesowani wznowili żądanie o zaprowadzenie kurateli nad tym samym człowiekiem. Psychiatra orzekł, że kuratela potrzebna: na mocy jednak opinii sądowego lekarza okręgowego osobnik ten znowu został zwolniony z pod kurateli. Mowca sądzi, że dobrzeby było, gdyby tylko w wątpliwych i zawiłych przypadkach zwracano się do orzeczenia psychiatrów, — a to dlatego, że lekarze zakładów psychiatrycznych byliby zbytnio obciążeni i odciągani od swych zajęć w zakładach. Z tego względu mowca oświadcza się przeciw rezolucyi referenta w tej formie, w jakiej ona jest sformułowana.

Rezolucya atoli wraz z wnioskiem o przesłanie jej do związku psychiatrów niemieckich przeszła wszystkimi głosami przeciw jednemu głosowi ostatniego mowcy.

VIII. Doc. Gaupp mówił „O granicach poznania psychiatrycznego". Mowca poddaje krytycznej ocenie tak zw. kierunek anatomiczny i psychiatryczny w psychiatryi, wykazuje, co każdy z nich dać może, — a przedewszystkiem osłabia zbytnie nadzieje, pokładane w anatomii, a natomiast podnosi potrzebę psychologicznych studyów nad chorobami umysłowemi. Badania anatomiczne i chemiczne — w psychiatryi nie mogą wystarczyć, gdyż 1) wątpić należy, czy można będzie kiedykolwiek np. wykazać anatomiczne zmiany w histeryi lub w psychozie przemiennej (*manisch depressives Jrresein*) 2) A gdyby się nawet udało wykazać zmiany anatomiczne we wszystkich zaburzeniach psychicznych, tudzież gdyby się powiodło poznać chemizm przemiany materyi w przebiegu tych zaburzeń, to czyż nam to już nie wyjaśni istoty samych zaburzeń psychicznych, oraz związek między objawami psychicznymi? cóż bowiem wiemy o stanie umysłowym, gdyśmy nawet stwierdzili pewne ustosunkowanie między np. ciałkami Nissla w ośrodkach nerwowych, lub np. między włókienkami nerwowemi itd.? Z samego poznania tych zmian anatomicznych, a to samo się odnosi i do poznania zmian chemicznych, nic absolutnie nie wiemy jeszcze o zmianach zaszłych w sferze psychicznej. Ażebyśmy je poznać mogli, musimy jeszcze oddzielnie i bardzo gruntownie badać te ostatnie. I dopiero znając oba rodzaje zjawisk, moglibyśmy wykazać, że takim a takim objawom psychicznym odpowiadają takie a takie zmiany anatomiczne czy chemiczne, i odwrotnie, — znając objawy, moglibyśmy już *à priori* utrzymywać, — że takie a takie im odpowiadają objawy psychiczne.

Z tego wynika, że równorzędnie z badaniami anatomicznemi oraz chemicznemi powinny iść badania psychologiczne — i tylko dzięki temu skombinowaniu nastąpić może gruntowne zrozumienie chorób umysłowych. A więc psychologia jest wiedzą pomocniczą, a może i podstawową psychiatryi. Dzięki analizom psychologicznym. a w pierwszym rzędzie dzięki badaniom doświadczalno-psychologicznym, wiemy dziś więcej o mechanizmie psychicznym, o stosunkach i wzajemnej zależności między poszczególnemi zjawiskami umysłowemi, aniżeli o mechanizmie mózgu, będącego już od tak dawna przedmiotem tak mnogich badań i dociekań. Rozumie się, nie można od psychologii wymagać za wiele: nie jest ona w stanie nam wszystkiego wyjaśnić; a nawet w tem, co leży w granicach jej możności nie łatwo jej to przychodzi; tak np. nie rozstrzygnięto dotąd, jak się ma rzecz z obłąkaniem ogólnem (*paranoia*), czy w niem znaczenie podstawowe mają uczucia czy przedstawienie. Reasumując, zaznacza mowca, że obrazy kliniczne należy analizować psychologicznie; że badania anatomiczne, tudzież chemiczne, mogą nas doprowadzić do odgraniczenia obrazów klinicznych, oraz do poznania czynników etyologicznych.

Wreszcie mowca zastanawia się nad etyologią zboczeń umysłowych i podnosi następujący niezrozumiały fakt: dlaczego np. alkohol raz wywołuje chorobę Korsakowa, drugi raz obłęd zazdrości. Objaśnienie tego faktu tem, że chorzy ci byli usposobieni w odpowiednim kierunku, bądź też tem, że wyskok działa w obu przypadkach na różne części mózgu, — nie zadawalniają mowcy. W sprawie etyologii zwracać należy uwagę, — twierdzi mowca, — na to, że każde zjawisko jest wynikiem nie jednej, lecz wielu przyczyn; powtóre, że przy badaniu objawów w ustroju odróżniać należy przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne (exogene i endogene), t. j. czynniki, działające na ustrój, a znachodzące się poza nim, jak w tym przypadku alkohol, tudzież czynniki, przyczyniające się do powstania pewnego objawu w ustroju. a znachodzące się w nim samym: do takich należą wpływy dziedziczne.

Odczyt ten spotkał się z ogólnem uznaniem zgromadzenia.

Dyskusya. Doc. pryw. Weygandt zgadza się z wywodami mowcy, występuje przeciw Büchnerowi z powodu jego »*Welträthsel*« i przeciw materyalizmowi, naiwnie utrzymującemu, że myśl i uczucie to nic więcej, jak tylko jakiś proces materyalny w mózgu; — podnosi znaczenie dla psychiatrów badania psychologii prawidłowej. Według mowcy, nauka Wundta np. o apercepcyi mogłaby wiele wyjaśnić w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*). Mowca sądzi nawet, że psychologia powinna być przedmiotem obowiązkowym na wydziale lekarskim, gdyż, jak mowca sądzi, każdemu lekarzowi potrzebne jest poznanie stanu psychicznego pacyentów.

Dyr. Frank przemawia również za wprowadzeniem psychologii do studyów lekarskich.

IX. Dyr. Frank (Münsterlingen) mówi „O leczniczej wartości psychoterapii (hipnozy)". Gdy ten środek leczniczy powstał, wywołał wrażenie, że jest jednym z tego wielkiego mnóstwa środków nowych, ciągle wprowadzanych i zachwalanych. Atoli środek ten różni się od innych już przedewszystkiem tem, 1) że się go nie podaje sposobem używanym przy lekach farmaceutycznych: 2) że musi być stosowany tylko przez lekarza; 3) że wreszcie wymaga od lekarza, który go stosuje, odpowiedniego przygotowania. Zarzuty powstałe przeciwko poddawaniu (hipnozie), jako zabiegowi leczniczemu, mają główne swe źródło, zdaniem mowcy, w tem, że przeciętny lekarz nie umie hipnotyzować. Każdy psychiatra powinien znać tę psychoterapię, gdyż z jej pomocą ulecza się wiele schorzeń, któreby pozostały bez leczenia, jeśliby nie stosowano hipnozy, — a mianowicie: psychiczne i cielesne zaburzenia, będące pochodzenia psychi-

cznego. Mowca przytacza parę przykładów uleczenia za pomocą poddawania. Pacyent z nagle powstałemi omamami (halacynacyami), bezsennością, podnieceniem, brakiem łaknienia, na którego trional i inne środki, wywołujące sen, pozostały bez wpływu, dzięki poddawaniu w ciągu 15 dni wrócił do zdrowia, — odzyskał sen, łaknienie, uspokoił się zupełnie, a omamy znikły.

Chłopiec oddawał bezwiednie stolec w szkole. Pod wpływem poddawania nabrał siły do powstrzymywania się, — a potrzeba oddania stolca, której dawniej nie odczuwał, po poddawaniu poczęła dochodzić do jego świadomości. — Mowca zwraca uwagę na to, że w schorzeniu, nadającem się do psychoterapeutycznego leczenia, należy wyszukać to, co jest punktem wyjścia dla reszty objawów. Np. jakieś zdarzenie wywołało pewne uczucie, które stało się powodem dla całego szeregu innych objawów. Lekarz musi przeto gruntownie zbadać stan umysłowy pacyenta, tudzież tu należące inne czynniki, aby uświadomić sobie to uczucie i poznać całe zdarzenie, które go wywołało. Wtedy zadaniem lekarza jest staranie, by chory pozbył się tego uczucia, a wtedy oczywiście i reszta objawów, spowodowanych tem uczuciem, ustąpi. — Mowca zwraca wreszcie uwagę zgromadzenia na „Zeitschrift für Hypnotismus".

X. Jako *pendant* do powyższego odczytu przedstawił Dr. Bezzola szczegółowy opis przypadku, wyleczonego przez poddawanie. Młodzieniec 18-letni doznawał co pewien czas uczucia nieopisanego lęku i napadu drgawek. Rozpoznawano bądź padaczkę, bądź histeryę. Wreszcie dyr. Frank wykazał, że punktem wyjścia był przestrach występujący u pacyenta co pewien czas na widok pewnej postaci. Wielokrotne poddawanie uspokoiło pacyenta i usunęło zeń obawę przed tą postacią.

Dyskusya nad obu odczytami:

Prof. Krell wyraża zadowolnienie z tego, że coraz więcej rozpowszechnia się zrozumienie dla psychoterapii i podnosi zasługi w tym kierunku Liebermeistra.

Rein opowiada o przypadku histeryczki, nie będącej w stanie dowolnie oddawać moczu. Poddawanie usunęło to zaburzenie, — a więc zapobiegło powstaniu zapaleniu pęcherza. — Hecker opowiada o jednym przypadku, gdzie pacyentka pewien czas musiała leżeć w łóżku, aczkolwiek nie było żadnego organicznego schorzenia. Dokładne badanie wykazało, że datuje to się od pewnego czasu, kiedy pacyentka, otrzymawszy złe świadectwo w szkole, rozzłościła się bardzo i przyszedłszy do domu, była tak osłabiona, że musiała się położyć do łóżka. Poddawanie usunęło to zaburzenie. — Mowca zwraca uwagę, że poddawanie nie zyskało prędkiego przyjęcia także i z tych względów, że hipnotyzerowie mają wśród ogółu opinię trochę szarlatanów, tudzież że lekarze obawiają się kompromitacyi w razie nieudania się poddawania. Na tę ostatnią uwagę odpowiada referent Frank, że jeżeli lekarz ma odpowiednie przygotowanie, to skompromitować się nie może.

Weygandt podnosi, że z wywodów referenta wynika potrzeba urządzania poliklinik dla psychicznie nerwowych.

Wreszcie podniesiono, że poddawanie ma również doniosłe znaczenie w kierunku różniczkowo-rozpoznawczym.

XI. Feldmann (Stuttgart) przedkłada referat pod tyt. „Ze szpitala w Stuttgarcie. O 50-ciu przypadkach obłędu opilczego (*delirium tremens*)"; jest zdania, że należy śmiało i odrazu odjąć wyskok chorym na obłęd opilczy, tudzież, że przypadki tego obłędu powinny być leczone tylko w zakładach, jako mających wszelkie odpowiednie do leczenia urządzenia. (Dok. nastąpi).

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Suez, 13 stycznia 1903.

Zanim przystąpię do streszczenia poszczególnych wykładów Zjazdu, zamierzam podać kilka szczegółów o Szkole lekarskiej, w której się one odbywały, następnie o wykładach w ogólności, o ostatniem posiedzeniu ogólnem, o uchwałach Zjazdu, a wreszcie o wycieczkach i przyjęciach.

Szkoła lekarska, założona w r. 1827 przez Mehmeta Alego, jest obecnie, po przejściu różnych okresów i zmian, doskonale zorganizowana według systemu angielskiego. Jestto zbiór budynków, położonych nad odnogą Nilu, na drodze do Starego Kairu, jednoczących w sobie wszystkie działy medycyny. U wejścia do Szkoły znajduje się poczekalnia dla studentów, złożona z kilku pokoi. Na stołach leżą różne dzienniki, przeważnie angielskie, a obok poczekalni restauracya. W sąsiedztwie sal wykładowych i pracowni znajduje się obszerna biblioteka lekarska i wzorowo urządzone gabinety: zoologiczny, anatomiczny, anatomiczno-patologiczny i farmaceutyczny. Szczególnie gabinet anatomiczny posiada okazy bardzo cenne, pochodzące z przed kilku tysięcy lat. Gabinet anatomo-patologiczny urządzony w ten sposób, że w obszernej sali wykładowej wzdłuż ścian znajduje się kilka szeregów półek, na których poustawiane są słoje z preparatami i z odpowiedniemi objaśnieniami tak, że je można łatwo nawet bez brania w rękę z korzyścią oglądać.

O kilkadziesiąt kroków od Szkoły znajduje się obszerny szpital o 600 łóżkach, gdzie uczniowie ćwiczą się praktycznie w badaniu klinicznem.

Ugrupowanie takie budynków ma tę dobrą stronę, że uczniowie nie potrzebują, przechodząc z jednego wykładu na drugi, przenosić się do oddalonych dzielnic miasta, jak to ma miejsce często w uniwersytetach europejskich; ale też ma i tę niedogodność, że gdy zajdzie potrzeba rozszerzenia jakiegoś oddziału, to zwykle przestrzeń jest zamknięta. Tak np. skarżył się Prof. Loos, którego specyalnością jest badanie chorych na tęgoryjca (*ancylostomiasis*), że musi się mieścić w jednej tylko sali, chociaż przydałyby mu się przynajmniej trzy.

Prace zjazdowe, które się odbywały od 9 do 12 rano i od 3 do 6 popołudniu, podzielono na trzy sekcye: patologiczną, chirurgiczną i okulistyczną.

W sekcyi patologicznej mówiono o czerwonce, o chorobach wątroby, o zimnicy, dżumie, cholerze, żółtej febrze, gruźlicy, trądzie, rumieniu lombardzkim, *beri-beri* itd., a nadto odbyły się odosobnione wykłady o surowicy przeciwdurowej, o rozpoznawaniu duru brzusznego zapomocą badania bakteryologicznego krwi, o wrzodzie nilowym, o eunuchizmie, o klimacie egipskim, o medycynie i lekarzach w Egipcie, o medycynie w Abisynii i o surowicy przeciw ukąszeniu skorpionów.

W sekcyi chirurgicznej zajmowano się „bilharzyą", ropniami wątroby i techniką operacyjną dla ich leczenia, kamicą moczową, wreszcie rakiem: oprócz tego odbyły się poszczególne wykłady o gruźlicy chirurgicznej w Egipcie, o włókniakach macicy, o rozmiękczeniu kości, o operacyjnej cystotomii, symfiseotomii itd.

Przedmiotem obrad w sekcyi okulistycznej była jaglica, przyczyna ślepoty w Egipcie i zaradzenie jej częstości; łuszczka rogówki, jaskra, ostre zapalenie spojówek itd. Podczas wykładów o trądzie, rumieniu lombardzkim i chorych na tęgoryjca, Dr. Sandwith demonstrował chorych ze szpitala szkoły lekarskiej.

Najwięcej tematów omawiano w sekcyi patologicznej, która też najbardziej była uczęszczana. Na każdy wykład przeznaczono po 15 minut, na rozprawy 5 minut. Wykładano przeważnie w języku francuskim, mniej w angielskim i włoskim. Ze względu na krótkość czasu niektórzy czytali nadzwyczaj szybko tak, że n. p. władający słabo językiem wykładającego zupełnie odczytu nie rozumieli. Ztąd też i rozprawiano nie wiele, a w bardzo wielu przypadkach wcale nie. Tak przynajmniej było na sekcyi patologicznej, na którą wyłącznie uczęszczałem.

Zamknięcie Zjazdu odbyło się na posiedzeniu ogólnem w sali opery, pod przewodnictwem ministra oświaty, Fakhrego paszy, który krótkiem przemówieniem otworzył to ostatnie posiedzenie.

Dr. Ibrahim Hassan pasza, prezydent Zjazdu, dziękował członkom za wygłoszone prace, dodając, że Egipcyanie zachowają je długo w swej pamięci. Przytaczając przysłowie, że „Kto się raz napił wody z Nilu, wraca, aby się napić raz drugi", wyraził nadzieję że zobaczymy się znowu na następnym Zjeździe.

Następnie Dr. Woronoff zdał sprawę z prac Zjazdu, poczem przedstawiciele obcych mocarstw: Dr. Schacht, Prof. Nothnagel, Dr. Kops, Prof. Bouchard, Dr. Kouzis, Dr Harrison, Prof. Magyarevics, Prof. Maragliano, Mirza Mohamet Khan, Dr. Rapczewski, Prof. Eternod wygłosili swe mowy pożegnalne.

Prof. Bouchard zaznaczył, że nadzieja i przekonanie, które wyraził przy otwarciu Zjazdu, zupełnie się sprawdziły. Zjazd przyniósł istotny pożytek. „Nie możemy powiedzieć“, dodaje, »żeście coś zyskali przez naszą tu obecność: tymi, którzy skorzystali wiele ze Zjazdu, jesteśmy właśnie my, lekarze obcy, którzy przybyli zdaleka, aby zwiedzić wasz piękny kraj, badać choroby nam jeszcze nieznane, nabywać zupełnie nowych wiadomości, podziwiać zbiory narzędzi do badania, jedynych w swoim rodzaju i preparaty anatomiczne znakomicie wykonane, a wszystko to połączone z interesującemi objaśnieniami, dzięki umiejętności kolegów egipskich. Badania tu dokonane będą się dalej prowadzić i dopełniać gdzieindziej dla tem większego pożytku, dla dobra ludzkości“.

W końcu wyraził podziękowanie Khedywowi, członkom biura i kolegom egipskim, że zacieśnili i wzmocnili węzły pobratymstwa lekarskiego i wykazali, iż doskonalenie się ludzkości odbywa się przez naukę.

Po odczytach prof. Nothnagla i Maragliano „O profilaktyce i patogenezie zapaleń nerek“, przemówił minister Fakhry pasza, dziękując imieniem Khedywa i rządu egipskiego wszystkim, którzy się przyczynili do tego, że tak piękne dzieło przyszło do skutku, a zamykając I. egipski Zjazd lekarski, zaznaczył, że będzie on zapisany złotemi głoskami w rocznikach Egiptu.

Na wieczornem zebraniu ogólnem tego samego dnia postanowiono, że następny międzynarodowy lekarski Zjazd egipski odbędzie się w Kairze r. 1907, z końcem grudnia, poczem przyjęto jednogłośnie następujące rezolucye:

1) Zjazd uznaje potrzebę zwołania Konferencyi, podobnej do tej, jaka odbyła się przed kilku laty w Wenecyi, a to w celu zreformowania przepisów sanitarnych i kwarantanowych.

2) Zjazd popiera następujące rezolucye: Dra Langloisa, delegowanego algierskiego, aby pielgrzymkę w Maroko uregulowano według zasad, przyjętych w Egipcie.

3) Dra Legranda, delegata francuskiego do Rady kwarantanowej, aby wschodnich brzegów Egiptu strzeżono energiczniej.

4) Dr. Gayeta, aby przedsiewzięto odpowiednie kroki, w celu ochrony przed jaglicą w Egipcie, i aby przyjęto środki zalecone przez Dra Eloni beja.

5) Prof. Chantemessea, aby w celu zapobieżenia szerzeniu się duru, urządzono we wszystkich szpitalach osobne pawilony dla chorych durowych. (Dok. nast.).

† Dr. Piotr Seifman.

D. 24 b. m. zakończył długie i pożyteczne życie Dr. Piotr Seifman.

Zmarły przyszedł na świat r. 1823 w Warszawie. Szkołę weterynaryi ukończył r. 1848 w Warszawie. Awansując z posady na posadę, w r. 1860 mianowany został pomocnikiem dyrektora warszawskiej Szkoły weterynaryjnej, a obok tych obowiązków wykładał od r. 1862 w stopniu adjunkta policyę weterynaryjną i epizoocyologię w warsz. Akademii medykochirurgicznej. W tymże 1862 r. mianowany został dyrektorem warsz. Szkoły weterynaryjnej. Z końcem r. 1862 objął katedrę weterynaryi w Instytucie rolniczo-leśnym w Puławach, a w 1865 znowu został przeniesiony do Warszawy, gdzie mu poruczono wykłady z epizoocyologii w Szkole głównej,a jednocześnie rozpoczął studya na Wydziale lekarskim. W r. 1869 otrzymał stopień lekarza, powtórnie został dyrektorem warsz. Szkoły weterynaryi, a w charakterze docenta Uniwersytetu warsz. wykładał o chorobach pomorkowych. W r. 1874 został dyrektorem Instytutu weterynaryjnego w Kazaniu. W r. 1879 złożył egzamin i obronił rozprawę na stopień doktora medycyny; w r. 1881 powołany został do Lwowa na dyrektora mającej się otworzyć Szkoły weterynaryi, której całem urządzeniem kierował. W r. 1897, po śmierci prof. Walentowicza, objął ś. p. Seifman wykłady weterynaryi w Uniw. Jagiellońskim, lecz wiek sędziwy i podupadające zdrowie skłoniły go już po roku do opuszczenia tego stanowiska.

Zostawił 44 rozpraw z zakresu swego ściślejszego zawodu. Był członkiem Towarz. lek. krakowskiego i jak długo starczyły siły, brał pilny udział w jego posiedzeniach. Wychował kilka pokoleń światłych weterynarzy; czczony, jako nieposzlakowany człowiek i zasłużony obywatel, zeszedł ze świata wśród powszechnej czci społeczeństwa, które wysoko ceniło zalety i długoletnie jego zasługi.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29. stycznia.

* *W sprawie wyboru jednego członka zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej otrzymaliśmy dwa pisma, które zamieszczamy w porządku chronologicznym:*

Imieniem szerszego grona upraszamy P. P. Kolegów, aby przy wyborze uzupełniającym do Izby lekarskiej w dniu 31. b. m. oddali swe głosy p. kol. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi.

Dr. T. Browicz, Dr. M. L. Jakubowski, Dr. K. Kostanecki, Dr. Fr. Krzyształowicz, Dr. Fr. Murdzieński, Dr. J. Nowak, Dr. J. Raczyński, Dr. Wł. Reiss, Dr. A. Rosner, Dr. M. Rutkowski.

Szanowna Redakcyo!

Imieniem wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy upraszamy o łaskawe zamieszczenie w »Przeglądzie lekarskim« następującej notatki:

»Na ostatniem swem posiedzeniu uchwalił jednogłośnie wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy, jako Komitet przedwyborczy, popierać kandydaturę Dra Adama Langiego, okulisty, na członka Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej«.

Z poważaniem

Przewodniczący: *Dr. H. Jordan.* Sekretarz: *Dr. Weinsberg.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem wybrano na członków czynnych: Dr. M. Kozłowskiego, Dr. E. Ehrenpreisa, Dr. K. Flisa i Dr. Z. Steuermarka. W dalszym ciągu kol. Dr. Gliński demonstrował okaz anatomiczny, poczem kol. Dr. Lewkowicz miał odczyt: 1) O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych i 2) Przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego w wzgórku wzrokowym, w sąsiedztwie szypułki mózgowej lewej.

* »Russkij Wracz« donosi, że z powodu przeniesienia się Dr. Biernackiego z Warszawy do Lwowa, zamierzone wydawnictwo »Postępu lekarskiego« zostało zaniechane.

* Wiadomości osobiste. Dr. Mieczysław Biliński, asystent sanitarny, został przeniesiony z Jarosławia do Nadwornej.

* D. 15 lutego odbędzie się w Wiedniu XIII wiec Związku austryackich lekarzy (*Oesterreichischer Aerztevereinstag*). Najważniejszą sprawą obrad tego wiecu będzie uchwalenie takiej zmiany statutu, która nada prawo każdemu lekarzowi austryackiemu stania się członkiem instytucyi wsparć dla wdów i sierót po lekarzach, a której dotychczasowa działalność nie rozciągała się na całe państwo. Zarząd wiecu wzywa, ażeby Towarzystwa lekarskie, życzące przystąpić do ogólnego Związku lekarzy austr., wybierali delegatów na wiec już podług zmienionego § 4-go statutu, mianowicie, ażeby na 25 członków stowarzyszenia przypadał jeden delegat; jeżeli zaś liczba przenosi 25, to ma się liczyć za 50 członków, co uprawnia do wyboru dwóch delegatów. Jeżeli Towarz. lekarskie składa się z sekcyj, to każda z nich wysyła delegatów podług wyżej oznaczonej liczby, a ogólne zgromadzenie wszystkich sekcyj może wysłać jeszcze jednego delegata, przedstawiającego ogół Towarzystwa.

* Komitet organizujący społeczno-lekarski wiec, który ma się odbyć w Wiedniu w m. kwietniu, uchwalił: każdy związek (względnie każda sekcya związku), jeśli jest reprezentowany przynajmniej przez jednego delegata, posiada prawo trzech głosów. Uchwały zapadają prostą większością głosów. Każdy delegat może mówić w swoim rodowitym języku.

Porządek wiecu będzie następujący: w sobotę (11—IV) po południu przyjęcie delegowanych; wieczorem ogólne zgromadzenie z jedynym punktem porządku dziennego: organizacya państwowa i ogólna debata. Nazajutrz posiedzenie z porządkiem dziennym: organizacya państwowa i specyalna debata, oraz sprawa kas chorych. Trzeciego dnia: sprawa ambulatoryów, lekarzy pomocniczych i dentystów.

* Czytelnicy przypominają sobie zaniepokojenie wśród ogółu lekarzy austryackich, które wywołał okólnik ministra sprawiedliwości, naka-

zujący sędziemu ściąganie protokołu śledczego z chorych, pomimo orzeczenia lekarza, że badanie to zagraża życiu badanego. Pan minister usiłuje w drugim okólniku wyjaśnić i usprawiedliwić to swoje zarządzenie. Z długiego, pełnego kontradykcyj i chwiejności dokumentu, wyciągamy myśl zasadniczą p. ministra: lekarz musi być wzywany przez sędziego do orzeczenia, czy mający zeznawać chory jest poczytalny i czy jest zdolny do świadczenia; natomiast, sędzia nie potrzebuje krępować się orzeczeniem lekarza, że badanie może zagrażać życiu badanego, gdyż stać się może, że chory umrze, a tem samem ubędzie ważny, albo nawet jedyny świadek. Dobro więc sprawy, będącej w dochodzeniu, może wymagać, że sędzia ściągnie protokół z chorego, pomimo orzeczenia lekarza. Pan minister stawi zatem na pierwszem miejscu dobro sprawy, będącej w dochodzeniu, a na drugiem życie człowieka. Jest to stanowisko, pomijając motywa wszechludzkiej etyki, zupełnie sprzeczne z powołaniem, sumieniem i przysięgą lekarza, oraz z jego kompetencyą zawodowego znawcy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień I (1—10—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 69, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 12 (3 zam.), z zapalenia płuc 8 (2 zam.), z płonicy 4 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

* Między 14 a 20 stycznia doniesiono władzy o nowych dwóch przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), horodeńskim (gm.), kałuskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. anatomii patologicznej w Uniwersytecie warszawskim, Dr. Ed. Przewoski, mianowany został profesorem zwyczajnym. Dr. Ordonez i Dr. Munoz zostali profesorami w Sewilli, pierwszy — ogólnej patologii, drugi — ginekologii. Dr. Gerulanos — mian. prof. chirurgii w Atenach. Dr. Bertelli mian. zwycz. prof. anatomii w Padwie. Dr, Laehr mianow. prof. neurologii w Berlinie. Dr. Krause mian. prof. anatomii w Berlinie. Dr. Fiodorow mian. prof. chirurgii w Petersburgu. Dr. Wołkowicz — prof. chirurgii w Kijowie.

Nekrologia. Dr. Rainer Woliński l. 77 zmarł w Białej Siedleckiej. Dr. Colasanti, prof. farmakologii, — w Rzymie. Dr. Lawdowski, prof. embryologii — w Petersburgu. Dr. Albu, b. profesor — zmarł w Berlinie — Dr. Teodor Stahlberger, prymaryusz szpitala w Stryju zmarł 27. b. m.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych (dok.). Szpilman: Dr. Behringa jennerynacya jako środek zwalczania gruźlicy bydła.

— *Medycyna* Nr. 3. Barącz: W sprawie leczenia wąglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra *(Collargolum)* i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych (dok.). Halle i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne (c. d.). Jakimiak: Włókniako-mięśniak macicy powikłany ciążą.

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Szleifstein: Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny. Pawiński: Apocynum — cannabinum — jako środek nasercowy i moczopędny (dok.)

— *Kronika lekarska* Z. 1. Pański. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego prawego. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (c. d). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriím koryneovitým (c. d.) Pexa: Případ cirrhosy jaterní v dětském věku. Slavík: Těžké uškození na těle dle § 152 neb 155 lit. *a)* tr z. ?

Liečnički Viestnik Nr. 1. Rihtarić: Nekoliko rieči o pučkom lječilištu za tuberkulozne na Sljemenu. Malec: Tri gynaekolozka instrumenta novijeg datuma i njihova uporaba.

— *La Presse médicale* Nr. 5. Faure: Zasady chirurgii. Comar: Samospostrzeganie u osób histerycznych *(L'auto-representation chez les hystériques)*. Martinet: Żywienie nadmierne suchotników.

— Nr. 6. Albarran i Cottet: Rola bakteryi anaerobów w zakażeniu moczowem. Remlinger: Ostry stan zakaźny wątroby, pozorujący ropień wątrobowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. O wyskoku, jako leku podług wyniku badań w ostatnich dziesiątkach lat Camp: Zdarzające się rodzinne wrodzone wady serca, oraz przyczynek do rozpoznawania trwania tętniczego przewodu Botalla. Laqueur: Związki srebrowe moczu. Lipmann-Wulf: Przetoka cewki moczowej a rak. Kyes i Sachs: Przyczynek do wiedzy o czynnej substancyi jadu okularnika (c. d.). Krause: Stan lecznictwa i jego zastosowanie w Chinach (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Sihle: Przyczynek do patologii i terapii dychawicy. Strubell: Zbior objawów Meniera, połączony z bezwęchem i bezsmakiem. Hamburger: O wzmaganiu się swoistej jadowitości *in vitro*. Kienböck: O zmianach w kościach przy rzeżączkowem zapaleniu stawów i o ostrym zaniku kości wogóle.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Peters: Uwagi w sprawie jaglicy. Merkel: Użycie kw. borowego w medycynie wewnętrznej. Kehr: Przypadek rozległej resekcyi przewodu żółciowego i wątrobowego z powodu raka z następowem wycięciem pęcherzyka żółciowego i hepatiko-duodenostomią. Neumann: O myogenie nowym przetworze białkowatym. Groth: Przyczynek do nauki o pryszczach, występujących podczas zaszczepienia w blizkości ranki szczepiennej, oraz o osutkach poszczególnych. Kerschensteiner: Sprawozdanie z ambulatoryum klinicznego Instytu dla medycyny wewnętrznej w Monachium. Manz: O operacyi zaćmy u starców (dok.). Rumpel: Doświadczenia ku praktycznemu zużytkowaniu kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerkowych (dok.). Spaet: Przyczynek do historyi fizyologii trawienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. M. Neisser i Shiga: O wolnych receptorach prątków duru i czerwonki i o jadzie czerwonki. Schütze: Rozróżnianie ludzkich kości od zwierzęcych za pomocą różniczkowej metody Wassermanna. Engelmann: Uwagi nad tak zw. fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Füth: Cukrzyca a ginekologiczne operacye. Feinberg: O utkaniu i przyczynach guzów rakowatych.

Redakcya otrzymała. Adamkiewicz: Wiederherstellung des Sehvermögens eines durch Krebs fast erblindeten Auges mit Hilfe meiner Cancroin-Methode. Landau I.: Szkoła a choroby zakaźne. Reuss: Die Anwendung der Elektricität bei Augenentzündungen. Ryłko: Przypadek sympodii.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 4. lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Majewski wygłosi odczyt: „O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i o sposobach ich wykrycia“. (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 7 Lutego 1903. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O sposobie działania wyskoku na czynność gruczołów trawieńcowych

Podał

Dr. L. Popielski

docent fizyologii.

Oddawna wiadomą jest rzeczą, że pod wpływem wyskoku czynność wydzielnicza gruczołów trawieńcowych się wzmaga. Jednak pytanie, w jaki sposób odbywa się to działanie, zostało dopiero w ostatnich czasach rozstrzygnięte.

Jeżeli do żołądka doprowadzimy wyskok w postaci wódki lub w jakiejkolwiek innej postaci, to wkrótce spostrzegamy wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

O sposobie działanina wyskoku możemy wyrazić dwa przypuszczenia: 1) albo wyskok działa miejscowo, drażniąc zakończenia nerwowe w błonie śluzowej żołądka, a więc wywołuje wydzielinę soku żołądkowego w sposób odruchowy; 2) albo bywa on przedewszystkiem wchłoniętym do krwi i dopiero wtedy działa na gruczoły trawieńcowe bądź bezpośrednio, bądź przez pośrednictwo układu nerwowego. Na korzyść działania odruchowego wyskoku pozornie przemawiają doświadczenia doktora Zawrjewa[1]), wykonane pod kierukiem J. Pawłowa w pracowni fizyologicznego Instytutu medycyny doświadczalnej. Dr. Zawrjew przeprowadził swoje badania na dwóch małych psach z małym żołądkiem, izolowanym według metody Heidenheina-Pawłowa. Wprowadzając do dużego żołądka rozmaite ilości 95% wyskoku i pozostawiając w nim w przeciągu 5 minut, po upływie których wyskok był usunięty, zauważył autor, że z małego żołądka wydziela się sok żołądkowy w znacznej ilości, przewyższającej nawet ilość soku, wydzielającego się w postaci soku t. zw. „psychicznego“ pod wpływem jedzenia mięsa. W niektórych doświadczeniach po usunięciu wprowadzonego do żołądku wyskoku, pozostawało w przewodzie pokarmowym zaledwie 5 sz. ctm³, a wydzielanie soku żołądkowego następowało znaczne. Podobne doświadczenie wykonał autor z wyskokiem o słabszej koncentracyi, z 40%, a nawet 10%. Jednocześnie z wzmnożoną wydzieliną soku żołądkowego autor spostrzega w niektórych doświadczeniach obfitą wydzielinę śliny, silne zaniepokojenie zwierzęcia, skowyczenie, mętny wzrok — jednem słowem zwykłe objawy upicia się zwierzęcia.

Oczywiście, że tylko co przytoczone objawy upicia się, mogły służyć za dostateczne wskazówki, że wydzielina soku żołądkowego jest tylko wyrazem ogólnego zatrucia wyskokiem, który z żołądka lub kiszek przeszedł do krwi. Dr. Zawrjew jednak uważa wyskok za swoisty bodziec błony śluzowej żołądka, a wydzielinę soku żołądkowego za odruchową. Na dowód swojego poglądu autor przytacza jedno doświadczenie, w którem po wprowadzeniu psu do odbytnicy 200 ctm.³ 10% wyskoku, nie zauważył w przeciągu dwóch godzin żadnej wydzieliny soku żołądkowego. Doświadczenie to nie może być uważane za rozstrzygające, albowiem autor nie przytacza żadnych wskazówek co do ogólnego stanu ustroju psa pod wpływem wprowadzonego do odbytnicy wyskoku, a mianowicie dr. Zawrjew nic nie wspomina, czy pies znajdował się w stanie upicia, które na tyle działa przygnębiająco na tkanki narządów, że w pierwszych dwóch godzinach może nie nastąpić żadna wydzielina soku żołądkowego; również u Dra Zawrjewa nie znajdujemy żadnych wskazówek co do tego, czy na drugi dzień lub w dnie następne wydzielina soku żołądkowego nie była wzmożoną.

Doświadczenia Frouina i Moliniera[2]) przedstawione paryskiej Akademii nauk, rozstrzygają stanowczo i najzupełniej zadowalniająco zagadnienia o sposobie działania wyskoku. Wnioski tych autorów są wręcz przeciwne wnioskowi dra Zawrjewa.

Frouin i Molinier wykonali swoje doświadczenie na dwóch psach, u których żołądek był zupełnie odosobniony od reszty przewodu pokarmowego z zachowaniem jednakże w całości nerwów błędnych. Badacze ci przedewszystkiem przekonali się, że wprowadzenie 20 sz. ctm³ 30% wyskoku (kieliszek wódki) do kiszek przez usta wywołuje zawsze znaczną wydzielinę soku żołądkowego. Doświadczenia te z całą stanowczością wykazują, że wyskok nie może być uważany za „swoisty“ bodziec błony śluzowej żołądka, gdyż w doświadczeniach Frouina i Moliniera wyskok przechodzi wprost do kiszek, mijając żołądek.

Można było jednak przypuszczać, że wyskok, stykając się z błoną śluzową jamy ustnej, wywołuje wrażenia smakowe, które znowu spowodowują wydzielinę „psychicznego“ soku żołądkowego. Zarzut ten upada dlatego, że wprowadzenie wyskoku przez odbytnicę wywołuje wydzielinę soku żołądkowego.

Frouin i Molinier najpierw określili, jaka ilość soku na dobę wydziela się w warunkach prawidłowych, a następnie wprowadzili do odbytnicy 200 sz. ctm³ 20% wyskoku. Już po upływie 20 minut psy były zupełnie pijane, nie były w stanie wykonywać żadnych ruchów i wkrótce zapadły w głęboki sen. Po upływie 4 godzin u jednego z nich wydobyto z żołądka 135 sz. ctm³ (średnia ilość soku na dobę = 312 sz. ctm³), a u drugiego 22 sz. ctm³ (średnia ilość

[1]) Materyały k fiziologii i patologii żeladocznych żelioz. Dysertacya. Petersburg 1900.

[2]) Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris 1901.

soku na dobę = 280 sz. ctm³). Po upływie 24 godz. u pierwszego psa wydobyto 135 sz. ctm³ + 420 sz. ctm³ = 550 sz. ctm³, a u drugiego 22 sz. ctm³ + 400 sz. ctm³ = 422 sz. ctm³. Psy w przeciągu 24 godzin nic nie jadły i tylko po upływie 8 godzin dostały wody do picia. W następnych po doświadczeniu dniach wydzielina soku żołądkowego zachowywała się w następujący sposób:

U psa *A* na drugi dzień otrzymano soku żołądkowego 1100 sz. ctm³; na 3-ci dzień — 1055 sz ctm³; na 4-ty dzień 430 sz. ctm³; na 5-ty dzień — 970 sz. ctm³.

U psa *B* na 2-gi dzień — 1330 sz. ctm³; na 3-ci dzień 1350 sz. ctm³; na 4-ty dzień — 570 sz. ctm³; na 5-ty dzień 885 sz. ctm³.

Można było jednak myśleć, że wyskok działa na zakończenia nerwowe błony śluzowej żołądka, przechodząc z krwi do żołądka. Przypuszczenie to odpada dlatego, że alkohol znika z soku żołądkowego już po upływie 48 godzin, a wzmożona wydzielina soku trwa w przeciągu 5 dni. Wobec tego, że alkohol wywiera swoje działanie w przeciągu długiego czasu, autorowie wnioskują, że wyskok, przechodząc do krwi, pobudza do czynności gruczoły trawieńcowe za pośrednictwem układu nerwowego.

Tak więc dobroczynne działanie kieliszka wódki na gruczoły trawieńcowe otrzymujemy kosztem zatrucia całego ustroju, wskutek czego stosowanie wyskoku winno być tylko lecznicze, a codzienne używanie kieliszka wódki już jest n a d u ż y c i e m. Jeżeli chcemy otrzymać wzmożenie czynności wydzielniczej gruczołów trawieńcowych za pomocą wyskoku, to wystarczy używać go raz na 3—5 dni, ale pod żadnym pozorem nie codziennie.

W pracowni mojej prowadzą się obecnie badania nad działaniem wyskoku na czynność wydzielniczą trzustki; o wynikach tych badań podam na tem miejscu.

• • •

II. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Sprawa wycinania rakowato zmienionej macicy jest omawiana w bieżącem piśmiennictwie; idzie właśnie o operowanie jużto od strony pochwy, jużteż od strony powłok brzusznych. Jak na dzisiaj sprawa to jeszcze niedojrzała i do ostatecznego rozstrzygnięcia się nie nadaje. Sposób operowania przez pochwę jest wydoskonalony, sposób zaś operowania od powłok brzusznych dopiero jest w rozwoju. Mamy zatem dane nierówne, których z tych powodów porównywać nie należy, musimy więc nieco zaczekać. Mimo to atoli zdania się ścierać mogą bez pretensyi, aby były rozstrzygającemi, w celu rozjaśnienia bądź co bądź zagadnień zawiłych, a bardzo ważnych i doniosłych.

Wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest operacyą bardzo łatwą; technika operacyjna nader wydoskonalona. Wyniki operacyjne świetne, lecz co do sprawy uleczalności raka macicy niezbyt korzystne. — Nawroty cierpienia są tak częste, odsetek doszczętnego usunięcia raka tak mały, że niektórzy operatorowie popadają w zniechęcenie, a dawały się słyszeć głosy o bankructwie operacyj, zmierzających ku doszczętnemu leczeniu raka.

W obec tego naturalnem jest, że istnieje dążność do poprawy i w tej też myśli w ostatnich latach podał W e r t h e i m nową metodę, głęboko obmyślaną, w szczegółach starannie i zupełnie opracowaną, wycinania macicy rakowatej drogą utorowaną przez powłoki brzuszne — Myśl operowania raka tą drogą jest dawniejsza, a sposób operowania zalecony przez W e r t h e i m a jest zupełnie nowy. Metodą tą operowałem kilkanaście przypadków, mam do zanotowania pomyślne i niepomyślne wyniki; operowałem przypadki różne, wogóle zbyt mało, abym mógł stanowcze wypowiadać zdanie. Sprawa leczenia raka jest bardzo zawiłą i wymaga uwzględnienia różnych okoliczności. Jak na dziś możemy mówić o znaczeniu nowego zabiegu, o stronie jego technicznej, o wynikach pooperacyjnych, czy zabieg ten uprawniony i co mu rokować można. — Lecz, by mówić o znaczeniu tego zabiegu w obec kwestyi uleczalności raka macicy, musimy mieć daty statystyczne, oraz więcej przypadków operowanych i przez szereg lat obserwowanych.

Jeżeli się zastanowimy nad wycinaniem macicy rakowatej przez powłoki brzuszne i przez pochwę, to przedewszystkiem musimy przyznać, że rzecz ma się tu podobnie jak z krwistekiem pozamacicznym: mamy do czynienia z dwoma różnymi zabiegami operacyjnymi, o różnej rozległości i doniosłości.

Przez pochwę wycinamy macicę, jej przydatki i ograniczoną część więzów szerokich, względnie tkanki łącznej, znajdującej się w miednicy. — Jeżeli rak macicy poza te granice nie sięga jeszcze, możemy mówić o doszczętnem usunięciu raka macicy; jeżeli te granice przekroczył, operacya wycięcia macicy jest tylko zabiegiem połowicznym, lecz w mojem przekonaniu i tak dla chorej bardzo korzystnym i pożądanym.

Sposobem przez W e r t h e i m a podanym, czyli przez powłoki brzuszne, możemy wycinać nietylko macicę, ale możemy usunąć tkankę łączną w miednicy od kości do kości, możemy wyjąć chorobowo zmienione gruczoły pozaotrzewnowe.

Jeżeli jest możebnem doszczętne usunięcie raka przez wycięcie macicy przez pochwę, jeżeli jest możebnem trwałe wyleczenie drogą od pochwy, a wiemy z piśmiennictwa, że to jest możebne, to przyznać musimy, że sposobem W e r t h e i m a powinno się to udawać częściej i pewniej, gdyż się posługujemy zabiegiem o daleko szerszym zakroju.

Jeżeli rzucimy okiem wstecz na rozwój leczenia operacyjnego raka macicy, to łatwo spostrzedz możemy, że wszelkie usiłowania operatorów dążyły ile możności do jaknajdokładniejszego i najobszerniejszego wycięcia części rakowato schorzałych. — Rozwój ten dokonywał się szybko, prawie za naszej pamięci, przed naszemi oczyma.

Najpierw wypalano albo niszczono raka środkami żrącymi, później odcinano części rakowato zmienione, usuwano część pochwową macicy. Gdy to się okazało niedostatecznem, powstała operacya lejkowatego wycinania szyi macicy H e g a r a; dalej amputacya nadpochwowa S c h r o e d e r a, dalej wycięcie całkowite macicy, a gdy i to niewystarczyło, dodano jeszcze wycięcie przydatków macicy i tkanki sąsiedniej, o ile to tylko przez pochwę było możebne. Wyniki trwałego wyleczenia raka macicy wykazują, że wprawdzie

trwałe wyleczenie możebne, ale sposoby dzisiejsze są niedostateczne, więc że jeszcze dalej nam iść należy.

Istnieją usiłowania, by rozszerzyć działanie operacyjne od strony pochwy i udogodnić przystęp do pola operacyjnego przez rozcięcie pochwy na boki; zapewne, tym sposobem więcej zrobić możemy: można więcej wyciąć tkaniny obok macicy, ale tylko do pewnych granic, a oprócz tego stajemy blisko możebności obrażenia narządów sąsiednich z braku przejrzystości pola operacyjnego. Dzisiaj doszliśmy już tak daleko, że chcąc rozszerzyć zakres naszej działalności operacyjnej wobec raka macicy, droga od strony pochwy nam niewystarcza. Najbliższą myślą jest: operowanie od strony powłok brzusznych, przeniesienie pola operacyjnego do jamy brzucha.

Operacya zalecona przez Wertheima nie jest niczem więcej, jak jednym krokiem dalej na tej drodze, którą w sprawie leczenia raka macicy od lat wielu kroczymy. Krok stanowczy, rozstrzygający, mogący stanowić chwilę przełomową w historyi leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane sposobem Wertheima, jak już kilkakrotnie zaznaczono, odnoszą się do bardzo jeszcze ograniczonej liczby przypadków.

Wertheim ogłosił wyniki uzyskane w 90 przypadkach, w trzech seryach po 30:

z pierwszej seryi zmarło 12 przypadków czyli 40%
z drugiej „ „ 5 „ „ 16.6%
z trzeciej „ „ 3 „ „ 10%.

Dość spojrzeć na te liczby, aby przyjść do przekonania, że wyniki nowego zabiegu są coraz lepsze. Jeżeli można było po dzień dzisiejszy obniżyć odsetek śmiertelność z 40% na 10%, musimy mieć nadzieję, że ten odsetek dalej obniżać się będzie w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnej i leczenia pooperacyjnego. — Śmiertelność 10% nie o wiele przekracza odsetek śmiertelności, jaki podają niektórzy autorowie w przypadkach wycinania macicy przez pochwę.

Samo to spostrzeżenie wystarcza do wypowiedzenia zdania, że zabieg Wertheima ma warunki do rozwoju i jest zupełnie usprawiedliwiony.

Co do techniki operacyjnej, to aczkolwiek operacya Wertheima w szczegółach jest obmyślana i opracowana, muszą zajść zmiany, które na wyniki operacyjne wpływ wywrzeć będą musiały. Wertheim sam, jak to z jego publikacyi widoczne, poczynił już pewne zmiany i w szczegółach operuje dzisiaj nieco odmiennie, jak to czynił zrazu. Wiemy nadto, że się już pojawiły metody, które dążą do poprawienia zabiegu Wertheima, a autorowie, którzy tym sposobem operują, czynią poprawki, prawie każdy na swoją modłę.

Nie możemy pominąć okoliczności, że Wertheim operuje wszystkie przypadki, w których zabiegi operacyjne jeszcze wykonać się dają, a zatem i bardzo niekorzystne, jak to widzieć można z opisu poszczególnych jego operacyj, oraz z tej okoliczności, że po otwarciu jamy brzucha przekonywał się, że przypadek już się do operowania nie nadawał.

Z pomiędzy chorych, które się do nas zgłaszają, tylko pewna część przypadków raka macicy nadaje się wogóle do zabiegów operacyjnych, druga zaś część dotyczy takich przypadków, które są tak daleko posunięte, że o operowaniu ich mowy być nie może.

Pod tym względem stosunki różnie się przedstawiają i tak n. p. Doederlein podaje, że z pomiędzy chorych, które się do niego zgłaszały, 45% nadawało się jeszcze do operacyjnego leczenia. Schauta i Chrobak podają ten odsetek dla Wiednia na 15.

Metodą Wertheima zakres możebności operowania stanowczo się rozszerza. Doederlein, operując sposobem Wertheima, doszedł do tego, iż operował 60% chorych, które się do niego w tym czasie zgłosiły. Wertheim podaje, że w I seryi przypadków operował 29% kobiet, które się do niego z rakiem macicy zgłosiły; w II seryi 40%, a w III seryi 52.9%.

Tym liczbom sądzę, także nie można odmówić znaczenia.

Świat naukowy przyjął zrazu operacyę Wertheima z pewnem niedowierzaniem, jak to zwykle bywa wobec rzeczy nowych. Rosthorn, który operował kilkadziesiąt przypadków, wcale nie wyrażał się zachęcająco na Zjeździe ginekologów w Giessen. — Od niejakiego atoli czasu widać w piśmiennictwie zwrot ku tej metodzie. Doederlein podaje, że operował 26 przypadków, z których stracił 6. Zweifel operował 21, stracił 4. Są to wysokie odsetki śmiertelności; atoli śmiertelność w pierwszej seryi Wertheima była daleko wyższa.

Okoliczność, że przy pomocy metody Wertheima możemy rozszerzyć wskazania do wycinania rakowatej macicy, a nawet i uzyskane pomyślne wyniki operacyjne, co do śmiertelności, nie mogą przesądzać jeszcze, jaki będzie wynik odsetkowy trwałego wyleczenia raka macicy. Lepszych wyników spodziewaćby się należało, ale, jak powiedziałem, dziś jeszcze przesądzać trudno, trzeba poczekać.

Dlatego też głosy, potępiające tę metodę są niewątpliwie przedwczesne. Między zdaniami niechętnemi dla tej metody czytałem zarzut, że niektórzy operatorowie ze względów oportunistycznych operują w klinikach metodą Wertheima, a w praktyce prywatnej przez pochwę. Bardzo poważne podstawy musiały autora skłonić do wypowiedzenia tak ciężkiego zarzutu; oportunizm taki, jeżeli istnieje, stanowczo potępiam. Na 12 kobiet, które operowałem, 8 było takich, które się zgłosiły jako chore kliniczne, 4 zaś z praktyki prywatnej. Z tych ostatnich 1 operowałem prywatnie, a 3 przyjąłem na klinikę.

Chociaż mnie ten zarzut obchodzić osobiście nie może, to przecież muszę wziąć nieco w obronę kolegów operujących, do których on był wymierzony.

Pomijam już okoliczność, że szpitale i kliniki są zakładami gdzie się wydoskonalały zawsze zabiegi operacyjne, które potem stawały się własnością i dobrodziejstwem ogółu, ważniejszem sądzę jest to, że odgrywają tu rolę bardzo ważną warunki społeczne chorej osoby.

Osoba, której zamożność starczy na stałą opiekę lekarską i na to, aby miała środki i przybory niezbędne do leczenia, nawet nie operowana może całe miesiące a nawet i lata być w stanie stosunkowo znośnym utrzymana, pomimo raka macicy. Osoba taka ma mniej do stracenia i więcej się u niej z niebezpieczeństwem zabiegu liczyć należy. Przeciwnie osoba biedna, mieszkająca zdala od lekarza i od miasta, pozbawiona opieki lekarskiej, a wiemy, że jako nieuleczalna, do szpitala przyjętą być nie może, znajduje się ku schyłkowi życia w stanie bardzo opłakanym. Kto widział

te krwotoki, wobec których rodzina stoi bezradna, i czuł te cuchnące wyziewy, wydzielające się z legowiska takiej chorej, słyszał narzekania, widział rozpaczliwe położenie jej i otoczenia, ten przyznać musi, że ta osoba nie ma tak wiele do stracenia i że nawet ryzykowniejsza operacya jest dla niej dobrodziejstwem, jeżeli stan znośniejszy sprowadzić może.

Wycięcie macicy rakowatej oprócz tego, że może doprowadzić do doszczętnego wyleczenia, przynosi chorym operowanym bardzo często nawet w przypadkach nawrotu cierpienia wielką korzyść, na którą autorowie zbyt mało zwracają uwagi. Korzyść doniosłą w tych nawet przypadkach, gdzie rak daleko bardzo już posunięty i gdzie nie mamy wiele nadziei na doszczętne wyleczenie i spodziewamy się nawrotu na pewno. Korzyść ta polega na tem, że rak zewnętrzny, rozpadający się, zostaje zamieniony w razie nawrotu cierpienia na raka wewnętrznego. Tym sposobem usuwamy krwotoki i cuchnące odchody, a osoba taka, chociaż wreszcie ginie na raka, czasem się nawet do śmierci nie domyśla przyczyny cierpienia. Nadto jestem stanowczo przekonany, że przez usunięcie rozpadu i krwotoków przedłużamy niewątpliwie życie takiej osoby. Ta korzyść, niestety, nie ujawnia się we wszystkich operowanych przypadkach, ale tam, gdzie się ujawnia, ma doniosłe znaczenie. Liczyć zaś na nią możemy więcej w tych przypadkach, w których doszczętniej usuwamy raka miejscowo.

Kierunek dzisiejszy, aby operować raka ile możności doszczętnie i dążność przeniesienia pola operacyjnego z pochwy do jamy brzucha, nie przesądza o tem, iż przyjdzie czas, że będziemy się starać przenieść pole operacyjne z jamy brzucha do pochwy, a będzie to miało miejsce wówczas, gdy będziemy umieli raka rozpoznawać wcześnie i gdy się będą do nas zgłaszać osoby w samym początku cierpienia. Nawoływanie w tym kierunku jest bardzo słusznem i przyniosło już dobre wyniki, bo niektórzy autorowie podają, że pomiędzy zgłaszającemi się osobami zwiększa się odsetek przypadków, nadających się do zabiegów operacyjnych.

Do tego atoli, aby tym sposobem poprawić wyniki doszczętnego wyleczenia raka, jeszcze daleko i na razie musimy dążyć jeszcze ile możności do jak najrychlejszego i najdoszczętniejszego wycinania raka.

Między zarzutami wyczytałem jeszcze jeden, którego dobrze nierozumiem, a mianowicie: że operatorowie, którzy pragną wycinać zbyt wielkie włókniaki przez pochwę, a równocześnie chcą operować raka macicy przez powłoki brzuszne, postępują nielogicznie.

Przyznaję się do tego, że włókniaki, które równie doszczętnie i skutecznie można operować tą lub inną drogą, będę się starał operować zawsze przez pochwę, o ile to tylko będzie możebne, gdyż to zabieg mniej niebezpieczny i sądzę, że to naturalne i logiczne. — Z drugiej strony, kiedy przekonuję się, że wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest niewystarczające i nie usuwa choroby dostatecznie, będę wycinał macice od strony powłok brzusznych, jeżeli ten sposób jest więcej wystarczający i usuwa cierpienie doszczętniej, mimo że operacya tą drogą może być nieco niebezpieczniejszą i sądzę, że to logiczne. Wobec tego zarzut, którego istotnie nie rozumiem, uważam za nieuzasadniony.

Zdaje mi się, że tymi wywodami dostatecznie naszkicowałem wzajemny stosunek dróg, których w dzisiejszej ginekologii najczęściej używamy w celach operacyjnych, t. j. drogi od strony pochwy i od strony powłok brzusznych — Drogi te wzajemnie się nie wykluczają, ale uzupełniają. — Pewne przypadki możemy operować tylko od strony powłok brzusznych, inne tylko od strony pochwy.

W tych, które można operować obu drogami, ilekroć chcemy operować doszczętnie i rozlegle, należy wybierać drogę od strony powłok brzusznych; natomiast ilekroć o to tylko idzie, aby obrać drogę bezpieczniejszą, należy operować od strony pochwy.

* * *

III. Z oddziału laryngologicznego i z zakładu anatomii patologicznej w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny,

asystent oddziału

(Dokończenie).

II. *Jan M.*, l. 36, starszy strażnik skarbowy z Pasiecznej. Przyjęty do szpitala dnia 22 lutego 1902 r. Nieżonaty; rodzice pomarli w podeszłym wieku; troje rodzeństwa zdrowe. W r. 1892 uległ zakażeniu kiłowemu; leczenie przeciwkiłowe (60 wcierań szarej maści). Obecne cierpienie, t. j. duszność miała się rozpocząć nagle napadem w dniu 19 kwietnia 1901; napad ten duszności miał trwać dwa tygodnie, przez cały ten czas chory nie mógł leżeć, lecz pozostawał w pozycyi siedzącej. Po tym czasie nastąpiło małe polepszenie; od tej pory chory stale cierpiał na duszność miernego stopnia. W sierpniu 1901 r. były znowu dwa napady duszności, po których utrzymuje się stałe pogorszenie. Z powodu duszności chory od kilku miesięcy nie może już oddawać się obowiązkom swego zawodu.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Duszność znaczna, szczególnie wydechowa: nieznaczne ruchy fizyczne, jak np. spokojne chodzenie, wzmagają ją tak znacznie, iż wydaje się, że natychmiast będzie potrzebną tracheotomia. W spokoju duszność wprawdzie znaczna, ale nieco mniejsza. Przy przechylaniu choremu głowy w tył, podmiotowo i przedmiotowo duszność się zmniejsza. Badanie płuc wykazuje: po stronie lewej od przodu przytłumienie, sięgające od obojczyka do 3-go żebra, w kierunku zaś poprzecznym od linii środkowej mostka na szerokość mniejwięcej czterech palców na lewo; zresztą wypuk wszędzie jawny. W miejscu przytłumienia nieznaczne wygładzenie przestrzeni międzyżebrowej. Serce bez zmian; tony czyste — akcya serca prawidłowa. Tętno dobrze napięte, 90. Ciepłota nie podwyższona. Szmery oddechowe pęcherzykowe, zaostrzone; po stronie lewej z tyłu rzężenia i furczenia średniobańkowe. Kaszel napadowy dość gwałtowny, szczekający.

W nosie i gardle zmian niema. Krtań zewnętrznie prawidłowa; objaw Olivera-Cardarelli wyraźny (tętnienie wyczuwalne przy obmacywaniu chrząstki tarczykowej i pierścieniowej). Badanie wziernikiem wykazało: krtań prawidłowa, ruchomość obu więzadeł zupełnie prawidłowa, tchawica w górze wolna. Ścianę lewą tchawicy widać aż do samego zwężenia; na niej można rozróżnić dokładnie pojedyncze chrząstki; ściany prawej w zwierciadle zupełnie nie widać. Zapomocą tracheoskopu Killiana widać, że prawa ściana tchawicy w miejscu zwężenia, to jest u dołu ponad rozdziałem tchawicy, wtłacza się w postaci wzniesienia, różowawo zabarwionego. Zwężenie przedstawia się we wzierniku jakby pochodzące od wypuklenia się ku światłu tchawicy jej ściany prawej i tylnej. Szpara wązka, (szerokość 2—3 m.) owalna, ułożona skośnie od strony lewej i tyłu ku prawej i przodowi. Badanie promieniami Roentgena wykazało guz, leżący po stronie lewej od mostka, wyraźnie wszechstronnie tętniący.

Rozpoznanie: *Aneurysma arcus aortae* Podano: *Kali jodatum 20·0: 300·00* dwie łyżki dziennie i wziewania z 2% *Natrium bicarbonicum*.

Od dnia przyjęcia, t. j. od dnia 22 lutego do 8 marca stan taki sam; dopiero 8 marca w nocy nastąpiło wzmożenie

się duszności; rano duszność wysokiego stopnia wdechowa i wydechowa tak, że musiano przystąpić zaraz do tracheotomii (Prof. Pieniążek).

Po zrobieniu tracheotomii *(tr. superior)* założono choremu w pozycyi ze zwieszoną głową wziernik tchawiczy. Badanie wykonane tym wziernikiem wykazało: ściana lewa i ściana przednia wypuklone ku światłu tchawicy; ściana przednia nieznacznie, ściana lewa na znacznej przestrzeni wybitnie; ściana prawa wypukła się dopiero nad samym klinem podziału i to w swej części tylnej; w przedłużeniu tchawicy widać tylko oskrzele prawe i to dość głęboko; wejście do niego szerokie, dopiero przy silnem przesunięciu wziernika ku stronie lewej widać klin podziału i wejście do oskrzela lewego. Wejście to jest szparowate, zasłonięte zupełnie wpukloną lewą ścianą tchawicy. Powierzchnia wypuklonej ściany lewej gładka, żywo czerwono zabarwiona; strona prawa i tylna ściana tchawicy nieznacznie przekrwiona. Ściana lewa wybitnie tętni; tętnienie to jest tak silne, iż wyraźnie udziela się wprowadzonemu wziernikowi; również wybitnem jest tętnienie klinu podziałowego tchawicy.

Założono długą rurkę elastyczną, sięgającą prawie aż do podziału; oddech swobodny, szmery oddechowe po obu stronach jednakowego natężenia. Po operacyi ciepłota 38·2.

10 marca. Z powodu trudności w wykrztuszaniu zasychającej wydzieliny pogorszenie oddechu, a po wziewaniach polepszenie.

11 marca. Pogorszenie się oddechu; po założeniu kaniuli mniej głęboko, nastąpiło polepszenie.

12 marca. Wieczorem tegoż dnia znowu zwiększenie się duszności; badanie wziernikiem tchawiczym wykazało na ścianie prawej tchawicy, mniejwięcej poniżej połowy jej wysokości zwieszający się i przy ruchach oddechowych poruszający się strzęp oddzielonej błony śluzowej; strzęp ten wyjęto szczypczykami tchawiczemi. Założono znowu długą kaniulę elastyczną, ale już nie tak głęboko, jak poprzednio; oddech dość dobry. Chory czuje się znacznie osłabionym tak utrudnionym oddechem, jak i bezsennością; przeważnie siedzi i ma wejrzenie nieco charłacze. Ciepłota 38·3, tętno 108, regularne, dobrze napięte. W płucach po obu stronach świsty, furczenia, grubo bańkowe tchawicze rzężenia.

13 marca. Najlepszy jeszcze oddech przy niezbyt głęboko założonej rurce; gdy chory chce odkaszlnąć, wpycha ją sobie sam głębiej; — duszność, choć nieznaczna, nawet przy kaniuli. Chory coraz bardziej osłabiony, nie je, nie śpi, dzień i noc przeważnie siedzi, twarz jego przybiera coraz bardziej wejrzenie charłacze. Ciepłota 38·2.

14 marca. Chory żali się bardzo na długą rurkę; założono mu więc krótką, zwykłą, ale już po pół godzinie musiano ją znowu zmienić na długą, elastyczną. Badanie tchawicy wykazało: ściana lewa mniej się wpukla, niż przedtem; szpara w miejscu zwężenia owalna, idąca od tyłu i od strony lewej ku przodowi i ku stronie prawej. Głębi tchawicy wraz z podziałem dokładnie obejrzeć nie można. Ciepłota wieczorna 39·2, tętno 108. Chory narzeka na strzykające bóle w ręce prawej i pod łopatką prawą.

15 marca, 1902 r. Ciepłota poranna 39·4, zresztą *status idem.* O godzinie $3^1/_2$ popołudniu krwotok z tchawicy (około 100 sz ctm.) i następowy silny napad duszności tak, iż chory posiniał i na krótki przeciąg czasu stracił przytomność. Po wykrztuszeniu krwi nastąpiło polepszenie. Przy badaniu wziernikiem tchawiczym widać silne wtłaczanie się ścian tchawicy przy wdechu prawie aż do zupełnego ich zetknięcia się. Założono długą, elastyczną kaniulę. Szmery oddechowe po stronie lewej znacznie osłabione, w górze w tyle na wysokości kąta łopatki szmery oddechowe oskrzelowe, zresztą rzężenia średnio- i grubo bańkowe, oraz furczenia. Od godziny 4-tej do 10-tej chory stosunkowo dobrze oddychał, o godzinie 10-tej wieczór nagły krwotok śmiertelny.

Sekcya, wykonana w zakładzie anatomii patologicznej, wykazała oprócz rozlanego rozszerzenia części wstępującej i łuku aorty, dwa tętniaki. Jeden tętniak, wypełniony skrzepami warstwowymi, ściśle do ściany przylegającymi, wychodzi ku stronie lewej, wypuklając się ku lewej jamie opłucnowej. Drugi tętniak, worczasty, mierzący w średnicy około 8 ctm., o szyjce szerokiej (6×4 ctm.), zawierający również skrzepy, które częściowo od ściany odstają, wychodzi ku stronie prawej i tyłowi, ugniatając na tchawicę i do niej przebijając. Tchawica w części dolnej prawie bezpośrednio ponad rozdziałem wygięta ku stronie prawej; ściana tchawicy od strony lewej i przodu wypuklona ku wnętrzu przez tętniak; wypuklenie to mierzy w kierunku pionowym 4 ctm., w poprzecznym 3 ctm.; na niem znajduje się wrzód wielkości korony; w środku dna wrzodu otwór wielkości fasoli, łączący światło tchawicy z wnętrzem tętniaka. Naprzeciw, to jest od strony tylnej i prawej znajduje się na wewnętrznej powierzchni tchawicy wrzód odleżynowy wielkości fasoli, sięgający prawie do chrząstki. Lewe oskrzele ma kształt i przebieg prawidłowy. W oskrzelach i w płucach aspirowana krew.

W przypadku tym przed tracheotomią za tętniakiem przemawiały: przebyta kiła (jako przyczyna tętniaka), przytłumienie po stronie lewej, nieznaczne wypuklenie klatki piersiowej w tejże okolicy, najbardziej zaś obraz Roentgenoskopowy; przy tracheoskopii zaś stwierdzenie silnego tętnienia lewej ściany tchawicy, udzielającego się wybitnie wprowadzonemu wziernikowi tchawiczemu, a potem długiej kaniuli, usuwało już prawie wszelkie wątpliwości. Duszność trwająca od dłuższego czasu mogła służyć tylko jako dowód obecności jakiegoś guza śródpiersia, uciskającego tchawicę; powodem zaś napadów zwiększonej duszności było prawdopodobnie zwiększenie się pojemności guza skutkiem wzmożenia się parcia krwi wśród niego.

W obu opisanych przypadkach założenie długiej elastycznej kaniuli, mijającej miejsce zwężone, spowodowało w krótkim czasie odleżynę i szybsze przebicie tętniaka do światła tchawicy; kaniula, ratując chorego przed śmiercią z uduszenia, równocześnie przyspiesza przebicie tętniaka, co jest rzeczą znaną, a jednak wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa uduszenia jest chwilowym ratunkiem. Dlatego też w przypadku drugim zrobiono tracheotomię dopiero *in ultimis,* w pierwszym wcześniej, myślało się bowiem o zserowaciałym gruczole. Zwrócić jeszcze należy uwagę na brak porażenia nerwu zwrotnego, chociaż szczególnie w przypadku II-gim były do tego dostateczne warunki, oraz na wybitnie charłaczy wyraz twarzy chorego, który nasuwał myśl nowotworu śródpiersia i na charakterystyczny napadowy szczekający kaszel.

Podnieść chciałbym jeszcze niestosunek pomiędzy obrazem miejsca zwężonego, widzianym przy tracheoskopii górnej, a rzeczywistością. Przez tracheoskop widzieliśmy, że prawa ściana tchawicy ponad miejscem zwężenia w samym dole wpuklała się w światło tchawicy. Wytłómaczenie dało nam badanie wziernikiem tchawiczym po wykonaniu tracheotomii, a potem nekroskopia. Tchawica wygięta była przez tętniak ku stronie prawej, zaraz ponad podziałem; przed kątem więc wygięcia widoczna mogła być tylko ściana lewa, usuwała się zaś z przed naszego wzroku strona prawa, poniżej kąta zaś odwrotnie tak, iż przy tracheoskopii górnej się wydawało, jakby zwężenie pochodziło od wypuklenia się ściany prawej; wypuklenie się ściany lewej u dołu, będące istotną przyczyną zwężenia, było niewidoczne, zakryte zagiętą ścianą prawą; znać jednak było wtłoczenie się ściany lewej w całej dolnej połowie tchawicy.

Wreszcie wyrażam serdeczne podziękowanie J. W. Prof.

Pieniążkowi i Browiczowi tak za odstąpienie mi materyału, jak i za cenne wskazówki pomocne mi do jego opracowania.

Sprostowanie. W Nr. 5 na str. 60, szpalta I w. 4 od dołu i szpalta II w. 17 i 24 od góry zamiast »przedniej«, czytaj »tylnej«

IV. Oceny i sprawozdania.

Max Bauer. **Das Geschlechtsleben in der deutschen Vergangenheit.** (2 Auflage. Leipzig 1902. Herrmann Seemann Nachfolger. Str. 366).

Wielokrotne nakłady książek podobnej treści niczego nie dowodzą, jak to doświadczenie poucza, gdyż zawsze znajduje się dostateczna liczba czytelników, szukających jedynie rzeczy działających na zmysły i przypuszczających, że to, czego szukają, znajdą, wnioskując z tytułu, w podobnych książkach. Inaczej ma się rzecz z pracą, którą mamy przed sobą. Zmysłowi znajdą wprawdzie w niej dosyć bodźców dla swych nerwów; lecz celem autora było zupełnie coś innego. Wziął on sobie za zadanie zaznajomić czytelnika przedewszystkiem z prawdą historyczną, a tylko gdzie wymagała tego potrzeba, nie wzdrygał się przed odsłonięciem nagiej prawdy, nie licząc się bynajmniej z okolicznością, że mógł nią czasem i całe stany dotknąć. Po wytkniętej drodze mógł autor z całą stanowczością i konsekwencyą kroczyć, gdyż zawsze miał do rozporządzenia dowody archiwalne, a gdzie mu tego brakło, umiał zawsze powołać się na wiarygodnych historyków, kronikarzy, lub klasycznych świadków. W ten sposób powstała bardzo poważna książka, w której, jak w kalejdoskopie, przesuwają się przed naszemi oczyma obrazy z życia na wsi, w klasztorze, w małżeństwie i poza niem. Że te obrazy z przeszłości germańskiej nie zawsze dla niemców korzystnie wypadają, temu nie tyle winien autor, ile raczej jego zamiłowanie do wypowiedzenia nagiej prawdy. Treści książki nie wyczerpaliśmy jednakowoż jeszcze całkowicie, gdyż Bauer postanowił sobie zająć się wszystkiem, co na zmysłowość ludzką działa. Mamy tu na myśli dawne instytucye łaźni i panujące w nich zepsucie, tańce i zabawy, sposób ubierania się i pozyskiwanie sobie miłości przy pomocy czarownic. Lecz i tem jeszcze nie ogarnęliśmy całkowitej treści dzieła, gdyż autor wytknął swojej pracy, która ma nam dać dokładny obraz jednej strony historyi cywilizacyi niemieckiej, dosyć obszerne granice.

W ten sposób pojęta treść może rzeczywiście przynieść niejedną korzyść i może stanowić bardzo ważny i zajmujący przyczynek do historyi naszej nauki i doczekać się wielu ponownych wydań. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Hirschlaff. **O surowicy przeciw zatruciu morfiną i jej podobnemi truciznami.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 49, 50). Dla wytworzenia tej surowicy użył autor królików, które względnie łagodnie oddziaływają na morfinę. Czas zastrzykiwań wynosił trzy tygodnie do pięciu miesięcy; autor wyrabiał dwojaką surowicę: jedną, wziętą ze zwierząt nazajutrz po ostatniem zastrzyknięciu, drugą ze zwierząt, które przebyły najpierw blizko czterotygodniowy okres odzwyczajania się od morfiny. Do doświadczeń służyły króliki, a w dalszym ciągu myszy, dla których, jak to stwierdził H., 0,01 morfiny jest dawką bezwarunkowo śmiertelną. Zatrucia śmiertelnego nie wstrzymało też zastrzyknięcie myszom o dzień przedtem 1 ctm.³ surowicy króliczej prawidłowej, podczas gdy po zastrzyknięciu 1 ctm.³ surowicy przeciwmorfinowej myszy zniosły 0,01 morfiny i więcej; przyczem surowica drugiego rodzaju okazała prawie tę samą siłę ochronną, jak pierwsza. W ten sposób zostało udowodnione, że przez dłuższe stosowanie coraz większych dawek morfiny powstają we krwi istoty ochronne, mogące uodpornić inne zwierzęta przeciw zatruciu śmiertelnemu, a nawet kilkakrotnie wyższemi dawkami morfiny, podobnie jak surowice, wytworzone przeciw jadom bakteryjnym.

W czasie tych doświadczeń zdarzył się także przypadek, który posłużył dla sprawdzenia tej surowicy u człowieka, a mianowicie u dozorczyni, która wypiła 7,45 nastoju makowca, odpowiadającego 0,066 morfiny. Ponieważ skutek makowca polega po największej części na zawartości morfiny, wstrzyknął jej H. w godzinę po zatruciu 6 ctm.³ swojej surowicy przeciwmorfinowej; objawy zatrucia trwały jeszcze cztery godziny, poczem chora spała spokojnie i przebudziła się nazajutrz zupełnie zdrową. (Lecz, czy 0,06 morfiny stanowi dwukrotną dawkę śmiertelną i czy równoczesne stosowanie oliwy kamforowej, oraz eteru kamforowego i pół mgr. atropiny, przepłókiwanie żołądka, dwie filiżanki mocnej kawy i oprowadzanie chorej — nie jest żadną znaczącą terapią, jak twierdzi autor? wydaje się zbyt wątpliwem. *Uwaga sprawozdawcy*). H. stosował także surowicę swoją w pięciu przypadkach morfinizmu przewlekłego, lecz skutek jej również nie był przekonywający i autor sam wyznaje, że nie może z tak małej liczby prób wiele wnioskować. Bądźcobądź zastrzykiwanie 5 ctm.³ surowicy morfinowej nie wywołało tu najmniejszych objawów miejscowych lub ogólnych i nie było też żadnych cięższych objawów odzwyczajania od morfiny. Autor wyraża nadzieję, że dalsze badania doświadczalne i lecznicze wykażą może skuteczność tej surowicy wobec zatrucia ostrego i przewlekłego morfiną, a także przeciw objawom, występującym podczas odzwyczajania od morfiny u ludzi. *Dr. Fels.*

Stäter. **Nowy środek przeciwko odleżynom.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). Poduszki wypełniane powietrzem lub wodą, używane w tym celu, by uwolnić od ucisku odleżałe okolice ciała, mają tę wadę, że działanie ich jest skuteczne tylko wtedy, jeśli chory leży spokojnie. Jak tylko chory się ruszy, lub na bok położy, wtenczas miejsce odleżałe ociera się o brzeg poduszki i w ten jest sposób drażnione. Autor zaleca dla tego rodzaju chorych taki podkład, któryby odpowiadał każdemu położeniu chorego. Jest to poduszka zrobiona z filcu o szerokości 10 ctm., a długości 12 ctm., mająca wewnątrz otwór o średnicy 7 ctm. Na górnej powierzchni jest pokryta masą lipką, zapomocą której przylepia się do ciała i przylega dość mocno tak, że pozostaje przyczepiona do skóry nawet wtedy, gdy chory się porusza, lub z boku na bok przewraca. Od sześciu miesięcy robi autor z tą poduszką próby, które go doprowadziły do bardzo dobrych wyników: odleżyna goi się w ciągu kilku dni bez żadnego leczenia, ból ustaje już po przyklejeniu poduszeczki, a chory nie jest zmuszony leżeć zawsze w jednem i temsamem położeniu. Pomysł ten niema żadnych ujemnych stron. *B. Żmigród.*

Orlipski. **Przyczynek do bezkrwawego leczenia stulejki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). O. gorąco popiera myśl bezkrwawego leczenia stulejki, zaleconą w Nrze 7 tegoż czasopisma przez Wenzla, opierając się na swem doświadczeniu. Postępuje podobnie jak Wenzel: wchodzi szczypczykami (pensetą) przez ujście w napletku i rozszerza je tak długo, aż się daje wprowadzić rozszerzadełko w rodzaju wziernika nosowego z okienkiem, które to rozszerzadełko zaopatrzone jest w śrubkę, pozwalającą je zwężać lub rozszerzać. Pozostawia się je przez pięć minut, a rozszerza się niem w różnych płaszczyznach. Rozszerzadło może się składać także z czterech płatów, a wtedy rozszerza się równocześnie we wszystkich kierunkach. Po kilku posiedzeniach wynik jest znakomity i to na czas dłuższy. *B. Żmigrod.*

Graeser. **Przyczynek do bezkrwawej operacyi stulejki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1902). Autor potwierdza wyniki Orlipskiego co do naciągania napletka w przypadkach stulejki. Używa zazwyczaj kleszczyków (kornzangi), zapomocą których naciąga napletek dwa razy dziennie przez kilka minut w różnych kierunkach i doprowadza do tego, że w krótkim stosunkowo czasie daje się napletek z łatwością przez żołądź przeprowadzić. Inteligentni chorzy mogą sobie po pouczeniu ich własnoręcznie naciągać, a przed bardzo energicznem i forsownem naciąganiem chroni ich ból, zwykle przytem powstający. *B. Żmigród.*

Prof. T. Rovsing. **Leczenie przerostu gruczołu krokowego.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Z teoryi, usiłujących wytłómaczyć przerost gruczołu krokowego, żadna zdaniem R. nie wytrzymuje krytyki. Najdłużej zastanawia się on nad teoryą, bronioną zwłaszcza przez Ciechanowskiego, tłómaczącą ostatecznie przerost gruczołu krokowego, jako zejście *prostatitis gonorrhoicae*. Nie powtarzając wywodów R., nadmieniamy, że ostatecznie dochodzi autor nawet do tego wniosku, że te dwie sprawy *prostatitis gonorrhoica* i *hypertrophia prostatae* wzajemnie się wykluczają. Na gruzach obalonych teoryi stawia autor w końcu swoją, wedle której przerost gruczołu krokowego jest bujaniem odruchowem, wywołanem w celach wyrównania starczej niewydolności w energii za-

płądniania, w tem znaczeniu, że przyroda przez ilościowe wzmożenie wydzieliny stercza stara się równoważyć jej jakościowo obniżającą się wartość. Do takiego wniosku doprowadza autora dokładne spostrzeganie 126 przypadków. Konsekwentnie postępując, przypisuje autor największą wartość leczniczą w tem cierpieniu zabiegom, wykonanym na jądrach, względnie powrózkach nasiennych. Po zniszczeniu bowiem jąder, względnie przecięciu powrózka nasiennego, gdy ustanie wytwarzanie plemników, stercz traci racyę bytu i zanika. Na swoich pacyentach wykonał autor pięć razy wytrzebienie, 40 razy wycięcie powrózków nasiennych. Z wyników, osiągniętych tą drogą, jest bardzo zadowolony. W pierwszej grupie, podobnie jak i w drugiej, osiągnął 60% wyleczeń, nadto w drugiej osiągnął 22% wybitnego polepszenia. Zaledwie 10% chorych nie doznało żadnej ulgi. U tych, a częściowo i u poprzednich, stosował inne zabiegi, jak: operacyę Bottiniego, częściową prostatektomię nadłonową i cystotomię. Operacya, nazwana prostatektomią częściową nadłonową, opracowaną została przez autora i ma zastosowanie tam, gdzie badanie cystoskopowe wykaże wyłączny lub przeważny przerost zrazu środkowego stercza. Wówczas z cięcia nadłonowego poprzecznego (Trendelenburg) odsłania i otwiera pęcherz ponad sterczącym do pęcherza płatem, nacina błonę śluzową, wyłuszcza na tępo tkankę gruczołową, odgniata ją u podstawy i w końcu ponad jamką zeszywa błonę śluzową. Z operacyi Bottiniego R. bardzo niezadowolony. Użył jej 14 razy: 2 chorych wyleczył, u 5 osiągnął poprawę, u 6 nastąpiło wyraźne pogorszenie, a jeden chory skutkiem operacyi umarł. Zatem nie uzna nigdy tej operacyi za zabieg prawidłowy i sądzi, że wskazania dla niej istnieją tylko tam, gdzie zawiodą inne metody, a na operacyę krwawą z otwarciem pęcherza chory się nie zgadza.

Jak z dotychczasowego streszczenia wynika, R. jest eklektykiem. W przypadkach, połączonych z nieznacznym ilościowo moczem pozostającym, lub ostrem całkowitem zatrzymaniem moczu, za najodpowiedniejsze uważa systematyczne cewnikowanie. Nie osiągamy wprawdzie tym sposobem trwałego wyleczenia, lecz powtarzając je od czasu do czasu, skutecznie chronić możemy chorego od cięższych powikłań i konieczności poważniejszego zabiegu.

U chorych z wielką ilością moczu pozostającego, bez objawów ostrej retencyi, cewnikowaniem nic nie zyskamy. R. uważa wasektomią za zabieg najodpowiedniejszy.

Gdzie stan powyższy wikła się z nieżytem pęcherza i skłonnością do krwawień z kruchego gruczołu krokowego, tam wskazaną jest czasowa cystostomia, działająca objawowo, skombinowana z późniejszą wasektomią, mającą działać doszczętnie.

W ostateczności dopiero, gdy i tą drogą nic nie zyska, ucieka się R. do metody Bottiniego. A gdy i ta, co najczęściej bywa, zawiedzie, pacyentom niezamożnym zakłada stałą przetokę pęcherzową, zamożnym zaś oddaje do rąk cewnik do stałego użytku.

Innych metod R. nie próbował, więc też wspomina o nich tylko pobieżnie.

(Nowa teorya, uważająca przerost gruczołu krokowego za sprawę kompensacyjną, w Rovsingu ma już drugiego wyznawcę, a nie jak autor mniema, pierwszego. Na parę lat bowiem przed nim podobne zapatrywanie wyraził Dr. M. Friedländer w książce: *Die Krankheiten der männlichen Harnorgane* na str. 187. *Przypisek referenta*). *Herman.*

Dr. Berger. **O uszkodzeniach śledziony i ich leczeniu chirurgicznem.** (*Archiv für klin. Chir. Langenbecka* T. 68, Zeszyt 3 i 4, 1902). W wyczerpującej monografii omawia B. najpierw t. zw. podskórne obrażenia śledziony, dzieląc je na stłuczenia i pęknięcia. Stłuczeniom śledziony towarzyszy często gorączka, której tłem mogą być sprawy zapalne (septyczne), lub rozniecenie zakażenia zimniczego. Następstwem urazu może być: zapalenie okołośledzionowe, ropnie i torbiele, a nawet obumarcie całego narządu z następowem zapaleniem otrzewnej, oczywiście śmiertelnem. Niekiedy po tępych urazach spostrzegano obrzęk śledziony, lub śledzionę wędrującą. Podobne uszkodzenia spostrzegano przeważnie u dzieci i robotników, u których śledziona była już powiększona skutkiem zakażenia zimniczego, lub innych chorób zakaźnych. Wówczas wystarczał już bardzo nieznaczny uraz, aby spowodować uszkodzenie narządu. Przeciwnie, śledziona niezmieniona pęka dopiero po bardzo gwałtownych urazach. Ztąd też tym ostatnim uszkodzeniom z reguły towarzyszą obrażenia innych narządów wewnętrznych, podczas gdy pierwsze ograniczają się do samej śledziony. Mechanizm podskórnych obrażeń śledziony tłomaczymy wzmożonem parciem hidraulicznem, przegięciem śledziony w którąkolwiek stronę poza granicę elastyczności, zmiażdżeniem między dwoma stałymi punktami, lub wreszcie zranieniem przez złamane żebro. Na objawy kliniczne składają się wstrząs, deskowaty skurcz powłok brzusznych i oznaki krwotoku wewnętrznego, zatem objawy wspólne wielu innym obrażeniom śródbrzusznym. Więc rozpoznajemy tylko z pewnem prawdopodobieństwem. O ile chory nie ulega bezpośrednio śmierci ze skrwawienia, obawiać się trzeba w najbliższej przyszłości zakażenia otrzewnej.

Następnie przechodzi B. do zranień śledziony powikłanych, raną powłok, lub raczej przeciwnie. Rany postrzałowe odznaczają się skłonnością do krwotoków następowych (rozdarcie zlepów i zrostów, sprawy ropne itd.). Często tym obrażeniom towarzyszą sprawy zakaźne w jamie otrzewnowej, opłucnowej itd., nie mówiąc już o rozległych obrażeniach narządów innych, zawartych w tych jamach, zkąd wynikające objawy nierzadko wysuwają się na plan pierwszy. Rzadziej narażoną bywa śledziona skutkiem ran kłótych lub ciętych, lecz wtedy częściej wypada na zewnątrz — powikłanie, będące, jak wiadomo, bez większych niebezpieczeństw, skoro na 40 odpowiednich chorych jeden tylko umarł i to skutkiem przeoczenia rany śledziony.

Zaledwie w 48·2 przypadków uszkodzenia śledziony myśleć możemy o leczeniu, gdyż 51·8% umiera w pierwszych paru godzinach, zanim lekarz wogóle pomyśli o możliwej terapii. Większość autorów radzi wykonać laparotomię, w każdym choćby tylko podejrzanym przypadku, a potem albo wyciąć śledzionę, albo ranę w niej zeszyć, względnie przypalić jej brzegi, lub też wytamponować. Wybór metody zależeć będzie od rozmiarów uszkodzenia, istniejących zrostów, stanu narządu i stanu ogólnego. Statystyka obecna przedstawia się, jak następuje:

Splenektomia: pęknięcie śledziony, przyp. 67, wyleczonych 38 (56·7%), umarło 29 (4·33);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 6, wyleczonych 2 (33·3%), umarło 4 (66·7%);

rany kłóte śledziony, przypadków 7, wyleczonych 5 (71·4%), umarło 2 (28·6%).

Splenorafia: pęknięcie śledziony, przyp. 2, wylecz. 1 (50) umarło 1 (50);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 2, wyleczonych 1 (50), umarło 1 (50%);

rany kłóte śledziony, przyp. 10, wylecz. 10 (100%).

Tamponada: pęknięcie śledziony, przyp. 6, wylecz. 5 (83·3%), umarło 1 (16·7%);

rany postrzałowe śledziony, przyp. 3, wylecz. 3 (100%).

rany kłóte śledziony, przyp, 1, wylecz. 1 (100%).

Herman.

Ziwert. **Przypadek wrodzonej rozstrzeni oskrzeli u chorego z odwrotnem ułożeniem trzew.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 38). Z. spostrzegał w klinice prof. Wagnera (Kijów) rzadki przypadek wrodzonej rozstrzeni oskrzeli. Chory od urodzenia miewał częste napady kaszlu; napady kończyły się wykrztuszaniem $^1/_4$—$^1/_3$ szklanki płynnej ropiastej plwociny. Rozpoznanie stwierdzały również wyniki wypuku i przysłuchu. Wada rozwojowa w postaci wrodzonej rozstrzeni oskrzeli była w przypadku Z. powikłaną z całkowitym odwrotnym układem trzew. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Gos. **Przypadek morowego zapalenia opon mózgowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 41). W piśmiennictwie dotychczas ogłoszono zaledwie cztery przypadki morowego zapalenia opon mózgowych; we wszystkich tych przypadkach zapalenie opon mózgowych stanowiło powikłanie gruczołowej postaci moru; w jednym zaś sprawa chorobowa była rozpoznaną tylko na sekcyi. W przypadku G. chory przedstawiał wszystkie objawy zapalenia opon mózgowych, bez zajęcia jednak płuc i gruczołów, zwykle towarzyszącego morowi. Badanie bakteryologiczne po śmierci wykazało w płynie rdzeniowym laseczniki moru w umiarkowanej ilości; morskie świnki i myszy, zakażone płynem rdzeniowym, wykazywały po śmierci typowy obraz moru z lasecznikami Yersina.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Fawr. **Próba zakażenia człowieka zimnicą przez ukłócie komara z rodziny** *anopheles.* (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 43). F. użył dla swoich doświadczeń komarów *anopheles claviger*, zakażonych krwią chorego, zawierającą mnóstwo półksiężycowatych postaci pasorzyta zimniczego. Na 11-ty dzień po zakażeniu gruczoły ślinowe tych komarów zawierały obfitą ilość sporozoidów. F. wystawił siebie na pokąsanie przez jednego z tych komarów. Na 12-ty dzień po ukąszeniu wystąpiła typowa zimnica, której pierwszy napad trwał 28 godzin; we krwi badanie wykazało tężsamą postać pasorzyta zimniczego, którą był zakażony komar. Ściśle po 48 godzinach, licząc od początku pierwszego napadu, wystąpił drugi, który trwał 33 godziny i był znacznie cięższy. Autor zapobiegł dalszym napadom przez zażywanie chlorku chininy według wskazówki Kocha. Doświadczenie to dowodzi słuszności teoryi rozpowszechnienia zimnicy przez komary i wykazuje, że dla zakażenia wystarcza

już jednorazowe ukłócie. Okres wylęgania w zimnicy wynosi, według tego doświadczenia, dni 12. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bezredka. **Ochronne szczepienie moru.** *(Russkij Wracz* 1902, Nr. 43). W obecnej chwili istnieją dwa sposoby szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym wogóle, a moru w szczególności: szczepienie surowicy i wstrzykiwania zabitych hodowli drobnoustrojów swoistych. Pierwsza metoda sprowadza odporność szybko i bez żadnych ubocznych zjawisk miejscowych i ogólnych: nabyta w ten sposób odporność jest jednak krótkotrwałą, nie trwa bowiem dłużej nad 10—15 dni. Wstrzykiwania zabitych hodowli drobnoustrojów, t. zw. szczepionki morowej Chawkina, wywołuje przeciwnie odporność długotrwałą; występuje ona jednak nie wcześniej, jak w 8—12 dniu; w przeciągu tego czasu wrażliwość względem laseczników morowych jest wzmożoną; uodpornianiu wreszcie towarzyszą objawy miejscowe i ogólne, występujące niekiedy w wysokim stopniu. Bezredce (w Instytucie Pasteura) udało się otrzymać szczepionkę przeciwmorową, która nie posiada ujemnych stron szczepionki Chawkina, sprowadzając jednocześnie odporność długotrwałą. W tym celu używa B. dwu- lub trzydobowych hodowli agarowych laseczników morowego. Powierzchnia pożywki zeskrobuje się i zmywa się rozczynem fizyologicznym; otrzymana gęsta zawiesina ogrzewa się w łaźni wodnej dla zabicia wszystkich drobnoustrojów w ciągu godziny przy ciepłocie 60° C., następnie przelewa się do wązkiego naczynia walcowatego, zawierającego pewną ilość surowicy przeciwmorowej o własnościach wysoce skupiających. Takiemi własnościami odznacza się zwykle surowica świeża, nie ogrzana. Pod wpływem surowicy drobnoustroje opadają powoli na dno i po upływie 12 godzin tworzą zbitą warstwę. Nad osadem zbiera się przeźroczysty płyn, który zlewa się drogą zlewania. Następnie osad drobnoustrojów przepłókuje się w centryfudze rozczynem fizyologicznym, nim nie zostaną wydalone najmniejsze ślady surowicy. Po dokładnem przepłókaniu (3—4 razy) otrzymujemy śnieżny osad nawpół płynny, który po dodaniu rozczynu fizyologicznego tworzy zupełnie jednolitą zawiesinę. Zawiesina ta stanowi właśnie szczepionkę przeciwmorową autora. Wstrzykiwanie jej zwierzętom nie wywołuje żadnych zjawisk miejscowych lub ogólnych, nie posiada więc ona żadnych własności trujących; odporność występuje już po 48 godzinach: przez ten czas wrażliwość uodpornionego zwierzęcia względem moru jest osłabioną. Odporność trwa długo, w każdym razie nie mniej $5^1/_3$ miesięcy, jak wykazują dotychczasowe jeszcze nie zakończone badania autora. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Biełogołowyj. **W sprawie przesycenia ustroju jodem.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Podając w 16 przypadkach jodek potasowy (1,0—3,0) B. zauważył, że u chorych z nadmierną kwasotą prędko występowały wybitne objawy przesycenia ustroju jodem. Ta wrażliwość na przetwory jodowe jest, zdaniem autora, wynikiem rozkładu jodku potasowego w razie nadmiernej wydzieliny kwasu solnego z następowem wydzieleniem w żołądku wolnego jodu. Istotnie, badając sok żołądkowy na odczyn jodo-skrobiowy, otrzymywał B. stale wyniki ujemne w razie prawidłowej lub obniżonej kwasoty soku: przeciwnie sok namiernie kwaśny dawał zawsze wybitny odczyn, tem jaskrawszy, im wyższą była kwasota: po dodaniu węglanu sodowego wynik był zawsze ujemny. Strącany wolny jod wywołuje, zdaniem autora, *in statu nascendi* objawy przesycenia jodem. Związek między nadmierną kwasotą soku żołądkowego i przesyceniem ustroju jodem stwierdzają i inne objawy uboczne; tak naprz., przetwory wilczej jagody, obniżając czynność gruczołów żołądkowych, są skutecznymi zarówno w nadmiernej kwasocie soku żołądkowego, jak i w jodyzmie. Autor więc sądzi, że nadmierna kwasota soku żołądkowego odgrywa ważną rolę w powstaniu objawów przesycenia ustroju jodem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Th. Satterthwaite. **W sprawie zwężenia lewego otworu żylnego.** *(New-York Med. Journal* 10 maja, 1902. — *Journal of Amer. Med. Ass.* 24 maja, 1902). Po rozejrzeniu się w ogólnym obrazie omawianej choroby, stawia S. szereg następujących wniosków: 1) Zwężenie lewego otworu żylnego kończy się zwykle śmiercią w wieku przed 40-tu laty. 2) Kobiety są nieco więcej usposobione do tego cierpienia, niż mężczyźni. 3) W zwężeniu lewego otworu żylnego mamy zwykle wybitną sprzeczność między silnym rzutem serca, a słabem tętnem promieniowem. 4) Rzeczywisty szmer przedskurczowy w przypadkach, spostrzeganych przez autora, był stwierdzony w 15% przypadków; szmer ten zwykle się zjawia, to znów ginie, lecz najczęściej w ostatnim okresie choroby jest niesłyszalny. 5) Ma on skłonność do przybierania właściwości głośnego tarcia, lub piłowania, lecz może być jakby „przelewający się", lub „furczący"; nieraz bywa bardzo słaby, lub niesłyszalny. 6) Przeciętnie w 40% przypadków daje się słyszeć szmer rozkurczowy różnych odcieni. 7) Szmery te najlepiej są słyszalne na dość ograniczonej przestrzeni kształtu owalnego, mającej środek w czwartem lewem międzyżebrzu, na wewnątrz od sutka i koniuszka serca, a ciągnącej się mniej więcej na jeden cal w prawo, lub w lewo. Czasami szmer ten słyszymy niżej w piątem, szóstem, nawet w siódmem lewem międzyżebrzu; rzadziej daje się on słyszeć wysoko aż do drugiego żebra z lewej strony. 8) W 10—35% przypadków mamy drzenie w tej okolicy. 9) Pierwszy dźwięk u koniuszka sercowego jest krótki i ucięty, jakby oderwany. 10) Drugi dźwięk nad tętnicą płucną u podstawy serca zwykle bywa wzmożony. 11) Czasami szmer przy drugim dźwięku bywa słyszalny u podstawy nad lewem uszkiem. 12) Z początku mamy przerost lewej komory, potem zanik jej z przerostem lewego przedsionka; później występuje rozstrzeń i przerost prawego serca. 13) Niedomykalność zastawki dwudzielnej może do pewnego stopnia towarzyszyć zwężeniu otworu żylnego. 14) Przy odróżnianiu szmeru przedskurczowego w zwężeniu lewego otworu żylnego od Flintowskiego szmeru w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, powinniśmy się opierać raczej na „długiem sercu" i silnem uderzeniu koniuszkowem, oraz na innych właściwościach ogólnych niedomykalności aorty, niż na objawach słuchowych. W razie, gdyby była i niedomykalność zastawek tętnicy głównej i zwężenie lewego otworu żylnego, rozpoznanie różniczkowe byłoby niemożliwem przy teraźniejszym stanie naszej wiedzy.

St. Rudzki (Lublin).

G. Melville Dunlop. **Przypadek „chloromy".** (*Brit. Med. Journal*, 3 maja 1902. — *Journal of Amer. Med. Ass.*, 24 maja, 1902). Autor podaje opis przypadku chloromy, — pierwszego według jego słów, rozpoznanego za życia, — i zastanawia się nad patologią tego cierpienia. Przypuszcza on, że chloroma należy wogóle do guzów o typie mięsaka chłoniastego (*lymphosarcoma*), barwa zaś zależy zapewne od jakiegoś wytworu chemicznego, dotąd nie wykrytego, który utlenia się pod wpływem światła i w procesie utlenienia traci swą barwę. Guzy te pochodzą z okostnej głowy i twarzy; jeżeli spotykają się w innych miejscach, mają pochodzenie wtórne. Przechodzą one do jamy czaszkowej, do mózgu, do narządów wewnętrznych, przyczem rozpowszechnienie się następuje bardzo szybko i powstaje odrazu wielka ilość przerzutów w całem ciele. Zbitość guzów bywa bardzo rozmaita. Pod drobnowidem składają się one z dużych okrągłych lub owalnych komórek z licznemi jądrami, a czasem i jąderkami, złożonych w międzykomórkowej masie bezkształtnej o bardzo przeźroczystem wejrzeniu, lub w wiotkiej tkance siatkowatej; w innych znów przypadkach guz bywa zmięszany z grubymi pęczkami tkanki łącznej, stanowiącymi odgraniczającą linię. W środku tej sieci znajdujemy ziarenka silnie załamujące światło, leżące wewnątrz komórek, lub między niemi.

„Chloroma" jest chorobą przeważnie dzieci i młodzieży; częściej spotyka się u chłopców, niż u dziewcząt. Wielkie podobieństwo tego ierpienia do białaczki było zaznaczone przez Recklinghausena i Docka. Wysadzenie gałek ocznych bardzo często zdarza się w chloromie; stan ten był opisany i w kilku przypadkach białaczki. W obu tych chorobach mamy niedokrewność z petocyami, podskórne wybroczyny, krwotoki itd. Przytem spostrzegamy bardzo wybitną limfocytozę i godne uwagi zmniejszenia ilości leukocytów.

Dock wypowiada pogląd, że miejsce chloromy jest między zwykłymi przypadkami białaczki, a tymi, które Ebstein opisał jako *leucaemia acuta;* mamy również wiele faktów, — powiada on, — do stwierdzenia, że nowotwory, znajdowane w chloromie, są źródłem powstawania limfocytów, na wzór tego, jak w białaczce źródłem ich są grasica, szpik kostny i śledziona: chloroma kończy się zawsze zejściem śmiertelnem wskutek wycieńczenia; przeciętne trwanie tej choroby jest 5—6 miesięcy. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Jacolyn Manning. **Przenoszenie drobnoustrojów chorobowych przez muchę domową.** (*Journal of Amer. Med. Assoc.* 17 maja, 1902). W ostatnim dziesiątku lat wśród innych owadów domowych padło podejrzenie i na muchę, że i ona pośredniczy w przenoszeniu chorób zakaźnych. Badania amerykańskiej Komisyi wojskowo-lekarskiej w czasie wojny z hiszpanami wykazały, że muchy w istocie odgrywają wielką rolę w rozpowszechnianiu duru brzusznego. Naczelny lekarz wojsk Stanów Zjednoczonych, Dr. Sternberg, w okólniku z m. kwietnia 1898 r. zwracał uwagę wojsk na możność przeniesienia przez muchy takich chorób, jak dur brzuszny, czerwonka obozowa i żółta gorączka, oraz na konieczność wystrzegania się tych owadów. Celli dowiódł, że muchy, karmione czystemi hodowlami duru brzusznego, mogą przenieść przez swe wydzieliny laseczniki zdolne do życia. Udział much w rozpowszechnianiu cholery azyatyckiej był również spostrzegany przez wielu uczonych. We wszystkich tych chorobach niebezpieczeństwo much polega na tem, że siadają one chętnie na wydzielinach ludzkich, poczem, pełzając po jadle, mogą bezpośrednio przenieść zarazki chorobotwórcze. Możliwe wreszcie, że i zakażenia ran zależą

nieraz od przeniesienia zarazy przez te owady. Autor zajął się doświadczalnem zbadaniem sprawy, jakie drobnoustroje mogą być przeniesione przez muchy. Puszczał on te owady z wszelkiemi ostrożnościami na ropę, wziętą z różnych ran, na wydzieliny durowe, na plwocinę różnych chorych i t. d., poczem przenosił te muchy wyjałowionemi szczypczykami do probówek z różnemi pożywkami i jak tylko mucha pewien czas pochodziła po odżywce, ogrzewał probówkę do spalenia owada na popiół. Z otrzymanych 44 probówek z pożywkami, z któremi muchy miały styczność, w 41 otrzymano przed upływem dwóch dób hodowlę drobnoustrojów, trzy zaś pozostały widocznie jałowe. Następujące drobnoustroje przez muchy były przeniesione, wyosobnione i otrzymane w czystej hodowli: chorobowe: — *bac. pyocyaneus*, *staphylocc. pyogenes aur.*, *bac. typhi abdomin.*, *bac. coli communis;* niechorobowe: — *bac. prodigiosus*, *sarcina aurant*, *sarcina alba*, wreszcie grzybki i pleśnie. *St. Rudzki* (Lublin).

Saalfield. **Kwas kakodylowy w chorobach skóry.** (*N. York Med. Journ. — Journ of Amer. Med. Ass.* 24 maja 1902 r.). Autor stosował sole kwasu kakodylowego w 50-ciu przypadkach różnych cierpień skórnych. Kakodylan żelazowy i kakodylan sodowy można podawać wewnątrz w postaci pigułek po 0,25 w każdej pigułce 4 razy dziennie. Można też stosować 5% rozczyn po 10—20 kropel na dawkę, dochodząc dziennie najwyżej do 40 kropel. Na mocy swego doświadczenia wypowiada autor zdanie, że kakodylany wyżej stoją od wszelkich innych nieorganicznych przetworów arsenu w leczeniu chorób skórnych. S. nigdy nie spostrzegał żadnych nieprzyjemnych objawów przy leczeniu kakodylanami. Między innymi otrzymywał on świetne wyniki, lecząc liszaj płaski czerwony przetworami kwasu kakodylowego. *St. Rudzki* (Lublin).

Prof. Epstein (Praga). **Krzesło na biegunach** (*Schaukelsessel*) **dla małych dzieci krzywiczych i słabo rozwiniętych.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde und ps. Erz.* 56, 6, 18, 1902). Z polecenia Prof. Epsteina wprowadziła w handel firma „braci Thonet“ w Wiedniu t. zw. „higieniczne krzesło na biegunach dla małych dzieci“, mające im służyć od 1-go do 3-go roku, w celu wyprostowania skrzywień kręgosłupa, względnie niedopuszczenia do nich, dalej poprawy czynności mięśni wątłych małych dzieci i prostego ich trzymania się. Krzesło to jest zwyczajnem krzesłem na biegunach, którego wymiary zastosowane są do wzrostu dzieci. To, co właściwie nadaje temu krzesłu cel ortopedyczny, jest odwrotny sposób siedzenia. Dziecko, rozumie się takie, które samodzielnie siedzieć może, a więc z ukończonym conajmniej 1-szym rokiem życia, zostaje tak usadowione w krześle, by twarzą było zwrócone do poręczy krzesła; dolne kończyny wysunięte w miejsce wolne między oparciem krzesła, a siedzeniem tak, że zależnie od rozmiarów rozwoju dziecka — dolne kończyny zwieszają się wolno, lub stopy opierają się na biegunach, lub odbijają się od podłogi, zaś rączkami opiera się dziecko o oparcie krzesła, względnie trzyma się. W bardzo krótkim czasie dziecko oswaja się z tem krzesłem i rozwijając swe siły i temperament, zaczyna wykonywać ruchy kołyszące krzesłem. O możności wypadnięcia dziecka z krzesła niema mowy. Ku przodowi wypaść nie może, bo zwrócone jest ku oparciu krzesła; nawet silnie kołysząc się, wypaść nie może, gdyż bieguny są stosunkowo nader długie; ku tyłowi również wypaść nie może, gdyż dziecko siedzące na krześle, ciąży ku przodowi, a rączkami trzyma się oparcia: zresztą wypadnięciu dziecka przeszkadzają boczne i poprzeczne oparcia krzesła. Już samo siedzenie dziecka z wolnym grzbietem, wyciągniętemi rączkami na niepodatnej podstawie zmusza dziecko do bardziej naprężonego trzymania się, aniżeli to odbywa się np. w łóżeczku. Wykonując ruchy kołyszące odbywa dziecko równocześnie czynną pracę mięśniami grzbietu, barku i ramion, które przy pracy tej wyraźnie kurczą się, przez co, w myśl zasad Schildbacha, nadają prawidłowy kształt kręgosłupowi. Ta czynność gimnastyczna w krześle na biegunach prócz bezpośredniego wpływu na kręgosłup i klatkę piersiową ma także korzystny wpływ uboczny na łaknienie, ogólne wejrzenie, rozwój układu ruchowego, a nawet reguluje czynność przewodu pokarmowego. Prócz tego bezpośrednio leczniczego zastosowywania krzesła na biegunach u dzieci krzywiczych i zapobiegawczego u dzieci osłabionych i wycieńczonych, poleca autor używanie tego przyrządu u dzieci porażonych, dając im przez to możność pracy mechanicznej i niejakiego urozmaicenia w ich życiu jednostajnem.

Dr. Bolesław Komorowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Falkner. **Dermatol, jako środek przeciwko rozwolnieniu.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902. Nr. 32). Falkner (Odessa) stosował w 131 przypadkach biegunki dermatol; w tej liczbie było 69 przypadków gruźlicy jelit, płuc i otrzewnej; 28 duru brzusznego; 17 nieżytu jelit cienkich, 6 raka żołądka, jelit i wątroby i 17 innych chorób, które wikłały się z rozwolnieniami. Zwykła dawka dermatolu wynosiła 0.5 w proszku kilka razy dziennie; chorzy znoszą go dobrze. Z 69 chorych na gruźlicę różnych narządów biegunka ustała po dermatolu w 48 przypadkach (69,5%); polepszenie nastąpiło w 11,5%; w 18,8%, dermatol pozostał bez skutku. Z 28 chorych na dur brzuszny biegunka ustąpiła po dermatolu w 26 (92,8% przypadkach. Z 18 przypadków biegunki, wikłających inne choroby, dermatol usunął to cierpienie w 17-tu (94,4%). W ostrych nieżytach jelit cienkich dermatol skutkował w ciągu 1—3 dni; w przewlekłych po 2—6 tygodniach. Na podstawie tych wyników F. zaleca dermatol, jako lek skuteczny przeciwko biegunce. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Żyrmunski. **Stosowanie adrenaliny w chorobach gardła i nosa.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 47). Ż. poleca adrenalinę w chorobach nosa i w zabiegach chirurgicznych w jamie nosowej. W krwotokach, towarzyszących chorobom gardła i nosa, adrenalina ułatwia odnalezienie miejsca krwawiącego i szybko usuwa krwawienie; przy ropieniach w jamach dodatkowych nosa pędzlowanie adrenaliną, wywołując silne kurczenie się błony śluzowej, ułatwia rozpoznanie, gdzie mianowicie zachodzi ropienie; pędzlowanie adrenaliną daje wreszcie możność operowania w jamie nosowej bez utraty krwi. Poczerwienienie błony śluzowej, występujące w ostrych zapaleniach gardła, znika natychmiast po adrenalinie; w przewlekłych zaś chorobach adrenalina podobnego działania nie wywiera. Ż. przekłada adrenalinę, wyrabianą przez firmę Parke Davis (Londyn) nad Pöhlowską (Petersburg), ponieważ pierwszy z tych wyrobów daje zupełnie przeźroczyste rozczyny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 7 stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Gwiazdomorski przedłożył sprawozdanie kasowe za rok 1902, dodając, że w księdze składek umieszczono wezwanie do kolegów, ażeby przeznaczali pewne datki roczne na budowę domu Tow. lek. Kol Łepkowski imieniem Komisyi kontrolującej wnosi podziękowanie kol. Skarbnikowi za wzorowe prowadzenie kasy. Uchwalono jednogłośnie.

III. Kol. Raczyński przedłożył sprawozdanie administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Komisya kontrolująca również uczyniła wniosek podziękowania kol. R. za wzorowe prowadzenie administracyi.

IV. Kol. Reiss odczytał sprawozdanie Komisyi budowy domu Tow. — Sprawozdanie to wywołało dłuższą dyskusyę, a w której wzięli udział kol. Łepkowski, kol. Wachholz, kol. Gwiazdomorski i kol. Nowak.

V. Kol. Gliński odczytał sprawozdanie zarządu biblioteki. Na wniosek kol. Raczyńskiego uchwalono wyrazić kol. bibliotekarzowi podziękowanie za dotychczasową działalność.

VI. Kol. Browicz przedłożył sprawozdanie Komisyi słownikowej.

VII. Kol. Wachholz — sprawozdanie z działalności Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha.

VIII. Kol. Sliwiński — sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

IX. Kol. Rutkowski sprawozdanie sekretarza stałego.

Sprawozdania te przyjęto do wiadomości, poczem kol. Nowak odczytał list ustępującego prezesa, zawierający rzut oka na działalność Towarzystwa w r. ubiegłym.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 21. stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Trzebicky przedstawia chłopca, u którego z powodu gruźliczego zapalenia palca średniego ręki prawej *(spina ventosa)* wykonał plombowanie jodoformem według Mosetiga. Postępowanie to

zdaniem prelegenta nadaje się znakomicie we wszystkich tych przypadkach, w których sprawa gruźlicza spowodowała wytworzenie się znaczniejszych jam w kości, a skóra jest jeszcze o tyle utrzymaną, że pozwala na całkowite zamknięcie rany szwem. Operacya polega na tem, że po usunięciu doszczętnem części schorzałych i oczyszczeniu ścian jamy ewentualnie zapomocą dłutka i młotka i wysuszeniu jamy, do czego się bardzo dobrze nadaje ciepło promieniujace od palnika Paquelina, wlewa się do jamy plombę (*Jodoformu 6., Spermaceti* i *ol. sesami aa 4*), ogrzaną z łaźni wodnej do 45⁰—50⁰, a więc płynną. Plomba ta, stygnąc, krzepnie i wypełnia dokładnie całą jamę. Ranę należy zeszyć. Z chwilą zgojenia się rany skórnej kończyna jest zdolną do użytku.

W dyskusyi kol. Surzycki zapytuje, czy sposobu Mosetiga można również używać przy schorzeniu kości większych i czy wtedy nie występują objawy zatrucia jodoformem; kol. Borzęcki zapytuje, czy sposobu tego nie możnaby stosować przy ubytkach kostnych, powstałych z powodu kiły w celach kosmetycznych?

Kol. Trzebicky odpowiada kol. Surzyckiemu, że sposób ten nadaje się bardzo dobrze i do plombowania jam większych i według doświadczenia prelegenta nie sprowadza nigdy objawów zatrucia jodoformem. Kol. Borzęckiemu zaś oświadcza, że nie ma własnego doświadczenia co do używania tej plomby w celach kosmetycznych; sądzi jednakże, że wobec pięknych wyników, osiągniętych zwłaszcza przy pewnej wprawie zapomocą parafiny, próby innymi środkami są zbyteczne.

III. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia 1) okaz żółtego ostrego zaniku wątroby w okresie późniejszym ze śladami regeneracyi, pochodzący z kobiety 24-letniej, zmarłej w VII miesiącu ciąży.

2) Okaz glejaka móżdżku w obrębie robaka górnego z $4^1/_2$ let. chłopca; glejak szerzy się na półkule móżdżku i wciska się do komory IV.

3) Okaz przedziurawienia zastawki półksiężycowatej tętnicy głównej u nasady wskutek zapalenia wsierdzia, ograniczonego do tej jednej zastawki, pochodzący z 29—l. mężczyzny.

Wreszcie przytacza kol. Ciechanowski historye choroby według danych, dostarczonych uprzejmie przez kol. Grünhuta i Czajkowskiego, sekundaryuszy oddziału prof. Pareńskiego, na którymto oddziele obserwowano przypadek I i III.

W dyskusyi, dotyczącej pierwszego przypadku kol. Borzęcki podaje szczegóły kliniczne, dotyczące tego przypadku. W związku z dyskusyą nad drugim przypadkiem, kol. Lewkowicz opowiada historyę choroby zmarłego dziecka (rzecz przeznaczona do druku); prócz tego zabierali głos kol. Surzycki, kol. Spira i kol. Przewodniczący.

Wreszcie kol. Surzycki wygłosił odczyt: »O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych«.

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. LXXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.

(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

Jedną z okoliczności przyciągających tego Zjazdu była sama miejscowość — Karlsbad: nic więc dziwnego, że Zjazd był bardzo liczny, liczył bowiem 1640 członków. Obrady odbywały się w 28 sekcyach, z których 11 było przyrodniczych, 17 lekarskich, a mianowicie: 1) anatomia, histologia, embryologia i fizyologia; 2) patologia ogólna i anatomia patologiczna; 3) medycyna wewnętrzna, farmakologia, balneologia i hidroterapia; 4) historya medycyny; 5) chirurgia; 6) położnictwo i choroby kobiece; 7) choroby dziecięce; 8) neurologia i psychiatrya; 9) okulistyka; 10) choroby gardła, nosa i uszu; 11) choroby skóry i kiła; 12) dentystyka; 13) medycyna wojenna; 14) medycyna sądowa; 15) higiena i bakteryologia; 16) weterynarya; 17) farmacya i farmakognozya. Sekcye obradowały w wilach w dniach wolnych od wykładów ogólnych.

Po licznych przemówieniach właściwy Zjazd rozpoczął się 22 września.

Jedną z sekcyj, która liczyła najwięcej uczestników, była sekcya chirurgiczna, w której obradach brałem osobiście udział. Obradowała ona w pięknym przybytku, zwanym „Königsvilla“ na Schlossbergu, a liczba jej uczestników, o ile mogłem naliczyć, wahała się między 80—200. Kulminacyjnym punktem obrad były choroby dróg żółciowych. Przewodniczyli obradom kolejno: Wölfler (Praga), Riedel (Jena), Eiselsberg (Wiedeń), Körte (Berlin) i Hacker (Insbruk).

Obrady rozpoczął wykład:

1. Kuhn (Kassel): **O płucnem znieczulaniu narkotycznem.** Opierając się na spostrzeżeniu, zrobionem przy znieczulaniu narkotycznem przez rurkę tracheotomijną, że znieczulenie to jest bardzo spokojne, poleca prelegent swój sposób, polegający na tem, że przez jamę ustną lub nosową wprowadza się rurkę aż do płuc i przez nią wykonuje się znieczulenie. K. nalicza około 50 takich przypadków; zaletą tej metody jest przedewszystkiem bezwzględny spokój chorego, mała ilość zużytego chloroformu, nadto szybkie uśpienie. Objawów nieprzyjemnych, jak duszenie się, wymioty, zachłystywanie się śluzem zupełnie się unika.

2. Kuhn (Kassel): **Brak wymiotów i parcia przy laparotomii.** Prelegent robi narkotyzującego odpowiedzialnym za to, że chory wymiotuje lub prze podczas laparotomii; świadczyłoby to, że uśpienie nie jest głębokie. Jeszcze raz poleca K. swoją metodę znieczulania bezpośrednio przez płuca.

W dyskusyi, jaka się po tym wykładzie rozwinęła, poczynili swoje zastrzeżenia różni mówcy. Landerer (Stuttgart), Eiselsberg (Wiedeń), Fink (Karlsbad) i Wohlgemuth (Berlin) powątpiewali o dobroci tej metody, która przedstawia bardzo wielkie trudności techniczne, zwłaszcza u opilców. Wohlgemuth sądzi na mocy swego wielkiego doświadczenia, że wymioty osób usypianych są czysto indywidualne i ani sposób znieczulenia, ani też rodzaj wprowadzania chloroformu nie jest w stanie zapobiedz wymiotom.

3. Neugebauer (Morawska Ostrawa): **Doświadczenia ze znieczuleniem rdzeniowem.** N. dochodzi do tych samych wyników, do których doszli i inni, że znieczulenia rdzeniowego najlepiej można użyć przy operacyi kończyn dolnych, zwłaszcza, gdzie chodzi o ominięcie uśpienia chloroformowego. Zdaniem prelegenta ulega znieczuleniu najpierw skóra na mosznach, dopiero potem stopy. Znieczulenie zajmuje początkowo IV odcinek krzyżowy, to stwierdziły doświadczenia; za IV prawdopodobnie idą III, II i I odcinki.

W dyskusyi Preindlsberger (Serajewo) potwierdza wyniki Neugebauera: w 80 przypadkach nie miał żadnych zaburzeń: przy operacyach w międzykroczu otrzymał zawsze doskonałe znieczulenie. Zdaniem P. położenie Trendelenburga wspomaga wystąpienie znieczulenia.

4. Schulze (Duisburg): **Przyczynek do sprawy wyjaławiania.** S. demonstruje naczynia szklane do wyjaławiania jedwabiu i irygatora aseptycznego.

5. Borchard (Poznań): **Rzadsze następstwa po ciężkich urazach czaszki.** W dwóch przypadkach stwierdził B. w moczu po urazie czaszki 1,5% cukru i 1,2% białka, a w kilka godzin także ciałka krwi i wałeczki: zmiany te znikły po 12 godzinach. Drugi przypadek zakończył się śmiercią, a autopsya dała co do zmian w IV komorze wynik zupełnie ujemny: natomiast znaleziono w nerkach zmętnienie kłębków Malpighiego i kanalików prostych. Przyczyna zdaniem prelegenta nie leży w cukrzycy, gdyż ta nie może powstać wskutek urazu czaszki, lecz w zaburzeniach krążenia krwi w nerkach. B. stanowczo twierdzi, że występującej czasami równocześnie cukrzycy nie można uważać za następstwo urazu czaszki.

W dyskusyi Stolper (Wrocław) zwraca uwagę, że często i po urazach rdzenia pacierzowego powstają podobne zmiany w nerkach.

6. Hacker (Insbruck): **Wypełnianie ubytków czaszki płatami okostnowokostnymi przesuniętymi lub odwiniętymi pod oczaszną.** Operacye Olliera, Langenbecka, Rydygiera i innych nie prowadzą do celu; sposób Bartla musi być z wielką ostrożnością stosowany u ludzi dorosłych. Sposób prelegenta *operatio osteoplastica subaponeurotica* polega na przeszczepianiu też płatów okostnowo-kostnych z sąsiedztwa z mostkami.

Dyskusya. Landerer (Stuttgart) radzi w przypadkach wielkich ubytków heteroplastykę. Eiselsberg (Wiedeń) jest tego zdania, że jeśli nawet raz kość ulegnie wessaniu, to należy powtórnie przeszczepiać (*reinplantatio*).

Springer (Praga): **O wynikach leczenia operacyjnego wargi zajęczej i rozszczepu podniebienia.** Opierając się na 53 przypadkach, nie radzi prelegent operować rozszczepu podniebienia w pierwszym roku życia, z powodu bardzo często po tem występującego nieżytu kiszek; wargę zajęczą zaś należy operować po sześciu miesiącach dopiero. Wyniki są bardzo dobre; czasami chorzy nie zupełnie wyleczeni mówią lepiej, niż ci, u których nastąpiło zupełne wyleczenie.

Dyskusya: Hacker (Insbruk) operuje w znieczuleniu metodą Schleicha w pozycyi siedzącej. Büngner (Hanau) jest za me-

todą Küstera. — Riedel (Jena) poleca operować przy zwieszonej głowie; zapobiega się przez to powstawaniu zapalenia płuc. Eiselsberg (Wiedeń) nie zachwyca się metodą Küstera co do wyników czynnościowych: poleca metodę Arbnouth-Lane.

8. Landerer (Stuttgart): **Leczenie operacyjne gruźlicy płuc.** W przypadkach przewlekłych gruźlicy płuc operował L. sześć razy z dobrym wynikiem; we wszystkich wybadał przed operacyą jamy, do których się dostawał. Ranę pokrywał torakoplastyką; unikać jednakże należy okolicy serca i wielkich naczyń z powodu powstawania blizn tętniących, które są bardzo bolesne. Dla sprowadzenia szybszego zabliźnienia w sprawach gruźliczych poleca L. gorąco hetol. Przypadki ostre nie nadają się do operacyi.

W dyskusyi zabierali głos: Hofmeister (Tübingen), Borchard (Poznań) i prelegent.

9. Weisshaupt (Teplitz-Schönau): **O rozroście olbrzymim sutków podczas ciąży.** Demonstracya fotografii sutków olbrzymio rozrosłych, z których jeden ważył 5800 grm., drugi 6700 gramów.

10. Preindlsberger (Serajewo): **Dalsze uwagi nad kamicą** (*lithiasis*) **w Bośni.** Demonstracya obrazów i okazów kamieni moczowych, zebranych z 95 przypadków w dwóch ostatnich latach.

11. Preindlsberger (Serajewo): **O operacyach kamieni moczowych.** W 135 przypadkach u dzieci robił P. 93 razy cięcie górne, w reszcie przypadków kruszył kamienie. Wogóle można w Bośnii już u dzieci robić kruszenie kamieni, z powodu wczesnego rozwoju części rodnych zewnętrznych. W niektórych przypadkach robił oprócz kruszenia kamieni i cięcie górne lub przez międzykrocze.

12. Büngner (Hanau): **Przyczynek do anatomii i fizyologii narządów żółciowych i trzustki.** Na 58 zwłokach ludzi dorosłych robił B. badania anatomiczne nad przebiegiem przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego. W 55 przypadkach przebiegał przewód żółciowy wspólny przez miąższ trzustki w przestrzeni 2 ctm.: prawie nigdy nie łączył się z przewodem Wirsunga, tylko oba kończyły się w dwunastnicy obok siebie w odległości 2 mm. na wzgórku Vatera. Przewód Wirsunga przebiegał zazwyczaj niepodzielony, w niektórych tylko przypadkach bywał dodatkowy przewód trzustkowy, który się kończył w różnej odległości od ujścia głównego przewodu w dwunastnicy. Praktyczne wyniki tych badań są te, że z powodu przebiegu przewodu żółciowego przez trzustkę nie można go odsłonić w całym przebiegu aż do ujścia w dwunastnicy bez nacięcia trzustki, a co najważniejsze przebieg ten tłómaczy nam, dla czego przy sprawach zapalnych lub nowotworach głowy trzustki, wogóle w sprawach chorobowych, wywołujących powiększenie głowy trzustki, a co za tem idzie i uciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego, występują objawy zatrzymania żółci, do czego się też dołączają objawy zatrzymania soku trzustkowego. Zatkanie ujścia jednego z przewodów nie powoduje zatkania drugiego przewodu, coby miało miejsce, gdyby oba przewody (d. choledochus i d. Virsungianus) się łączyły; inaczej się rzecz ma, jeśli sprawa chorobowa dosięgnie wzgórka Vatera, wtedy mamy objawy i ze strony przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego, chyba że przypadek zrządzi, iż jest dodatkowy przewód trzustkowy, wtedy niema objawów ze strony trzustki.

13. Stolz (Strassburg): **O wzroście kamieni żółciowych.** Badania prelegenta wykazały, że w woreczku żółciowym, w którym już są kamienie żółciowe, inne kamienie się już nie wytwarzają, mimo obecności czynników, wywołujących wytwarzanie się kamieni, mianowicie zastoju żółci i zakażenia. Przy zwiększeniu się kamieni zdaniem prelegenta przychodzi do złożenia soli wapniowych na wytworzone już kamienie. Demonstracya kamieni.

14. Riedel (Jena): **O zmianach anatomo-patologicznych w pierwszym napadzie kolki żółciowej.** R. radzi po pierwszym napadzie kolki żółciowej zaraz operować; pouczyły go o tem przypadki, które widział w dwanaście godzin po pierwszym napadzie: ciecz wolna prawie zawsze w jamie brzusznej, przewód woreczkowy bardzo cienki, bliski pęknięcia, a badanie bakteryologiczne dawało wynik ujemny. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Suez, 13 stycznia 1903.

(Dokończenie).

Co do przyjęć, to należy wyróżnić przyjęcie w pierwszym dniu Zjazdu delegatów rządowych i komitetów narodowych przez Khedywa w pałacu Abdin.

Wieczorem tego samego dnia odbyła się wycieczka koleją elektryczną do piramid, gdzie w olbrzymim i rzęsiście oświetlonym namiocie zastawiono wspaniałą ucztę. Przed ucztą odbyła się „fantazya arabska“, t. j. gonitwy beduinów, tańce arabskie, iluminacya sfinksa i piramid. Po drodze ze stacyi kolei elektrycznej do namiotu oglądaliśmy wschód księżyca i unosiliśmy się nad pięknością piramid w jego świetle.

Dnia 21-go odbyła się wycieczka, urządzona przez Khedywa na jego własnych statkach do tak zw. „barrageu“, czyli tamy na Nilu. Tama ta jestto olbrzymi wał, zbudowany z potężnych bloków kamienia kosztem około 30 milionów franków, ze 126 szluzami, które według potrzeby można zamykać żelaznemi zasuwami. Za pomocą tego mechanizmu można poziom wody podczas nizkiego stanu Nilu podnosić mniej więcej do takiej wysokości, jak podczas wylewu, a woda, rozlewając się po różnych kanałach, rozchodzi się po całym Egipcie. Ułatwia to podlewanie pól; a trzeba wiedzieć, że cała uprawa roli w Egipcie polega na podlewaniu, gdyż tu deszcz, z wyjątkiem brzegów morza Śródziemnego, prawie nigdy nie pada. Po oglądnięciu tamy uraczono nas w ogrodzie iście po królewsku, poczem osobnym pociągiem wróciliśmy do Kairu.

Dnia 22 odbyła się „uroczystość arabska“, urządzona przez Prezydenta i sekretarza Zjazdu. W podwórcu pewnej kamienicy urządzono z różnobarwnych arabskich dywanów olbrzymią salę. Z przodu sali ustawiono estradę, z tyłu potężny bufet. Wchodzących witała muzyka arabska. Przy przepełnionej sali rozpoczęto uroczystość odegraniem kilku arabskich utworów muzycznych, z tych niektóre były połączone ze śpiewami. Artyści muzycy byli zarazem artystami śpiewakami. Potem popisywali się indyjscy kuglarze, poskromiacze wężów i małp. Naraz wśród ogólnego napięcia uwagi wpadła do sali orkiestra, złożona z 25 chłopców, którzy przebiegając wzdłuż, wszerz i na około sali grali marsza na trąbkach, piszczałkach i bębnach, a narobiwszy huku i pisku, wynieśli się pospiesznie z sali, — poczem kuglarze rozpoczęli na nowo swoje popisy.

Następnie miał miejsce taniec arabski, polegający na tem, że tancerka, upiąwszy nizko na biodrach wyszywaną spódnicę i przykrywszy swój brzuch i piersi wybitnie przeźroczystym trykotem, porusza mięśniami brzusznymi lub piersiami, pozostawiając w spokoju głowę, ramiona i miednicę. Tancerka nasza doprowadziła do takiego mistrzowstwa swój „taniec brzucha“, że położywszy się na wznak i poukładawszy na brzuchu w pewnem oddaleniu kilka szklanek, tak poruszała w takt mięśniami brzusznymi, że szklanki, dotykając się górnymi brzegami, dzwoniły rytmicznie hymn Khedywa przy towarzyszeniu muzyki.

Potem uraczono nas obficie przy ustawicznie pełnym bufecie, a pełna osobliwości zabawa przeciągnęła się do 3 rano.

Dnia 23 popołudniu przyjmowali nas ministrowie w nowo zbudowanem Muzeum starożytności egipskich, gdzie p. Maspero, dyrektor Muzeum i najlepszy egiptolog, sprawił nam swemi objaśnieniami prawdziwą ucztę. Zwiedzałem poprzednio 2 razy to Muzeum, gdy jeszcze było pomieszczone w starym pałacu w Gizeh. Raz nawet tak się zapatrzyłem, że mię w Muzeum zamknięto i o mało że nie pozostałem tam na noc razem z mumiami; mimo to nigdy mię tak Muzeum nie zajęło, jak tym razem.

W objaśnieniu Maspery mumie królów z przed 6000 lat wydały nam się jakby żywe, a my poruszamy się pośród nich i własnemi oczyma patrzymy na ich czyny. Ocknęliśmy się dopiero w ustawionym obok Muzeum namiocie, gdzie butelki szampana i stół misternie zastawiony ciastami i różnemi przysmakami przekonały nas, że żyjemy w wieku postępu i nowoczesnej cywilizacyi.

Wieczorem tegoż dnia miał być bal u Khedywa; ze względu jednak na to, że poprzedniego dnia zmarła jego matka, zamieniono bal na zwykłe przyjęcie o godzinie 3-ciej popołudniu dnia następnego.

Mając tylko 7 dni urlopu, musiałem wracać do Suezu; inni puścili się bądź to po wodach Nilu, bądź koleją na wycieczkę do górnego Egiptu; w dniu zaś 11 b. m. zwiedzili stacyę kwarantanową dla pielgrzymów w El-Tor.

Według ostatniego zestawienia najliczniej na Zjeździe była reprezentowana Austrya (35 lekarzy); potem Francya i Włochy (po 33), Anglia (19), Niemcy (15), Rosya (12), Szwajcarya (7), Ameryka (6), Belgia (3), Grecya (2), Serbia i Turcya po jednemu. — razem 167 obcokrajowców.

Dr. Batko.

X. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

(Dokończenie).

XII. Landenheimer (Alsbach koło Darmsztatu) przedstawia „Krótkie doniesienie o płciowych myślach natrętnych u dziecka“. — Wśród psychoz wieku dziecięcego są bardzo często myśli natrętne, a z pośród tych ostatnich szczególnie myśli z cechą płciową. 12-letni chłopiec, dobry, pilny, bardzo dobrze uczący się, nie posiadający dotąd wyobrażeń płciowych, nie oddający się samogwałtowi, został zapytany przez kolegów w szkole o coś z zakresu płciowego, a gdy nie umiał odpowiedzieć, został przez nich wyśmiany. Przyszedłszy do domu, zapytał o to ojca, który za to go upomniał i powiedział w końcu, że mówienie o takich rzeczach jest grzechem i że za to mogliby go wydalić ze szkoły. Od tego czasu prześladowała pacyenta myśl o tem, tudzież powstała w nim nigdy nie znikająca obawa, że zostanie z tego powodu wydalony ze szkoły. Obawa ta doprowadziła go do tego, że chciał odebrać sobie życie. Stosowanie bromu, żelaza, kąpieli, wzmacniającego odżywiania wpłynęły dodatnio. Atoli po pewnym czasie znowu wystąpiły pewne zaburzenia w kierunku płciowym. Gdy pacyent przechodził koło jakiej kobiety, uczuwał potrzebę powiedzenia lub zrobienia czegoś nieprzyzwoitego, nadto doznawał wzwodu członka. U pacyenta rozpoznawano z początku pognębienie umysłowe (melancholię) na podstawie niepokoju i zmartwienia, oraz wyrzutów, które sobie czynił, tudzież chęci popełnienia samobójstwa. Tymczasem gruntowne zbadanie stanu psychicznego pacyenta wykazało, że punktem wyjścia jego cierpienia były natrętne myśli z zakresu płciowego.

XIII. Hess (Stephansfeld) mówił „O obłąkaniu histerycznem“. Mowca stoi na stanowisku Kraepelina, że należy odróżniać histeryczną psychozę od objawów histerycznych w innych psychozach. Gdy według statystycznych danych, przedstawionych przez Nissla na ostatnim Zjeździe południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich, w klinice hejdelberskiej okazać się miało 1,5% przypadków obłąkania histerycznego, a 14,4% przypadków, w których objawy histeryczne występowały w przebiegu innych psychóz, — to w zakładzie mowcy liczba przypadków obłąkania histerycznego okazała się jeszcze mniejszą, a mianowicie 0,11%. A więc histerya, jako wyraźna i samoistna psychoza, nie jest, według autora, częstą. — Mowca zwraca uwagę, że rzeczywiście niekiedy schorzenia narządów płciowych grają pewną rolę w powstaniu histeryi i że często po ich usunięciu znikają objawy histeryczne. Atoli przesadne są twierdzenia niektórych ginekologów np. Makkenbroda i Schulzego, którzy tak daleko posuwają się w odnoszeniu histeryi do zaburzeń w narządach płciowych, że żądają, aby każdą umysłowo chorą przed badaniem psychiatrycznem poddano badaniu ginekologicznemu i że w każdym zakładzie dla obłąkanych powinien znajdować się ginekolog. Mowca przypomina histerycznych mężczyzn, którzy przecież na maciczne cierpienia nie chorują, a mimo to ulegają histeryi.

Dyskusya. Prof. Kraepelin wykłada swoją teoryę o histeryi i objawach histerycznych przy innych psychozach. Teorya ta polega na podniesionem jeszcze przez Kahlbauma rozróżnianiu pomiędzy stanem chorobowym a jednostką chorobą. Znalezienie pewnych objawów jeszcze nie stanowi o jednostce chorobowej; trzeba badać całość, a przedewszystkiem przebieg schorzenia. Ta myśl przewodnia, będąca podstawą całej tak zw. szkoły Kraepelinowskiej w psychiatryi, doprowadziła Kraepelina także i w stosunku do histeryi do odróżnienia owych dwóch rzeczy: z jednej strony samych tylko objawów tak zw. histerycznych. które same przez się według Kraepelina jeszcze nie stanowią jednostki chorobowej, a które mogą występować w różnych psychozach, do różnych więc mogą należeć jednostek chorobowych, — z drugiej zaś strony samodzielnej jednostki chorobowej, histerycznej psychozy. Tak samo wszak ma się rzecz, — mówi Kraepelin, — i z padaczką. Same t. zw. drgawki padaczkowe jeszcze nie dowodzą padaczkowej psychozy; — zdarzają się one także w porażeniu postępującem, w niedołęstwie umysłowem wczesnem itd. Podobnież rzecz się ma z zadumą (melancholia), obłędem itp. Stwierdzenie patologicznego smutku lub podniecenia jeszcze nie wystarcza do rozpoznania zadumy, obłędu itp. psychoz. Przygnębienie, podniecenie itd., to są stany chorobowe, które mogą występować w różnych jednostkach chorobowych. To samo, — twierdzi mowca, — ma miejsce i w histeryi: — co innego są objawy histeryczne, które występować mogą w najrozmaitszych psychozach, — a co innego obłąkanie histeryczne, zupełnie odrębna samodzielna psychoza.

XIV. Prof. Nissl (Heidelberg) mówi „O rozpoznawaniu porażenia postępującego“. Histopatologiczne rozpoznanie porażenia postępującego jest obecnie tak pewne, że, jak każdy niemal lekarz, — nie specyalista bakteryolog, jest w stanie rozpoznać pod mikroskopem gruźlicę, tak samo, — twierdzi mówca, — każdy niemal jest w stanie z całą pewnością rozpoznać pod mikroskopem typowe porażenie postępujące. Do najcharakterystyczniejszych cech rozpoznawczych należą: — 1) jądra podłużne, błękitem metylenowym zabarwione, blade, o 3—4 ziarenkach i prawie niewidzialnem ciele protoplazmatycznem, podobne do śródbłonka naczyń, — tudzież 2) znaczna ilość komórek Marschalka, znachodzących się szczególnie w okolicy naczyń krwionośnych. O występowaniu tych komórek w porażeniu postępującem wątpiono, ale niesłusznie. Okazało się bowiem, że odczynniki, których używali badacze, niszczyły te twory. Histopatologiczne badania już obecnie takie dają wyniki, że na ich podstawie można już prostować wiele rozpoznań klinicznych. Tak np. wiele przypadków, uznanych w klinice za niedołęstwo umysłowe wczesne, okazały się pod mikroskopem porażeniem postępującem. Wiele także i odwrotnych przypadków miało miejsce: — za życia rozpoznano porażenie postępujące, mikroskop okazał niedołęstwo umysłowe wczesne. Te to błędy w rozpoznaniu klinicznem były jedną z przyczyn, dlaczego dość długo nie można było z całą pewnością twierdzić, że mikroskop jest w stanie dać zupełnie pewne rozpoznanie porażenia postępującego. Drugą przyczyną, dlaczego do histopatologicznego rozpoznawania porażenia postępującego doszliśmy dość późno, było to, że przez długi czas poświęcano za wiele stosunkowo uwagi komórkom nerwowym, nie uwzględniając otoczenia ich, t. j. neurogli, naczyń itd.

Mowca zastanawia się dalej nad porażeniem postępującem ze stanowiska histopatologicznego i przy tej sposobności omawia podział spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym, tudzież punkt wyjścia i podstawę dla tego podziału. Oto — tkanka nerwowa ośrodkowego układu nerwowego, jak wiadomo, jest pochodzenia ektodermalnego, — naczynia zaś krwionośne i limfatyczne, podobnież jak opony miękka i twarda, pochodzą ze średniego listka zarodkowego (mezodermy), są więc obcym pierwiastkiem w ośrodkowym układzie nerwowym. Błona zewnętrzna naczyń stanowi granicę między tymi dwoma pierwiastkami; — ztąd wielkie ma ona znaczenie. Przedewszystkiem nie dopuszcza ona do tego, aby ciałka krwi wychodziły z naczyń do tkanki nerwowej. Dopóki błona zewnętrzna naczyń jest prawidłowa, cała, dotąd nieznajdziemy, mówi autor, w tkance nerwowej ciałek krwi. Leukocyty w tkance nerwowej znajdują się tylko wtedy, gdy błona zewn. naczyń uległa schorzeniu i je przepuściła, np. w uszkodzeniu, w zakrzepie, w zatorze itd. Jeżeli tkanka nerwowa ulegnie zniszczeniu, a błona zewnętrzna naczyń jest zdrowa, wtedy buja neuroglia, — a nie mesodermalne twory. Neuroglia jest również ektodermalnego pochodzenia, mówi autor. Kto twierdzi, że neuroglia pochodzi z mezodermy, ten nie zrozumie znaczenia błony zewn. naczyń. Komórki Marschalka, znachodzące się poza naczyniami, nie mają, zdaniem mowcy, nic wspólnego z ciałkami krwi, chociaż są do nich podobne. Na podstawie tych wywodów o błonie zewnętrznej naczyń, jako narządu ściśle odgraniczającego twory ektood mesodermalnych, tudzież, jako nieprzepuszczającego w stanie fizyologicznym ciałek krwi do otoczenia, — przedstawia mowca podział spraw zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym na zamiejscowe i tubylcze (hetero- i autochtonne). Do pierwszych należy zapalenie błon mózgowych gruźlicze, kiłowe i mięsakowe, cechujące się naciekami ciałek krwi w tkance nerwowej, które przepuściła uszkodzona błona zewnętrzna naczyń; do drugich zalicza mowca zapalenie mózgu, które dzieli na ostre (zapalenie rdzenia pacierzowego i zapalenie korzeni przednich rdzenia) i przewlekłe (porażenie postępujące, wiąd rdzenia); w nich nacieków z ciałek krwionośnych w tkance nerwowej niema, gdyż zdrowa błona zewnętrzna ich nie przepuszcza. Ztąd też komórki Marschalka, — zdaniem mowcy, — nie pochodzą z naczyń krwionośnych. Wreszcie nadmienia Nissl, że jak

mu się zdaje, wiąd rdzenia jest schorzeniem odmiennem od porażenia postępującego.

XV. Dr. Willmanns (Heidelberg) mówi „O psychozach włóczęgów“. Według wykazów statystycznych — między włóczęgami jest zaledwie około 15% ludzi umysłowo zdrowych. Do najczęstszych psychoz, spotykanych wśród włóczęgów, należy niedołęstwo umysłowe wczesne. Tym przypadkom poświęcił autor swoje spostrzeżenia, a zwracał uwagę głównie na to, jak ta sprawa chorobowa wpłynęła na całe życie pacyentów i jak sama ona przebiegała. Mowca opiera się na zbadaniu 120 przypadków, przyczem badał gruntownie cały przebieg życia takiego osobnika; w tym celu odczytywał świadectwa szkolne, wojskowe, albo sądowe itd. itd., odnoszące się do pacyentów badanych. Pod tym względem dzieli autor włóczęgów, cierpiących na wczesne niedołęstwo umysłowe na 3 kategorye: 1) do pierwszej zalicza te przypadki, w których dotąd zdrowi pacyenci ulegli ostrym objawom wczesnego niedołęstwa umysłowego, po ustąpieniu których pozostał trwały defekt w organizacyi umysłowej. Zmiana ta, niedostrzegalna na pierwszy rzut oka, jest jednak wyraźną dla najbliższego otoczenia pacyenta, które tygodniami i miesiącami z nim przebywa. Defekt ten czyni pacyenta niezdolnym do prawidłowego życia społecznego. Pacyent spada coraz niżej, aż po latach 10—20—30 dostaje się do domu pracy, albo do więzienia. Jeżeli tu wystąpią znowu ostre objawy chorobowe, pacyent zostaje nareszcie umieszczony w zakładzie dla umysłowo chorych. 2) Do drugiej grupy zalicza mowca obłąkanych w wieku pokwitania (hebefrenia). Dotąd zdrowi, — zapadają w 16—20 roku życia, stają się cisi, nudni, niedorzeczni. Jedni z nich szybko dostają się do domów zarobkowych, gdzie często dostają zaburzeń ostrych. Inni znowu ulegają niezwykle powolnemu pogorszeniu; ta grupa nie jest dostatecznie znana. 3) Do trzeciej grupy należą osobniki, które już od dzieciństwa nie są prawidłowe; w szkole źle stoją i już od pierwszej młodości przebywają między domem poprawy, więzieniem a domem zarobkowym. Wystąpienie objawów ostrych, — omamów, podnieceń itd. zwraca dopiero uwagę na ich chorobę umysłową i dopiero wtedy zostają uznani za umysłowo chorych i dostawieni do zakładu dla obłąkanych. Mowca zwraca wreszcie uwagę na to, że niesłuszne jest twierdzenie niektórych, jakoby u tych osobników włóczęgostwo, częste więzienie itd. stawały się przyczyną choroby umysłowej. Jak to już z powyższego przedstawienia życia tych włóczęgów wynika, — rzecz się ma odwrotnie, choroba umysłowa właśnie jest główną przyczyną ich włóczęgostwa.

XVI. Dr. Kühne (Wienenthal) mówił „O nieporażennem zaburzeniu umysłowem obok wiądu rdzenia“. Jak wiadomo, toczy się spór o to, czy porażenie postępujące i wiąd rdzenia są schorzeniem identycznem.

Mowca sądzi, że nie należy wiądu i porażenia postępującego uważać za jedną i tę samą chorobę. Zdanie swe opiera prelegent na stwierdzeniu dwóch przypadków, które bliżej omawia, a w których przy istniejącem wiądzie rdzenia były objawy psychiczne, różne od tych, jakie spotykamy w porażeniu postępującem. Mianowicie przy istnieniu urojeń o charakterze prześladowczym nie było najmniejszych cech ogłupienia porażennego. Zdolność spostrzegawcza bardzo dobra, pamięć zupełnie prawidłowa, panowanie nad sobą i oryentowanie dobre, mowa bez zaburzeń. Przypadki te przez lat kilka były uważane za obłąkanie ogólne (paranoia).

XVII. Dr. Fauser (Stuttgart) opowiedział o urządzeniu oddziału psychiatrycznego przy szpitalu miejskim w Stuttgarcie, a jednocześnie oprowadził zebranych po zakładzie.

XVIII. Dr. Dietz (Stuttgart) przedstawia plany nowo budującego się zakładu dla obłąkanych w Weinsbergu — w Wirtembergii Na polecenie rządu specyalna komisya zwiedziła główniejsze nowożytne zakłady systemu pawilonowego i na podstawie tych informacyj ułożono plany nowo powstać mającego zakładu w Weinberg. Komisya przyszła do przekonania, że tak ze względów higienicznych, jak i terapeutycznych, najlepszy system budowy jest pawilonowy. Wobec korzyści, jakie system ten daje pod obu powyżej przytoczonymi względami, — małoznaczącym staje się wzgląd, że potrzebna jest liczniejsza usługa, również i obsługiwanie jest nieco utrudnione. Zakład w Weinsbergu planowany podług systemu pawilonowego, składać się będzie z 18 budynków przeznaczonych dla chorych, tudzież 10 zabudowań gospodarczych. Liczbę pacyentów, mających się pomieścić w zakładzie, obliczono na 500.

Budynki znajdują się w paru szeregach w kształcie półkoła, tak, że najekscentryczniej położone są zabudowania dla niespokojnych, więcej ku środkowi zaś dla „półniespokojnych“, które stanowią przejście do domów otwartych dla pacyentów zupełnie spokojnych, którzy będą zatrudniani rozmaitemi zajęciami. Nadto istnieje oddzielny lazaret dla obłąkanych cieleśnie chorych. Każdy z budynków otoczony jest ogrodem. Oddział żeński oddzielony jest od męzkiego zabudowaniami mieszkalnemi, przeznaczonemi dla lekarzy i zarządu. Budynki gospodarcze znajdują się w linii frontowej, ażeby dojazdy do nich nie zakłócały porządku i spokoju w zakładzie.

Zakład w Weinsbergu należeć będzie do najlepszych nowożytnych zakładów dla obłąkanych.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5. lutego.

* X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1904. Termin X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który, w myśl uchwały poprzedniego Zjazdu w Krakowie w r. 1900, miał się odbyć we Lwowie już w r. 1903, odłożony został przez Delegacyę Zjazdów w porozumieniu z Wydziałem gospodarczym na rok 1904, głownie z powodu, iż w roku 1903 odbywa się międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie, a geologiczny w Wiedniu, a niedawno odbył się międzynarodowy Zjazd lekarzy w Kairze Bliższe szczegóły ogłoszone będą później. Wszelkich informacyi udziela już od dzisiaj Sekretaryat pod adresem: Lwów, Czarnieckiego, 3.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie:

Prof. Dr. E. Machek, przewodniczący. *Prof. Dr. J. Zakrzewski*, zastępca przewodniczącego. *Prof. Dr. Sieradzki*, sekretarz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po demonstracyi chorego przez kol. Borzęckiego, odbył się odczyt kol. Majewskiego: »O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i sposobach ich wykrycia«.

* »Prawitielstwiennyj Wiestnik« (31—XII st. st.) donosi, że wydawca czasopisma »Lekarz», Dr. H. Brunner, otrzymał pozwolenie na zamianę tego tygodnika na dwutygodnik. Drowi zaś Serkowskiemu w Łodzi, wydawcy »Czasopisma lekarskiego», pozwoliła władza dołączać co miesiąc »dodatek«, poświęcony wszystkim gałęziom medycyny.

* Czytelnicy »Przeglądu« przypominają sobie, że czescy lekarze położyli wolność przemawiania we własnym języku za warunek swego udziału w państwowym Wiecu lekarzy rakuskich. Komitet organizacyjny wstawił do regulaminu wiecowego wolność zabierania głosu w języku narodowym, czem sobie zjednał ogólne uznanie. Tymczasem ku wielkiemu zdumieniu dowiedziano się, że uchwała ta stała się powodem wystąpienia Towarz. lekar. wiedeńskiego z organizacyi Związku towarzystw lekarskich, co zagraża rozbiciem jedności, a tem samem i doniosłości uchwał Wiecu. Czasopisma lekarskie niemieckie potępiają ten krok wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego, w którym szowinizm wziął przewagę nad interesem ogółu lekarskiego.

* Wiadomości osobiste. Rada miasta Lwowa mianowała lekarzem miejskim Dra Kunzeka, zaś Dra Jaszczurowskiego, lekarza miejskiego w X randze, — lekarzem miejskim w IX randze.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień II. (11—17—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 23, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 20 (11 zam.), z zapalenia płuc 7, z błonicy 1, z płonicy 5 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

* Między 21 a 27 stycznia doniesiono władzy o dwóch przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w m. Lwowie i w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Hofmann i Perthes mianowani profesorami nadzwycz. w Lipsku. — Dr. Jaquet mianowany profesorem zwyczajnym farmakologii w Bazylei. Prof. nadzwyczajny farmakologii w Kazaniu Dr. Siergiejew, mianowany profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Dnia 27 stycznia b. r. zmarł w Stryju dzielny lekarz, nieoceniony kolega i nieskazitelny człowiek, Dr. Teodor Stahlberger.

Zmarły był synem znanego dyrektora gimnazyalnego w Krakowie. Prócz wiedzy zawodowej, posiadał wykształcenie wszechstronne; podróżując wiele, nabył zamiłowania do postępu umysłowego i upodobania do sztuk pięknych. W roku 1894, zostawszy prymaryuszem, a następnie dyrektorem szpitala powszechnego w Stryju, od razu postawił

ten zakład na stopie europejskiej, łożąc znaczne wkłady, w wielkiej części z własnych funduszów, na urządzenie w pojęciu nowoczesnem tak sali operacyjnej, jak i całego szpitala; z tego źródła otrzymał szpital stół operacyjny, sterylizator, przybory, narzędzia, książki itd. Staraniami swemi wyjednał nie jedno ulepszenie w tym zakładzie, jak np. wyasfaltowanie sali operacyjnej z odpowiednimi ściekami na zewnątrz, w celu łatwego spłókania posadzki po każdej operacyi; wyasfaltowanie korytarzy, urządzenie łazienek, rekonstrukcyę źle urządzonych wychodków; otrzymał też przyrzeczenie od Wydziału krajowego, iż pawilon dla chorób zakaźnych będzie wkrótce urządzony przy szpitalu Stryjskim; tego jednak, niestety, nie doczekał się, a tymczasem chorzy na gruźlicę, dur, ospę, błonicę itp. muszą się mieścić dla braku miejsca w jednej salce, wzajemnie się narażając na niebezpieczeństwo zakażenia. Jednem słowem, szpital był ukochanem dziecięciem ś. p. Dra Stahlbergera; to też wnet pozyskał zaufanie ogółu; chorzy cisnęli się do tego przybytku, ufni w opiekę jego kierownika. Zamiast 100 chorych, na którą to liczbę zakład był przeznaczony, pielęgnowano tam zimową porą po 140.

Jeszcze jedną ważną usługę oddawał społeczeństwu szpital stryjski pod przewodnictwem Dra Stahlbergera i asystenta jego Dra Czarneckiego: był prawdziwą szkołą dla młodszych kolegów w zawodzie chirurgicznym, którym lekarze szpitalni z całą uprzejmością pozwalali korzystać z licznego materyału, używając ich do asystencyi przy wszelkich operacyach. Tak ciężkie i trudne operacye, jak operacya wola, doszczętne operacye przepuklin, resekcye kiszek, operacye w jamie brzusznej itd. były tu wykonywane bardzo często i z pomyślnym wynikiem.

Od kilku lat był Dr. Stahlberger przewodniczącym Sekcyi stryjskiej Towarzystwa lekarzy galic. i na tem stanowisku niósł wysoko sztandar godności stanu lekarskiego. Zginął przedwcześnie wskutek ropnia około krtani, powstałego prawdopodobnie w następstwie zakażenia przy operacyi lub sekcyi. Tracheotomia, dokonana przez Radcę dworu prof. Rydygiera, niezdołała ocalić pożytecznego żywota.

Żył lat 42. Osierocił młodą żonę i czteroletnią córeczkę.

Niechaj ziemia będzie mu lekką. *Dr. Serkowski.*

Prof. Gessner, kierownik kliniki ginekol., zmarł w Erlandze, licząc lat 38. Dr. Bronisław Piźl, lekarz okręgowy, burmistrz m. Tartakowa, zasłużony obywatel, zmarł w 35 r. życia. Dr. Dyonizy Mołczkowski, lekarz z Halicza, zmarł w Ściance koło Złoczowa.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Arnstein: Wrzekome zapalenie opon mózgowych w przebiegu zapalenia płuc u dziecka 3-letniego, zakończone wyzdrowieniem. Rząd: Przyczynek do leczenia kulszówki. Rajkowski: Przyczynek do wiadomości o »fuszerce leczniczej« u nas. Kędzierski: Uwagi z powodu artykułu Dr.Dunina: »W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego». Wychowski: Uwagi nad artykułem Dr. Dunina (jak wyżej). Frankowski: Wzór małego zakładu kąpielowego dla ludności fabrycznej.

— *Kronika lekarska* Nr 2. Niedzielski: O mięsakach sutki. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.)

— *Zdrowie* Z. 2. Sokołowski: O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach warszawskich. Erbrich: Badanie bakteryologiczne kart szpitalnych na obecność laseczników gruźliczych. Stolzman: Wynik badań chemiczno-bakteryologicznych powietrza sal szpitalnych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Krokiewicz: Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca urazowego. Szleifstein: Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny (dok.).

— *Medycyna* Nr. 4. Gutowski: Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Ostrčil. O rychlem rozšíření hrdla děložního za porodu, s poznamkou o zvláštním průběhu jednoho případu eklampsie. Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (dok.). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriím koryneovitým (dok.)

— *La Presse médicale* Nr. 7. Brock: Nauczanie dermatologii w Paryżu. Henriquez i Hallion: Nowe badania «sekretyny». Działanie na wątrobę.

— Nr. 8. Raymond: Nozologia postępującego zaniku mięśniowego. Bernard, Bigart i Labbé: Znaczenie lecytyny w czynności nadnercza i wydzielanie się jej przez ten narząd.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Ewald: O durze atypowym. Berent. Etyologia kostno-stawowych zmian chorobowych. Binz: O wyskoku, jako środku leczniczym, na podstawie wyników badań w ostatniem dziesięcioleciu (dok.) Kyes i Sachs: Przyczynek do nauki o czynnej substancyi jadu okularnika (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Klein: Przyczynek do wiedzy o aglutyninach i pewnych precypitynach krwi. Wechsberg: O uodpornieniu bakteryi. Schur: O symptomatologii gruźlicy gruczołów chłonnych, przebiegającej z pozorami białaczki rzekomej. Kapsamer: Przyczynek kliniczny do nauki o guzach gruczołu krokowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Heubner: Uwagi o nerce w przebiegu płonicy i błonicy. Lanz: Dalsze spostrzeżenie nad leczeniem surowicą choroby Basedowa. Möbius: O antytyreoidynie. Freund: Atypowa operacya mięśniaka. Pauli: O działaniu jonów i o ich zastosowaniu leczniczem. Gross: Kiłowe, włókniste zwężenie jelita i żołądka. Starek: Przyczynek do techniki sondowania przełyku. Hauenschild: Przypadek moczniczej ślepoty. Kompe: Kazuistyczne przyczynki do nauki o wrodzonych potwornościach. Meinhold: Dalszy przypadek hemoglobinuryi w ciąży.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Garré: Przypadek istotnego obojnactwa. Wilms: Mechanizm strangulacyi jelit. Marx i Sticker: Dalsze poszukiwania nad złagodzeniem nabłoniaka przyrzutowego drobiu. Liepmann: O surowicy swoistej dla łożyska ludzkiego. Füth: Cukrzyca a operacye ginekologiczne (c. d.). Eitelberg: Symptomatologia ostrych spraw zapalnych w narządzie słuchowym. Heimann: Rozszerzenie przewodu łzowego u noworodka.

Redakcya otrzymała. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń.

— Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegowina (1878—1901). Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis (Lieferung IV. Würzburg. A. Stuber's Verlag).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 11. lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Borzęcki wygłosi odczyt: „Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie żenienia się“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 14 Lutego 1903. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wyniki badań nad surowicą przeciwpaciorkowcową *(strept. scarlatinae)*, dokonanych w latach 1895—1897 w Zakładzie higieny i oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Podali

Prof. Odo Bujwid i Dr. Norbert Gertler.

(Według odczytu na posiedzeniu w tow. lek. w Krakowie dnia 29 października 1902 roku).

Na wstępie zaznaczamy, że praca niniejsza nie została jeszcze całkowicie ukończoną i jeśli dotychczasowe wyniki jej podajemy do publicznej wiadomości, to dlatego tylko, że podobnej treści komunikat został ogłoszony przez Mosera na Zjeździe w Karlsbadzie. Wobec wyników naszych badań i znacznie wcześniejszego zastosowania metody z małemi zmianami wielce podobnej, jakkolwiek zachodzi konieczność dalszych studyów nad sprawą, której jeszcze dużo do rozwiązania brakuje, a która już teraz pewne wzbudza nadzieje, sądzimy, że słusznem będzie, jeśli głos zabierzemy.

Gdyby dalsze badania potwierdziły wyniki pracy Mosera i naszej, wówczas istotnie mielibyśmy w ręku środek przeciw pewnym postaciom płonicy; z góry jednak należy być przygotowanym na mniejszą jego skuteczność, niż ta, jaką widzimy przy działaniu antytoksyny przeciwbłoniczej; nie mamy tu bowiem do czynienia z właściwą antytoksyną, lecz z substancyą bakteryobójczą, która działa na paciorkowce, występujące w płonicy.

Niewątpliwie paciorkowiec odgrywa w płonicy rolę pierwszorzędną, jako przyczyna najgroźniejszych powikłań. Jeżeli się uda przeciwdziałać paciorkowcowi, działanie zarazka płoniczego ulegnie zmianie, względnie osłabieniu. A może też dalsze badania udowodnią, że płonica zależy jedynie od właściwego paciorkowca? Dotąd tego powiedzieć nie można.

Korzystne wyniki leczenia błonicy surowicą wywołały dążenie do szukania na tej drodze środków leczniczych przeciw innym chorobom zakaźnym. Jednym z takich jest surowica przeciwpaciorkowcowa. Wobec rozmaitości stanów chorobowych, które należy odnieść do działania paciorkowca, odkrycie Marmorka[1]) zostało przyjęte z najżywszem zadowoleniem w świecie lekarskim. Wkrótce pojawiły się sprawozdania o zastosowaniu tej surowicy w róży i gorączce połogowej, w zakażeniu ropnem, w płonicy, a więc w chorobach, w których w większej lub mniejszej mierze paciorkowiec odgrywa rolę czynnika przyczynowego.

Dla lekarzy chorób dzieci zabłysła nadzieja, że surowica przeciwpaciorkowcowa będzie dla płonicy tem, czem surowica przeciwbłonicza dla błonicy. Jakkolwiek nie wiemy, jakie drobnoustroje wywolują zakażenie płonicze, pewną jest rzeczą, że paciorkowiec w przeważnej liczbie przypadków jest przyczyną bezpośredniego zejścia śmiertelnego. Nie posuwamy się tak daleko, jak niektórzy autorowie, którzy dopatrują w paciorkowcu swoisty drobnoustrój płonicy; faktem jednak jest, że powoduje on prawie wszystkie ciężkie i groźne powikłania w tej chorobie. Są jednak i takie przypadki, w których istotnie nasuwa się przypuszczenie, że paciorkowce stanowią istotną przyczynę płonicy.

Liczne spostrzeżenia wielu autorów mogłyby za tem przypuszczeniem przemawiać. Z własnych przypadków pozwalamy sobie przytoczyć następujące:

1) W grudniu 1895 r. zachorowało dziecko *L.* z objawami płonicy. W dwa dni później zapadła matka na zapalenie mieszkowe gardła z nalocikami, które w dniu następnym się rozszerzyły jakoby nalot błoniczy; obok tego wystąpiły obrzęki gruczołów podszczękowych. Badanie nalotu wykazało, podobnie jak u dziecka, obecność paciorkowców średniej jadowitości (myszki padały po zastrzyknięciu 0,2 ctm.³ hodowli w ciągu 3—4 dni). Matka miała przebyć w wieku dziecięcym bardzo ciężką płonicę. W przypadkach powyższych — rzec można — przyczyna choroby była ta sama, u dziecka powstała osutka płonicza, a u osoby dorosłej, t. j. u matki, tylko zapalenie gardła mieszkowe, ponieważ już raz przebyła płonicę.

2) W drugim przypadku (styczeń 1898) matka przekłóła uszy dziecku przed 2 dniami. Ciepłota wynosiła wówczas 39·0° C, a bada. nie wykazało osutkę po obu stronach szyi i tułowia, zupełnie podobną do płonicy. Gardło prawidłowe, żadnego zaczerwienienia nie można stwierdzić. Badanie bliższe uszu wykazało ropę, wydobywającą się obok nitek, przeprowadzonych przez uszy. Drobnowid i hodowla wykryły paciorkowce. Rozpoznanie w pierwszej chwili było trudne z powodu braku zajęcia gardła; można było przypuścić rodzaj wyprysku ostrego lub początkowe objawy płonicy. Wyjaśniła się sprawa przy badaniu w dniu następnym, gdy na całej skórze znaleziono osutkę typowej płonicy. Ponieważ matka nie chciała odosobnić starszej 8-letniej córki, naraziła ją na zakażenie typową płonicą. Rozpoczęła się ona w 3 dni po zapadnięciu pierwszego dziecka wymiotami, silnem zaczerwienieniem gardła, obrzękami migdałków i gruczołów podszczękowych. W trzecim dniu choroby zauważyć można było znaczniejszy obrzęk migdałków, a na nich małe naloty szarozielone. Drobnowidowo i w hodowli z cząstek zmartwiałych znaleziono paciorkowce, odpowiadające zupełnie paciorkowcom, otrzymanym z ropy ucha siostry. Zakażenie wytłómaczyćby można w pierwszym przypadku wtargnięciem paciorkowców do rany, zadanej igłą; w drugim zaś tą okolicznością, że migdałki przerosłe były punktem wejścia dla paciorkowców, pochodzących z ucha siostry.

3) W styczniu 1901 r. 2 letnie dziecko uległo oparzeniu na czole. Po 4-ch dniach było można stwierdzić ciepłotę 40·0 C., a na skórze rozpoczynającą się osutkę płoniczą. Gardło z początku było zupełnie prawidłowe. Na brzegu rany, powstałej z oparzenia, wydobywa się ciecz ropiasta, z której wyhodowano paciorkowce dość jadowite (0.10 ctm.³ zabiło myszkę w ciągu 24 godzin). W następnych dopiero dniach wystąpiły ciężkie objawy ze strony gardła, obrzęki gruczołów, stan bardzo groźny, objawy zajęcia mózgu i wynik śmiertelny. Z wywiadów można było dojść, że dziecko odbierało czasopisma od osoby, u której w domu panowała płonica. W przypadku przytoczonym nie ulega wątpliwości, że paciorkowiec wtargnął do ustroju przez rany z oparzenia.

4) W rodzinie *B.* dwoje dzieci przebyło płonicę w lutym r. 1901; resztę dzieci odosobniono i tej zapewne okoliczności zawdzięczają uni-

knięcie tej choroby. W styczniu następnego 1902 roku zapadło dwoje dzieci z tej rodziny na płonicę. Dzieci, które w roku zeszłym przebyły płonicę, nie odosobniono i u jednego z tychże stwierdzić było można odrazu mieszkowe zapalenie gardła, u matki zaś i drugiego dziecka wystąpiły takie same objawy w dniu następnym. Badanie nalocików wszystkich tych chorych wykazało paciorkowce. Matka miałaprzebyć płonicę w wieku dziecięcym.

Wobec równoczesnego zachorowania tylu osób nasuwa się tutaj przypuszczenie jednolitości przyczyny chorobowej. U osobników, które już przebywały płonicę, ten sam zarazek nie wywołuje płonicy, lecz zapalenie mieszkowe gardła. W ten sam sposób wytłómaczyć się daje tak częste zapadanie na zapalenie gardła osób starszych, pielęgnujących chorych płoniczych.

5) Zakażenie przypadkowe paciorkowcem przy szczepieniu wścieklizny, niedawno spostrzegane w W., wywołało u trojga dzieci tak typowe objawy płonicy, że lekarze klinicyści za takie je przyjęli; przytem wystąpiło zakażenie miejscowe w postaci ropni, z których podobnie jak i z rdzenia króliczego wyhodowano paciorkowce, typu zwykłego nie wzmocnionego; u osób starszych powstały tylko ropnie w miejscach szczepienia i z nich wyhodowano tegoż paciorkowca.

Wielu badaczy, jak Baginsky[6]), Sławyk i Sommerfeld, Moser[7]) stwierdziło paciorkowce we krwi wszystkich prawie sekcyonowanych, a zmarłych na płonicę. Nieobecność paciorkowców w niektórych przypadkach nie dowodzi tego, iżby ich poprzednio nie było w ustroju, poucza o tem cały szereg doświadczeń, które przeprowadziliśmy w Zakładzie higieny. I tak, gdy zastrzyknięto paciorkowce o mniejszej jadowitości królikom, padają one po upływie 2—3 tygodni, a wówczas ani we krwi, ani w hodowli, ani przez zastrzyknięcie większej ilości krwi myszom lub królikom nie można znaleźć paciorkowców; króliki padały z powodu powikłań ze strony płuc, opłucnej, z powodu zwyrodnienia mięśnia sercowego, lub ogólnego charłactwa, powstałych pod wpływem poprzedniego zakażenia paciorkowcem.

Nadto zdarzało się nam nieraz spostrzegać przy badaniu krwi zmarłych na płonicę, że po zaszczepieniu krwi, wziętej wprost z serca, na 6—8 pożywkach bulionowo-surowiczych, tylko w jednej z nich wyrosły paciorkowce, podczas gdy na innych pożywkach bulionowo-surowiczych, agarze i żelatynie wcale drobnoustroje nie wyrosły. Zdarzało się to zwłaszcza w przypadkach szybkiej śmierci z płonicy w ciągu 24—48 godzin.

Ponieważ tak często spotykamy się w płonicy z paciorkowcem, przypuścićby można, że gdyby się udało zapobiedz powikłaniu paciorkowcem, a względnie go zwalczać, prawdopodobnie odsetek śmiertelności znaczniebyby się zmniejszył. Wszak wiemy, że płonica w pierwszych dniach rzadko zabija (tak zw. *scarlatina maligna);* zwykle w przypadkach niepomyślnie przebiegających, gdy osutka już zaczyna ustępować, ciepłota zamiast spadać, utrzymuje się, należy szukać przyczyny w zakażeniu paciorkowcem, przebiegającem pod postacią rozpadu ropnego migdałków, w zajęciu gruczołów i tkanki okołogruczowej, ropnem zapaleniu ucha środkowego, stawów, błon surowiczych, lub wreszcie w ogólnej ropnicy. Od rodzaju i charakteru tych powikłań zależy dalszy los chorego.

Środkiem do osiągnięcia wyleczenia takich przypadków mogłaby być surowica przeciwpaciorkowcowa.

Surowicę tę w przebiegu płonicy zastosował pierwszy odkrywca jej Marmorek[1]) w Paryżu na oddziele Josiasa w 96 przypadkach. We wszystkich przypadkach wykazano obecność paciorkowca; w 17 przypadkach stwierdzono towarzyszący prątek błoniczy Löfflera, 4 z tych przypadków zakończyło się śmiercią. Ilość wstrzykiwanej surowicy wynosiła z początku 10 ctm.³ dziennie, później powiększano dawkę do 40—60—80 ctm³. W jednym przypadku, powikłanym zapaleniem płuc, wstrzyknięto 90 ctm.³ z wynikiem dodatnim. Działanie surowicy było najwybitniejsze w powikłaniach obrzękiem gruczołów, który pod wpływem surowicy w krótkim czasie się zmniejszył. Zdaniem Marmorka miał się uwydatnić wpływ surowicy w przebiegu powikłań uszu, jakoteż i nerek.

Josias[2]) podaje 145 przypadków, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową, a z tych w 49 stosowano surowicę wyrobu Nocarda, który ją otrzymał z jagniąt, a w 96 surowicę Marmorka; śmiertelność jednak w obu szeregach była większa, niż przy zwykłem leczeniu; jako dodatni wpływ zaznaczono szybsze ustępowanie nalotów z migdałków i szybsze rozdzielanie się obrzęku gruczołów; jako ujemną stronę — pojawienie się ropni w miejscach zastrzyknięcia.

Baginsky[3]) leczył surowicą 57 przypadków, z tych 7 przypadków zakończyło się śmiercią; wogóle zauważył on szybsze znikanie nalotów i podczas gdy śmiertelność dawniej wynosiła 22·5%—34·4%, przy leczeniu surowicą spadła do 14·6%. Baginsky sądzi, że byłby miał lepsze wyniki, gdyby mógł wstrzykiwać większe ilości surowicy.

Ocena powyższych przypadków bardzo jest trudna, a to głównie dla tego, że ilość przypadków, w których użyto surowicy, była bardzo mała, a skutkiem tego nie można wykluczyć przypuszczenia, że korzystne wyniki należy odnieść do łagodnego charakteru choroby samej. Aby uniknąć jednostronnej oceny wartości leczniczej surowicy, postanowiliśmy przeprowadzić doświadczenia, trwające dłuższy czas, uwzględniając tylko takie przypadki, w których ze względu na przebieg kliniczny należało rokować albo źle, albo wątpliwie.

Do wytworzenia surowicy właściwej przystąpiliśmy swego czasu jeszcze z końcem r. 1894. Postanowiliśmy wytworzyć surowicę na miejscu, w Zakładzie higieny.

W tym celu został użyty koń starszy, zdrowy, wypróbowany maleiną; poprzednio był on używany do doświadczeń z surowicą przeciwbłoniczą. Gdy otrzymana surowica przeciwbłonicza okazała się za słabą, użyto konia do doświadczeń z paciorkowcem.

Paciorkowiec pochodził z gruczołu zropiałego w przebiegu płonicy, która zakończyła się śmiercią (dziecko zmarło na drugi dzień po operacyi). Pierwotna jadowitość paciorkowca po wyhodowaniu na bulionie z surowicą sposobem Marmorka była niezbyt znaczna; 1 ctm.³ po wstrzyknięciu do żyły królika spowodował śmierć w ciągu 4 dni. Stopniowo przeprowadzając codziennie paciorkowce przez króliki i hodowle, otrzymaliśmy jadowitość taką, że już 1/milionowa ctm.³ zabijała królika przy podskórnem zastrzyknięciu w ciągu 18 do 24 godzin. Hodowanie odbywało się na bulione z surowicą ludzką lub końską w różnych stosunkach[1]). Zauważy-

[1]) Hodowanie w surowicy ludzkiej miało na celu podtrzymywać przyzwyczajenie paciorkowca do tej gleby, a więc i do działania na ustrój człowieka. Zastosowany przez Prof. Kryńskiego w przypadku nieuleczalnego raka, wytworzył bardzo silne różowate zapalenie skóry z objawami ciężkiego ogólnego zakażenia z zejściem w wyzdrowienie bez wpływu na nowotwór.

lismy, że wszelkie dodatki do surowicy, jak chloroform, kamfora, a dalej świeżość surowicy, znacznie wpływają na jadowitość otrzymanej hodowli tak, że tylko czysta i świeża surowica bez wszelkich dodatków nadaje się do otrzymania bardzo silnych hodowli.

Stopniowanie dawek u konia musiało być bardzo ostrożne; przerwy między szczepieniami były długie, gdyż inaczej powstawały bardzo wielkie obrzęki, a często i ropnie, których nie było przy stosowaniu choćby większych, ale niezbyt szybko po sobie następujących szczepień. Jako ostateczne dawki przed otrzymaniem surowicy dostał koń bez szkody dla zdrowia 50 - 60 ctm.³ mocnej hodowli paciorkowca, gdy poprzednia już 1 ctm.³ wywoływał obrzęk i ropnie. Do takiego przygotowania potrzeba było ponad osiem miesięcy, t. j. od 10/3 1896 r. do 22/12 1896. Surowica otrzymywaną była w ciągu lat dwóch, przyczem koń otrzymał 2402 ctm.³ bardzo silnych hodowli paciorkowców, pochodzących z kilku przypadków płonicy, zakończonych śmiercią.

Koń ten po 2 latach padł z powodu przypadkowego skaleczenia i z tego powodu dalszych doświadczeń musieliśmy przestać aż do czasu wytworzenia nowej surowicy, której nie udało się otrzymać w ciągu 2 lat następnych z powodu nadmiernej wrażliwości używanych do tego koni, później zaś z powodu przypadkowego braku silnej hodowli. Następne przygotowanie surowicy z przypadku płonicy w r. 1901 pozwoliło nam na rozpoczęcie nowych doświadczeń, które doprowadziły do otrzymania dość silnej surowicy i w ten sposób jesteśmy w możności prowadzić dalsze doświadczenia.[2])

Nadmienić musimy, że zapomocą surowicy, używanej przez nas do celów leczniczych w szpitalu św. Ludwika, można było uchronić zwierzęta (króliki) od działania zabójczego 10-krotnej dawki paciorkowca, wyhodowanego w przypadku płonicy, zakończonego śmiercią.

Hodowla paciorkowca w ilości 1/milionowej ctm.³ zabijała króliki w ciągu 24 godzin; hodowla ta w ilości $^1/_{100{,}000}$ ctm.³ przy równoczesnem wstrzyknięciu 0,5 ctm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej nie rozwinęła zabójczego działania.

Surowicę powyższą wstrzykiwaliśmy przeważnie w ilości 20—60 ctm.³ i to, jak już wspomnieliśmy, w przypadkach o rokowaniu wątpliwem lub złem. Za takie uznawaliśmy wszystkie przypadki, w których stwierdziliśmy bądź martwicę migdałków, bądź obrzęki gruczołów podszczękowych, objawy zakażenia ogólnego, więc nieprzytomność, drgawki; było kilka przypadków, w których w dniu przyjęcia nie uznawaliśmy potrzeby zastrzyknięcia, z dnia atoli na dzień pogarszający się stan ogólny i miejscowy skłonił nas po upływie kilku dni do użycia surowicy.

Krótki przebieg tego rodzaju przypadków pozwolimy sobie przytoczyć. Wreszcie używaliśmy tej surowicy w przypadkach, w których klinicznie rozpoznawano błonicę, badanie zaś bakteryologiczne nie potwierdziło tego rozpoznania. Przypadki takie, rzadko się zdarzające, uważaliśmy za »*scarlatina sine exanthemate*“, a w kilku z nich dalszy przebieg potwierdził to przypuszczenie.

Zanim atoli przystąpimy do szczegółowego zestawienia naszych przypadków, mogących świadczyć na korzyść surowicy, słuszną rzeczą będzie przedstawić w liczbach porównanie wyników leczenia płonicy bez surowicy, z wynikami leczenia przez nas otrzymaną surowicą. Następująca tabliczka wykazuje śmiertelność z płonicy w ciągu 6 lat, poprzedzających nasze doświadczenia.

Tablica 1.

Rok [3])	Liczba chorych + zapadłych w szpitalu	Zmarło	Odsetek śmiertelności	
1891	52	18	34·61%	średnia śmiertelność z 6 lat = 41·14%
1892	83	25	30· 1%	
1893	120	59	49·15%	
1894	[illegible]1	31	50· 9%	
1895	69	33	47· 6%	
1896	110	38	34· 5%	
1897 od 1/1— 1/11	104	18	17·37%	
1898	130	59	45· 4%	
1899	82	25	30· 4%	
1900	62	18	25· 0%	

Z tablicy tej (tab. 1) wynika, że przeciętna śmiertelność w szpitalu w ciągu 6 lat (t. j. od 1891 do 1896) wynosiła 41·14%. Nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że tablica przytoczona obejmuje tylko przypadki z osutką na skórze, nie uwzględnia zaś przypadków płonicy *sine exanthemate*, te bowiem uchodziły dawniej wobec nie przeprowadzenia badań bakteryologicznych, za błonicę posoczniczą.

Od 1/1 do 31/10 1897 liczba chorych na płonicę w szpitalu św. Ludwika w Krakowie wynosiła 104; przypadki te spostrzegał również sekundaryusz oddziału kol. Słapa. Podzieliliśmy wszystkie przypadki na dwie grupy:

I-szą stanowiły przypadki o przebiegu łagodnym, o których z góry przypuścić mogliśmy, że skończą się pomyślnie; takich było 58, z tych mimo to zmarło 4 (między nimi 1 *moribundus).*

Do grupy tej należą i przypadki, które w domu przebyły płonicę i tylko przyjęte z popłoniczem zapaleniem nerek. W tej grupie wcale nie stosowano surowicy.

II-ga grupa obejmuje przypadki, o których z góry wiedzieliśmy, że są bardzo ciężkie, lub też, że pogarszający się z dnia na dzień stan zmusił nas do użycia surowicy. Przypadków takich było 46, a zmarło 14, między nimi 2 *moribundi*, które w $^1/_2$—1 godziny po przyjęciu zakończyły się śmiercią.

Całkowita więc śmiertelność w czasie od 1/1 1897 do 1/11 1897 wynosiła 17·37%, a po odjęciu 3 przypadków, które przyjęto w ostatnich godzinach życia 14·95%.

Porównywując śmiertelność z lat, w których nie stosowano surowicy, z rokiem ostatnim, należałoby przyjść do wniosku, przemawiającego na korzyść leczenia płonicy surowicą, przez nas otrzymaną.

Nie chcąc przytaczać w całej rozciągłości przebiegu chorób, podajemy w 2 tablicy dołączonej zestawienie wszystkich przypadków, leczonych surowicą.

Okazuje się, że do doświadczeń użyliśmy ciężko chorych, u których odrazu stwierdzić można było powikłania ze strony gardła, ucha, obrzęki gruczołów podszczękowych,

[2]) Badania nad agglutynacyą są w toku.

[3]) Patrz: Sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci z lat przytoczonych.

Tablica 2.

Nr.	Nazwisko i dzień przyjęcia	Chory od dni	Lat	Stan osutki	Stan migdałków	Stan podniebienia i tylnej ściany gardła	Gruczoły pod szczękowe	Nos	Uszy	Powikłania	Dzień (choroby) zastrzyknięcia	Surowica A = antistrept. D = diphter	Ciepłota	Zejście	Uwagi
1	W. 17/12	4	9	świeża	oba zajęte	—	—	—	—	zapalenie stawu kolan.	V	17/12 20 cm^3 A.	$^{18}/_{12}$ opada zupełnie w 2 dni po zastrzyknięciu	—	—
2	K. 23/12	2	4	»	lewy	—	nie było. 31/12 obrzęk po stronie lewej, który ustąpił wkrótce	—	—	zapal. nerek b. lekkie	III	23/12 10 cm^3, 2/1 20 rm^3 } A.	$^{25}/_{12}$ bez gorączki. $^{29}/_{12}$ podniesienie dochodzi do 40°, $^{2}/_{1}$ i wtedy zastrz.	—	12/1 ślad białka
3	W. 22/12	3	12	»	oba zajęte 25/12 oczyściły się	—	—	—	—	—	III	22/12 20 cm^2, 24/12 10 cm^3 } A.	24/12 opada, wieczór podniesienie. 27/12 bez gorącz.	—	pokrzywka po surowicy
4	D. 27/12	7	8	ślad	obłożone szarozielonym nalotem		obrzękłe	—	4/1 ropotok z obu	5/1 zap. płuc	VII	27/12 20 cm^3, 30/12 10 cm^3, 1/1 10 cm^3 } A	28/12 opada nieco 29/12 podnosi się i dopiero 5/1 zap. płuc	—	7/1 ciepłota spadła zupełnie chory wyzdrowiał
5	S. 28/12	2	11	świeża	obłoczkowate naloty	—	po stronie lewej obrzęk	—	ropotok z ucha lew.	zapal. nerek 11/1 ślad białka	III	28/12 15 cm^3, 30/12 20 cm^5 } A.	31/12 opada zupełnie	—	17/3 ropień przyuszny, trepanacya wyrostka sutkowatego
6	D. 1/1	2	3	»	oba zajęte	—	po stronie lewej 26/1 incisio	—	12/1 ropotok	—	III	1/1 20 cm^3, 3/1 20 cm^3 } A. 5/1 10 cm^3 D.	6/1 opada	—	badanie nalotów wykazało prątki Löfflera
7	B. 1/1	3	10	»	»	—	—	—	—	13/1 zap. st.	IV	2/1 20 cm^3 A.	4/1 bez gorączki	—	—
8	B. 2/1	2	11	»	»	—	obrzęk po stronie lewej	—	—	majaczenie	III	2/1 20 cm^3 A	4/1 opada	—	—
9	P. 13/1	5	3	ustępująca	»	tylna ściana	powiększone, więcej prawy	—	18/1 ropotok	—	VI	14/1 20 cm^3 15/1 20 cm^3 18/1 10 cm^3 } A.	stale między 39—40°C	† 22/1	wstrzyknięcie karbolu do migdałków
10	R. 27/1	2	9	świeża	» szarozielone	—	oba obrzękłe	—	—	—	III	28/1 20 cm^3 A	29/1 spadek. 11/2 podniesienie. 12/2 spadek	—	osutka po surowicy
11	Ł. 29/1	6	10	niema	prawy wrzód	—	obrzęk po str. prawej	—	—	—	VII	30/1 20 cm^3 A.	1/2 bez gorączki	—	—
12	D. 31/1	3	8	świeża	kropkowate nalociki	—	—	posokow. wypływ	4/2 rop. u. pr. 6/2 z lewego	—	IV	1/2 20 cm^3, 3/2 20 cm^3 } A.	—	—	—
13	J. 3/2	2	3	»	naloty na obu szarozielone 4/2 nie szerzą się	—	obrzęki powiększające się. Nacięcie	—	6/1 rop. u. l. 13/2 pr	16/2 zapalenie płuca prawego	III	3/2 20 cm^3, 6/2 20 cm^3, 9/2 20 cm^3 } A	10/2 ciepłota spadła, 16/2 podnosi się, zapalenie płuc	† 20/2	7/2 naloty się oczyściły. Przy przyjęciu nieprzytomna
14	H. 5/2	2	5	»	na obu krop. naloty	—	nieznacznie	—	—	—	III	6/2 20 cm^3 A	7/2 spadek	—	—
15	F. 10/2	4	10	ustępująca	oba zajęte	—	po str. lewej obrzęk większy. Nacięcie	—	—	—	V	11/2 20 cm^3 A.	12/2 spadek 18/2 podwyższenie	—	—
16	F. 10/2	4	8	ślady	oba zajęte 15/2 owrzodzenie mn.	—	oba powiększone	—	—	zapal. nerek 26/2 mocznica	V	11/2 20 cm^3, 15/2 20 cm^3 } A.	12/2 lekki spadek 16/2 spadek	† 27/2	śmierć z powodu mocznicy
17	P. 12/1	5	7	ustępująca	oba zajęte	tylna ściana zajęta	pow. więcej po str. praw.	—	14/1 ropotok z ucha pr.	nieprzytomn.	VI	13/1 20 cm^3, 14/1 20 cm^3 } A.	stała	† 17/1	—
18	Ś. 11/2	4	10	ustąpiła	owrzodzenie rozległe 15/2 oczyszcz.	—	lewy więcej niż prawy obrzęk obrzękły	—	—	—	V	12/2 20 cm^3 A.	13/2 opada	—	—
19	Ś. 15/2	2	3	świeża	naloty kropkow. rozszerzyły się	—	oba obrzękłe	—	—	—	III	15/2 20 cm^3 A.	16/2 opada	—	—
20	S. 15/2	3	6	»	rozległe naloty	i na języczku	oba obrzękłe	—	—	—	IV	15/2 20 cm^5 A.	16/2 opada	—	—
21	G. 21/2	3	$4^1/_2$	»	duże błony szaro-zielone	zajęte	obrzękłe oba. Nacięcie po odrze 7/4	—	25/2 rop. z u. prawego 23/3 r. z u. l.	10/3 odra 28/6 błonica	IV	22/2 20 cm^3 A. 22/2 10 cm^3 D, 24/2 20 cm^3 A, 27/2 20 cm^3 D. 28/2 10 cm^3 D.	25/2 ciepłota 38°C 28/2 bez gorączki	—	22/2 zanotowano stan bardzo zły, tętno 184 liche
22	B. 21/2	4	8	»	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	zap. nerek lekkie	IV	22/2 20 cm^3 A 24/2 20 cm^3 A	23/2 spada, 24/2 podnosi się. 25/2 opada	—	osutka po surowicy
23	D. 1/4	7	14 mies	ślady	obłożone		obrzękłe	—	—	4/4 Zap. pł. lewego	IX	2/4 20 cm^3 A	stała	† 6/4	małogłowie, nieżyt jelit, niedokrewność

Nr.	Nazwisko i dzień przyjęcia	Chory od dni	Lat	Stan osutki	Stan migdałków	Stan podniebienia i tylnej ściany gardła	Gruczoły podszczękowe	Nos	Uszy	Powikłania	Dzień (choroby) zastrzyknięcia	Surowica A = antistrept D = diphter.	Ciepłota	Zejście	Uwagi
24	K 3/4	2	5	świeża	obłożone		—	—	—	oddech bardz. przyspieszony	III	4/4 20 cm³ A.	ponad 40° C.	† 5/4	—
25	H. 3/4	3	9	»	na praw owrz. na lew. nalot w 24 g. po wstrzyknięciu zmniejsza się	—	—	—	—	zapalenie nerek bardzo lekkie	IV	4/4 20 cm³ A.	5/4 opada	—	—
26	K. 10/4	4	$2^1/_2$	wyraźna	obłożone 12/4 naloty nieco mniejsze		obrzękłe zmniejszyły się	—	—	zapalenie płuc zrazikowe	V	11/4 20 cm³ A.	12/4 lekki spadek 13/4 podnosi się	† 13/4	—
27	S. 11/4	4	$7^1/_2$	świeża	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	obrzęk po wstrzyknięc.	IV	11/4 20 cm³ A.	12/4 opada	—	W ropie po nacięciu obrzęku gronkowce
28	W. 14/4	4	4	»	prawy zajęty	—	—	—	—	—	IV	14/4 20 cm³ A.	15/4 opada	—	—
29	O. 17/4	2	$2^1/_2$	»	lewy zajęty	1/5 rozsz. się na podniebienie	powiększ. się	—	—	zaczerwienie w miejscu wstrzyknięcia	III	17/4 20 cm³ A 29/4 10 cm³ D. 1/5 20 cm³ A.	18/4 spadek 29/4 podniesienie	† 4/5	Z początku naloty się zmniejszyły, dopiero od 1/5 rozpad martwiczy. Posocznica
30	M. 17/5	3	12	ślady	po str. lewej szaro-zielony nalot, po pr mniejszy	—	lewy powięk.	—	—	—	IV	18/5 20 cm³ A.	21/5 stan dobry	—	21/5 obrzęk gruczołów znika
31	M. 17/5	4	5	»	na pr. szaro-zielony nalot	—	—	—	—	—	V	18/5 20 cm³ A.	25/1 stan dobry	—	—
32	K. 18/VI	3	12	świeża	prawy zajęty	—	prawy obrz	—	—	—	V	20/6 20 cm³ A.	21/6 ciepłota spadła	—	—
33	W. 22/6	3	3	»	oba zajęte	—	lewy obrzękły	—	—	—	IV	23/6 20 cm³ A.	24/6 ciepłota spadła	—	—
34	B 7/7	3	4	»	oba zajęte w kątach ust rozpad	—	oba zajęte, nieco później nacięcie jed. gruczołu	—	—	—	VIII	11/7 20 cm³ A.	z początku ciepłota spadła 11/7 podniesienie 23/7 bez gorączki	—	—
35	S. 21/7	2	12	»	oba zajęte	—	prawy zajęty	zajęty	—	obrzęk po wst. bez zropienia	III	21/7 20 cm³ A.	25/7 bez gorączki	—	23/4 gardło czyste.
36	B. 21/7	10	2	»	»	—	oba obrzękłe	—	—	śpiączka 15/8 błonica	XI	21/7 20 cm³ A 15/8 10 cm³ D	22/7 opada 15/8 podniesienie	—	—
37	K. 11/8	2	$3^1/_2$	»	oba, do 14/8 rozszerzyły się znacznie	—	nie są zajęte 14/8 powiększają się	wydzieliny śluzowo ropne	—	—	VI	14/8 20 cm³ A	od 13/7 podniesienie, po zastrzyknięciu opadła po 3 dniach	—	—
38	G. 12/8	2	2	»	obłoczki 14/8 obłożone wraz z języczkiem		—	—	—	—	IV	14/8 20 cm³ A	ciepłota stała 39°C	† 17/8	—
39	P. 4/9	6	3	silna	oba zajęte	tylna ściana zajęta	oba zajęte	zajęty	—	nieprzytomny	VIII	4/9 20 cm³ A. 5/9 20 cm³ A.	5/9 nieco mniejsza	† 8/9	—
40	H. 5/9	2	2	świeża	oba małe. 6/9 zwiększają się	—	prawy zajęty	»	—	śpiączka	III	6/9 20 cm³ A. 8/9 20 cm³ A.	9/9 opada	—	zanotowano stan groźny
41	R. 7/10	2	$1^1/_2$	»	nie były zajęte 10/10 pojawiły się naloty	16/10 na podniebieniu 1. wstrzykn. 13/10	16/10 obrzęki gruczołów	»	—	17/10 zap. pł	VII	13/10 20 cm³ A. 16/10 20 cm³ A.	9/10 spadek, 11/10 podniesienie i stale utrzymuje się między 39—40°C	† 18/10	drgawki
42	K. 7/9	2	6	»	oba zajęte	—	obrzęk 15/9 incisio	—	—	śpiączka	III	7/9 20 cm³ A.	8/9 nieco spada 11/9 bez gorączki	—	—
43	K. 8/9	8	8	ustępując.	obłożone		obrzęki	zajęty	—	nieprzytomna	VIII	8/9 20 cm³ A	stała 39°C	† 24/9	—
44	H. 16/9	3	11	sina	oba i języczek zajęty, rozpad	rozpad i głęboki otwór	—	—	—	konający	IV	16/9 20 cm³ A. 18/9 10 cm³ D. + 10 cm³ A.	21/9 spadek	—	zanotowano: konający, podano najpierw kofeinę, a póź. wstr. surowicę
45	S. 5/1	3	5	sina fiołkowa	oba	—	oba obrzękłe	—	—	tętno liche nieprzytomna konająca	IV	5/1 20 cm³ A.	—	† 5/1	w 5 godzin po przyjęciu zmarła
46	Cz 17/9	4	2	»	—	—	»	—	—	tętno liche, stan zły, konająca	V	17/9 20 cm³ A.	—	† 17/9	w 3 godziny po przyjęciu zmarła

majaczenia i w tych przypadkach stosowaliśmy od 10—60 ctm.³ surowicy.

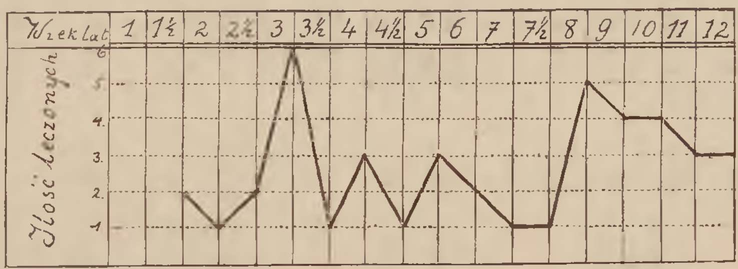
Zauważyć można było u przeważnej liczby chorych szybsze opadanie ciepłoty i szybsze ustępowanie nalotów martwiczych. Do zropienia gruczołów przychodziło w mniejszej liczbie, niż poprzednio można było spostrzegać, a w większej liczbie przypadków obrzęk znikał bez śladu.

Mieliśmy i takie przypadki, które okazywały zrazu charakter łagodny, a zwiększające się z dnia na dzień powikłania skłoniły nas do użycia surowicy; wspomnę tu tylko Nr. 34, 37, 38, 40 i 41.

Powikłanie ze strony uszu wystąpiło w 8 przypadkach. Zapalenie nerek stwierdzono w 5 przypadkach, t. j. 11·4%, podczas gdy w 58 przypadkach, nie leczonych surowicą 13 = 22·4% i tu zdaje się uwydatniać dodatni wpływ surowicy. Liczba zapaleń płuc wynosiła 5 = 11·4%, które to powikłanie bardzo się przyczyniało do zejścia śmiertelnego chorych.

Wiek dzieci wynosił od 1½ do 12 lat

Tablica 3.

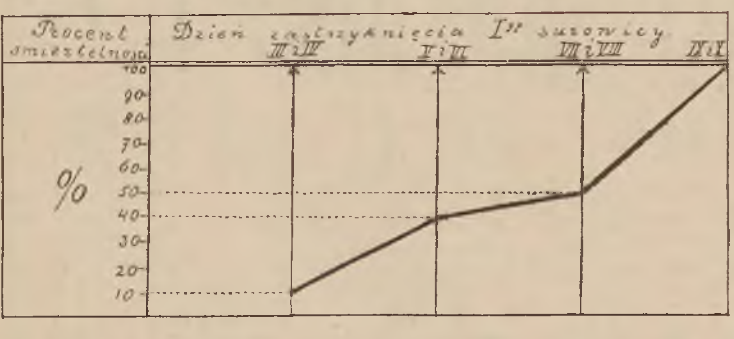


Dla uwidocznienia czasu zastrzykiwania surowicy i wpływu tego czasu na śmiertelność przytaczamy zestawienie następujące:

Tablica 4.

Dzień zastrzyknięcia	Ilość	Razem	Zmarło	Odsetek śmiertelności
I.	0	0	0	0
II.	0	0	0	
III.	15	27	4	14·81%
IV.	12			
V.	7	10	4	40 %
VI	3			
VII.	4	6	3	50 %
VIII.	2			
IX.	1	1	1	100 %
X.	0			

Tablica 5.



Z tablicy 4 i 5 okazuje się, że gdy zastrzykiwano surowicę w III i IV dniu choroby, śmiertelność była najmniejszą, t. j. 14·81%, podczas gdy przy późniejszem zastrzykiwaniu znacznie się zwiększa.

Ilość użytej surowicy przedstawia się, jak następuje:

Tablica 6.

Ilość surowicy	Liczba chorych	Zmarło
20 ctm.³	28	5
30 ctm.³	3	0
35 ctm.³	1	0
40 ctm.³	10	5
50 ctm.³	1	1
60 ctm.³	1	1

W większej ilości stosowaliśmy surowicę w przypadkach rozpaczliwych, które prawie uważaliśmy za stracone.

Możnaby zarzucić, że rodzaj łagodniejszy zarazy, tak zw. *genius epidemicus,* wpłynął korzystnie na naszą statystykę. Tak jednak nie było, gdyż na 6 chorych, przyjętych do szpitala w czasie od 1/XI do 18/XII 1897 r., a zatem w czasie niestosowania surowicy, zmarło 5, czyli 83% i liczba ta wpłynęła na podwyższenie śmiertelności całego roku. Trudno więc przypuścić, iżby z chwilą niestosowania surowicy także się zmieniła złośliwość zakażeń, a zresztą pokazuje się z tablicy Nr. 1, że w następnym roku odsetek śmiertelności wynosił 45·4%.

Ocena wartości leczniczej naszej surowicy, nieco odmiennej od surowicy Marmorka, — jest trudna, gdyż polega na bardzo małej liczbie chorych, a z drugiej strony musimy przyznać, że w płonicy zachodzą zupełnie inne warunki, niż w błonicy. W tej ostatniej mamy do czynienia z drobnoustrojem dobrze nam znanym, t. j. z prątkiem Löfflera i za pomocą niego wytwarzamy surowicę, którą stosujemy w pierwszej chwili stwierdzenia choroby. Inaczej rzecz się ma w płonicy: drobnoustrój wywołujący chorobę nie jest nam znany, przypuszczalnym tylko jest paciorkowiec, z którego nie możemy dotąd otrzymać toksyn i wytworzyć surowicy antytoksycznej. Nadto znajdują się obok paciorkowców w 53% przypadków płonicy prątki błonicze, jak to wykazał Ranke[4]) i chociaż surowica nasza miała w sobie nieco antytoksyny przeciwbłoniczej, stosowaliśmy oprócz tejże i surowicę przeciwbłoniczą, jak to wykazują Nr 6, 29 i 44 (*vide* tabl. 2), skoro tylko stwierdziliśmy obecność prątków Löfflera i szerzenie się nalotów białych.

Ocena mogłaby być o wiele lepszą, gdybyśmy przedsiębrali doświadczenia na większą skalę i nie wybierali tylko ciężkich przypadków, gdyż w przypadkach, które okazały się z początku łagodnymi, powstawały bardzo ciężkie powikłania, którymby, o ile wnosić można z doświadczeń przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej, można zapobiedz przez wcześniejsze stosowanie surowicy. Tu znów spostrzeganie codzienne wykazuje, że ciężkie na pozór przypadki przechodzą bez leczenia, zaś łagodne ulegają powikłaniom z końcem pierwszego tygodnia mimo dotychczasowego sposobu leczenia

Dlatego też jeszcze raz podnosimy, że tylko szersze stosowanie surowicy i to przez szereg lat może nam dać statystykę, na której polegać będzie można.

Doświadczenia z naszą surowicą robił i Dr Opieński[5]), który zauważył, że mimo bardzo złośliwej epidemii płonicy w powiecie żółkiewskim, obniżyła się śmiertelność przy stosowaniu surowicy tylko w najcięższych przypadkach,

z 33·2% w r. 1896 na 26·2% w r. 1897; nadto zauważył korzystny wpływ w skróceniu całego przebiegu płonicy; gorączka ustępowała przeciętnie w 7 dniu choroby, tak jak to bywa w przypadkach płonicy o lekkim przebiegu i nie miał ani razu powikłań ze strony nerek. Dodać musimy, że Opieński przeważnie stosował po 10 ctm.³ surowicy i tylko w nieznacznej liczbie przypadków z powodu braku dostatecznej ilości surowicy.

W końcu uważamy za obowiązek złożyć na tem miejscu podziękowanie JW. P Rektorowi Jakubowskiemu, za łaskawe udzielenie nam materyału do doświadczeń leczniczych.

Piśmiennictwo. 1) Marmorek A. Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique (Annales de l'Institut Pasteur. 1896, Nr. 1)

2) Josias: De l'emploi du serum de Marmorek dans la scarlatine (Société de therapeutique 13 Mai 1896. Semaine medicale, 1896, Nr. 26).

3) Baginsky: Die Anwendung des Antistreptokokkenserum (Marmorek) gegen Scharlach. (Berliner klin. Wochenschrift 1896, Nr. 16)

4) v. Ranke: Zur Scharlachdiphterie. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte in Frankfurt 1896 (Deutsch. med. Wochenschr. 1896 Nr. 45 vide Beilage S. 199).

5) Dr Opieński: Medycyna Nr. 16. 1898.

6) Baginsky: Sitzung der Berlin. med. Gesellschaft. (Deutsche med. Woch. Ver. Beilage Nr 46. 1902)

7) Moser P. Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptococcen (Wien. klin. Woch. 1902. Nr 41).

II. Czynniki lecznicze przewleklej gruźlicy płuc.

Omówił

Dr. Franciszek Wobr,

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi południowej klimatycznej Lussin-piccolo (w zimie)

Powszechnie dziś stosowane leczenie przewlekłej gruźlicy płuc, wobec braku środków działających bezpośrednio na przyczynę choroby, polega na następujących czynnikach: na 1) leczeniu odżywczem; 2) klimatoterapii; 3) leczeniu powietrzem i spokojem (metodą Dettweilera); 4) stosowaniu różnych zabiegów wodoleczniczych, oraz 5) środków leczniczych.

Żaden z wymienionych środków i zabiegów leczniczych nie może bezpośrednio zadziałać na główny czynnik chorobotwórczy, t. j. na prątek gruźliczy — (i na jego w większej liczbie przypadków znajdowanego towarzysza *Diplococus seminularis* [1]); są to wszystko sposoby leczenia pośrednie. Te sposoby krytycznie roztrząsnąć, wykazać ich prawdziwą wartość, wyjaśnić, które z nich są właściwymi środkami leczniczymi, jest celem dalszego ciągu niniejszej rozprawki.

Za środki lecznicze w ścisłem słowa znaczeniu, a muszę to zaznaczyć zaraz na początku, można uznać tylko te, które przez zmianę podłoża, na jakiem mogą bujać prątki gruźlicze, są w stanie zniszczyć te ostatnie. Wszystkich tych sposobów w leczeniu, które nie mogą spełnić tego zadania, nie można zaliczyć do właściwych środków leczniczych. Są one wprawdzie niezbędne, jednakże nie podobna im przyznać tego właściwego znaczenia, jakie musi się przypisać tym metodom, które niszczą prątek gruźliczy, działając na jego podłoże.

¹) Edwin Krebs: Diplococcus semilunaris ein Begleiter der Tuberculose (Med. Wochenschrift Nr. 40, 1901).

I. Jednym z najważniejszych punktów w leczeniu chorych na płuca jest sprawa żywienia. Dettweiler i Penzoldt stawiają jej wartość w postępującej gruźlicy nawet wyżej, aniżeli właściwe leczenie przez pobyt w zdrowem powietrzu; ale i w tym okresie, w którym sprawa dalej się nie posuwa, klinicyści kładą szczególny nacisk na odżywianie. Wielu lekarzy ocenia dobroć miejsca pobytu i wartość zakładu leczniczego tylko według ilości podawanego jedzenia. Od leczenia odżywczego posunięto się do żywienia nadmiernego. Długiej walki potrzeba było, nim nabrano przekonania, że tem, często praktykowanem, a do przesady posuniętem odżywieniem, nie tylko nie przynoszono ustrojowi żadnej korzyści, ale owszem wyrządzano mu często szkodę. Uszczerbek, jaki wskutek nadmiernego żywienia ponosi cały przewód pokarmowy, a równocześnie cały ustrój, przedstawił Volland tak po mistrzowsku, a walkę przeciw temu przesadnemu leczeniu prowadził tak energicznie i z takim zwycięzkim wynikiem, że obecnie tuczenie to, *à tout prix*, wszędzie zarzucono. Dziś wiemy także, że przybywanie na ciężarze ciała wskutek forsownego żywienia jest w części pozorne, a powtóre, że w leczeniu chorób płucnych niema ono takiego znaczenia, jakie mu niektórzy przypisują. Odłożone w ustroju podczas leczenia ilości tłuszczu trwają nieraz bardzo krótko i znikają nawet wtedy, gdy ustrój wróci do najwygodniejszych warunków domowych, i to daleko szybciej, aniżeli zostały odłożone; na szczęście nie zawsze dołącza się do tego pogorszenie w ogólnym stanie i posuwanie się sprawy chorobowej w płucach. Sądzono, że winy szybkiego znikania osiągniętego przybytku na wadze należy dopatrywać w tem, że leczenie było jednostronne, podawano bowiem tylko sam tłuszcz i spodziewano się osiągnąć lepsze i trwalsze wyniki przez tuczenie białkiem. Ale ani bardzo obfite podawanie mięsa, ani też inne nowsze przetwory białkowe (somatoza, tropon, plasmon [2]) nie okazały innych skutków i chociaż przybytek na wadze podczas forsowniejszego podawania białka można było odnieść do nagromadzenia się większej jego ilości w ustroju [3]), to przecież ów przybytek na wadze nie utrzymał się stale. Jak więc z jednej strony sztuczne przetwory odżywcze w tych przypadkach, gdzie chorzy wzbraniają się przed mlekiem, lub też w żadnej formie go nie znoszą, są bardzo cenne i nieraz dopomagają w odżywianiu ludzi, cierpiących na brak łaknienia, to z drugiej strony nie należy przeceniać ich wartości w leczeniu gruźlicy płuc.

W Lussin-piccolo przeprowadziłem cały szereg doświadczeń z sosonem (92·5% białka) i zauważyłem bardzo nieznaczny przybytek na ciężarze ciała. Nie mogłem jednakże nigdy w tych przypadkach z całą pewnością odnieść tego przybytku na ciężarze do zwiększonej ilości białka w ustroju.

Czy przybytek na wadze ma w ogóle jaki wpływ na miejscowe ognisko chorobowe? Czy jest więc uzasadnionem oceniać wynik leczenia na podstawie uzyskanych kilogramów? Na to pytanie nie można odpowiedzieć jednem słowem „tak albo nie“, — lecz wymaga ono głębszego zastanowienia się w każdym poszczególnym przypadku. Jeżeli

²) Patrz Weissmann: Dtd. med. Wochenschrift 1902 Nr. 2, 3) Lipsztat: Gazeta lekarska 1902 Nr. 12, str. 312.

³) Sprawę tuczenia mięsem omawia Rosenfeld w „Berliner Klinik“ 1899 zeszyt ze stycznia.

sprawa chorobowa rozpoczęła się w stanie wyniszczenia, jeżeli więc wskutek braku dostatecznego i odpowiedniego odżywienia było niejako usposobienie do choroby [4]), wówczas leczenie odżywcze odniesie swój tryumf.

Często ze szybkiem przybywaniem na ciężarze występują przemiany w całym ustroju, przez co odcina się, w szczególności prątkowi gruźliczemu, podłoże. Temu leczeniu odżywczemu, które dla robotników stanowi prawdziwe tuczenie, zawdzięczają zakłady lecznicze swoje znakomite wyniki. Wskutek szybkiej zmiany warunków zewnętrznych życia zmienia się również podłoże tak, że prątek, jakoteż diplokoki, które na wygłodzonych tkankach znalazły znakomitą glebę odżywczą, teraz muszą ginąć. W tym wypadku leczenie odżywcze stanowi czynnik leczniczy, który usuwa przyczynę choroby.

Zupełnie jednakże inaczej jest u innej kategoryi chorych. Co może i jakie ma znaczenie leczenie odżywcze u chorego na płuca, który miał zawsze obfite i dobre pożywienie? U niego zupełnie naturalnie może wchodzić w rachubę tylko tuczenie, o którego zgubnych skutkach już wyżej wspomniałem. Że odżywienie musi być obfite i dobre, rozumie się samo przez się; żądać jednakże jakiejś szczególnej terapii odżywczej od chorych tej klasy, albo też mówić o jakiejś terapii odżywczej, nie ma żadnej podstawy, gdyż leczenie to u tych chorych nie dotyczy wcale właściwej przyczyny choroby. Zbierając więc to wszystko, można powiedzieć: Skutków leczenia odżywczego u gruźliczych można tylko wówczas oczekiwać, jeżeli przyczyna choroby tkwi w braku pożywienia.

II. Co się tyczy klimatoterapii, to zapatrywania klinicystów, który klimat należy uważać za najodpowiedniejszy dla chorych na płuca, są podzielone, a po części są nawet tak sprzeczne, że jakieś połączenie tych różnych poglądów jest niemożliwem. Podczas gdy jedna część lekarzy przypisuje klimatowi podgórskiemu, a w szczególności górskiemu, wyłączną siłę leczniczą, to druga część czynnikowi klimatycznemu żadnego nie przypisuje znaczenia. Inni znowu przywiązują wielką wagę do klimatu południowego i polecają swoim chorym Riwierę, Egipt i t. p.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że nie mamy w tym kierunku żadnych dowodów, ani też dokładnych i skończonych badań. Proponowanych badań przez Wolffa-Funermanna na kongresie gruźliczym w Berlinie r. 1898 niestety jeszcze dotychczas nie podjęto. Bardzo byłoby pożądanem, ażeby badania te wkrótce w sposób wolny od zarzutu przedsięwzięto i ażeby w końcu stworzyć jasne poglądy. Dotychczas jest jedno zdanie niewzruszone, na które dziś wszyscy się godzą, że jakaś miejscowa odporność po myśli Brehmera nie istnieje i że tak, jak gruźlica płuc w każdym klimacie może wystąpić, tak też w każdym klimacie można ją wyleczyć. Jeżeli jednakże z tych faktów chce się wyprowadzić wniosek, że czynnik klimatyczny jest bez znaczenia i w terapii gruźlicy wcale zbędny, tobyśmy za daleko odbiegli od celu.

Tu należy się zastanowić, czy w ogóle czynnik klimatyczny ma wpływ na ustrój i czy wpływ ten jest dość silny, ażeby przez zmiany w całej przemianie materyi mógł działać zgubnie na prątek gruźliczy? Dalej należałoby rozstrzygnąć pytanie, który klimat może najenergiczniej wpływ ten wywrzeć?

Ponieważ wpływ klimatu górskiego i morskiego już bardzo często był przedmiotem rozpraw, wypada przeto w tem miejscu bliżej się nad tem zastanowić. Przecież wszyscy wiemy, że u każdego człowieka zdrowego, a tem bardziej u chorego, zmiana klimatu wywołuje zaburzenia w ustroju. Jeżeli teraz chodzi o to, ażeby rozstrzygnąć, który klimat szczególnie nadaje się dla chorych na płuca, to odpowiedź na to może brzmieć, że każdy klimat nadaje się i będzie równie dobre nieść skutki, jeżeli tylko może wywołać wyżej wymienione przemiany w ustroju, mianowicie zmianę podłoża dla prątka.

Ponieważ tu idzie o zmianę podłoża, wynika więc z tego, że zawsze ten klimat będzie najlepszy, który przedstawia inne stosunki, aniżeli ten, w którym chorobę nabyto, właśnie dlatego, że w zmianie klimatu leży ten silny bodziec, który jest w stanie zmienić przemianę materyi, a tem samem działać niszcząco na prątek gruźliczy. Mieszkaniec równiny powinien udać się w góry, albo nad morze, — jest to bowiem prawie co do skuteczności równoważne; mieszkaniec podgórza powinien powędrować jeszcze wyżej w góry, albo nad morze; mieszkaniec pobrzeża i wysp powinien udać się w góry. Ważnem jest tylko jedno, co udowodniono już po tysiąc razy, że zmiana klimatu jednego powinna być na taki drugi, który działa na zmianę podłoża.

Że w tej zmianie klimatu leży właściwy czynnik leczniczy, można to codziennie stwierdzić. Czyż nie osiąga się najlepszych wyników właśnie w pierwszych tygodniach pobytu w miejscu leczniczem? Także Meissen [5]) zgadza się na to, „że w razie, jeżeli poprawa w ogóle ma miejsce, to zazwyczaj najszybciej w pierwszych tygodniach“. Po pewnym czasie następuje u każdego chorego stan wyrównania, przemiana materyi sprowadza się do pewnej stałej normy i dalszych wyników nie należy oczekiwać. Z pewnością można powiedzieć, że własność przystosowania się prątka Kocha w większej liczbie przypadków jest dość duża, ażeby się do nowych warunków życia zastosować. Zatrzymywać takiego chorego całe miesiące wśród tych samych warunków klimatycznych, co się dość często dzieje, jest według przytoczonych wywodów bezcelowe; znaczy to po prostu narażać chorego na stratę czasu i pieniędzy. Jeżeli osiągnięto to, co w tym lub owym klimacie było do osiągnięcia, wówczas należy przez zmianę czynnika klimatycznego znowu wywołać nasilone zmiany w przemianie materyi ustroju, ażeby przez ponowne przeistoczenie podłoża na świeżo utrudnić rozwój prątkowi gruźliczemu. Żądanie: „wcześnie zastosować właściwe leczenie i wykonywać je długo“ ma swoje dobre uzasadnienie. Właściwe to leczenie jednak nie polega na tem, ażeby go przeprowadzać jak najdłużej w tem samem miejscu, lecz na tem, ażeby, jeżeli w jednem miejscu możliwe do osiągnięcia wyniki nastąpiły, a dalsze polepszenie następuje bardzo wolno, albo wcale nie postępuje, wyszukać inne miejsce lecznicze, które okazuje znowu inne stosunki i warunki klimatyczne.

Słowem żaden klimat, jako taki, nie posiada własności leczniczej. Siła leczenia leży w zmianie klimatu.

III. Rozległe zastosowanie w leczeniu gruźlicy płuc

[4]) Steinthal: Die Prophylaxe u. Disposition: Zeitschrift f. Tuberculose u. Heilstättenwesen 1901. Band II. Heft 6.

[5]) Meissen: Gebirgsklima u. Tuberculose (Deutsche Med. Zeitung 1895. H. 72).

zajmuje wprowadzony przez Dettweilera do terapii, tak w miejscowościach leczniczych, jako też w zakładach, zupełny spokój chorego (leżenie w łóżku). Leczenie to, które przedtem służyło, ażeby chorym gorączkującym i bardzo osłabionym umożliwić stałe używanie powietrza w miejscowości klimatycznej, później znalazło także swoje zastosowanie i u chorych niegorączkujących i dość silnych. Że u chorego gorączkującego jest wskazany bezwzględny spokój, rozumie się samo przez się[6]), tak samo nie ulega żadnej wątpliwości, że i dostateczne używanie powietrza u chorego bardzo osłabionego tylko na tej drodze jest możliwem. Jasnem atoli jest, że o wpływie ciągłego leżenia na samą sprawę chorobową mowy być nie może. Mimo to chciano upatrywać w tem leżeniu bezpośredni środek leczniczy; to stało się podstawą, dlaczego tu i ówdzie polecano spokojne leżenie dość silnym i niegorączkującym chorym, bez względu na okres choroby. Poglądom tym jednakże, na których polega zastosowanie tej metody leczenia i u osób lekko chorych, brakuje trwałej podstawy. Wychodząc z spostrzeżenia Biera, odnoszącego się do leczenia gruźlicy stawów, który wywoływał przekrwienie żylne, sądzono, że będzie można wywrzeć wpływ na ognisko chorobowe, wywołując przekrwienie zastoinowe w szczytach płuc. Nie jest jednakże jeszcze udowodnionem, czy przez ułożenie w odpowiednich leżakach przekrwienie żylne w ogóle następuje w ognisku chorobowem w płucach. Obrońcy tej teoryi, postępując według prostej logiki, odrzucili stołki, zrobione według pomysłu Falkensteina, a zastąpili je odpowiednimi leżakami, na których umożliwiono ułożenie poziome chorego. Najdalej w tym kierunku poszedł Jakoby, polecając wysokie ułożenie miednicy chorego celem leczenia zmian, usadowionych w szczytach. Sposób ten nazwał on „autotransfuzyą“. Tymczasem wyniki leczenia w t. zw. ułożeniu poziomem *(Flachliegekur)*, jakoteż skutki autotransfuzyi, o ile dziś można sądzić, nie różnią się niczem od tych, które otrzymano w inny sposób. Zalecać spokój, jako wprost środek leczniczy, spodziewając się, że on wywoła zbawienny wpływ na ognisko chorobowe przez sprowadzenie przekrwienia biernego, znaczyłoby przy stosowaniu właściwego leczenia przyznawać za wielkie znaczenie hipotetycznym rozumowaniom.

Chciano jeszcze i z innego punktu widzenia położenie leżące uznać za czynnik leczniczy, mianowicie wychodząc z tego założenia, że w tem położeniu możliwem jest wprost na drodze mechanicznej oczyścić chorą część płuc z nagromadzonej wydzieliny. Przy używaniu leżaków Dettweilera odpada naturalnie ta możliwość zupełnie, ale także w położeniu zupełnie poziomem, a nawet przy nizkiem ułożeniu barków, nie można ręczyć za utrzymanie w czystości ogniska chorobowego, gdyż wprawdzie przez to poziome ułożenie wydalanie wydzieliny, znajdujących się w górnych częściach dróg oddechowych, jest możliwem, a nawet prawdopodobnem, z drugiej jednakże strony koniecznie musi następować zatrzymywanie się wydzielin w drobnych oskrzelikach szczytów płucnych.

Jak z jednej strony zalecony spokój *(Ruhekur)*, jako metoda lecznicza, ma dość wysokie znaczenie u gorączkujących i posiada znaczny wpływ na leczenie odżywcze u wynędzniałych, tak z drugiej strony przy ocenieniu własności leczniczej tej metody dochodzimy do wyników ujemnych. Ażeby nie być źle zrozumianym, powtarzam tu ponownie, że nie powinno się i nie można zwalczać celowości i konieczności metody leczenia spokojem, nie można jej jednakże zaliczyć do właściwych czynników leczniczych w gruźlicy płuc, wychodząc właśnie z tego punktu widzenia, że tylko ta metoda przedstawia właściwy czynnik leczniczy, która niszczy prątek gruźlicy, czy to bezpośrednio, czy też pośrednio, przez zmianę jego podłoża.

IV. Co się tyczy hidroterapii, to o niej wspomnę zwięźle: nie dlatego jednak, żebym chciał temu czynnikowi leczniczemu przypisać mniejszą, niż poprzednim wartość; przeciwnie: tylko dla tego, że wartość jej w leczeniu gruźlicy płuc jest ogólnie znaną. Na zawsze pozostanie niezaprzeczoną zasługą Winternitza i jego szkoły, który wykazał tak klinicznie, jakoteż doświadczalnie, że przez pewne zabiegi wodolecznicze czynność serca się wzmaga, napięcie naczyń podnosi się, przemiana materyi wskutek wzmożonej wytwórczości krwi się podnosi, czynność oddechowa pogłębia się i t. d. Hidroterapia opanowuje, co także bezsprzecznie Winternitz udowodnił, nie tylko rozmieszczenie krwi w ustroju, ale także jej skład chemiczny i morfologiczny. Jej wpływ zdoła zmienić czynności całych narządów, potrafi zmniejszyć lub zwiększyć ich objawy, słowem przedstawia w ten sposób, jak się Winternitz wyraża, właściwą terapię utleniania. Dawno już udowodniono, że przez zastosowanie odpowiednich podrażnień ustroju zimnem, wprowadzamy w ruch jego siły zapasowe. Czy te siły zapasowe lub pomocnicze polegają na powstałej wskutek zadrażnienia zimnem leukocytozie, czy też zwiększającej się razem z nią zasadowości krwi, lub też na tem, że niezależnie od wzmożonej leukocytozy więcej wytwarza się aleksyn, jest to rzecz obojętna. Niezbitem jest jednak to, że pod wpływem hidroterapii krew i jej surowica są odporniejsze na bakterye. W hidroterapii więc leży potężny, na całe ciało energicznie wpływający czynnik leczniczy, który z powodu swej wartości stoi na równi z czynnikiem klimatycznym.

V. Natomiast wartość leczenia lekarstwami stanowi znowu punkt sporny [7]). Po jednej stronie stoją zacięci przeciwnicy i wykazują nicość tej terapii, po drugiej nadzwyczajni wielbiciele i zwolennicy konsekwentnie prowadzonego leczenia przez podawanie środków leczniczych.

W praktyce rzecz ma się tak, że lekarz w miejscu klimatycznem w ogóle może wcale nie używać środków lekarskich, podczas gdy praktykujący w mieście chociaż czasowo bez nich obejść się nie może. Naturalnie leczenie przetworami chemicznymi jest dalekiem od tego, ażeby można powiedzieć, że jest to terapia racyonalna, gdyż środki te nie mogą wprost zniszczyć prątka Kocha. Szybko też wypadło uznać, że wprowadzenie środków przeciwprątkowych w takiej ilości, jakiejby potrzeba było do zniszczenia prątka, jest niemożliwem, gdyż wprowadzenie ich do ustroju byłoby przedewszystkiem dla niego samego niebezpiecznem; oczywiście odmawiać na podstawie tego twierdzenia wszel-

[6]) A. Ott. (Berlin klin. Wochenschrift 1902 Nr. 6). Gazeta lekarska, 1902, Nr. 19 (Dział sprawozdawczy Nr. 51.) recenzye Springera.

[7]) Bardzo zajmującą pracę podaje nam Dr. A. Weissmayr Klinisch. therap. Wochenschrift Nr. 2, 8, 9: Die medicamentöse u. symptomatische Behandlung der Lungentuberculose. Streszczone przez Dra H. Piska w „Przegl. lekarskim“ Nr. 19, 1902.

kiego wpływu leczniczego leków na gruźlicę byłoby wielkim błędem. Rzeczywiście, usiłowania do opanowania sprawy chorobowej zapomocą przetworów leczniczych nigdy nie ustawały. Od czasu, kiedy Sommerbrod polecił kreozot, nigdy nie zamilkły głosy tych, którzy są za energicznem stosowaniem tego leku. Tak kreozot, jakoteż jego pochodne, cieszą się dziś szerokiem uznaniem u wielu lekarzy. Tak samo rzecz się ma z żelazem, ichtyolem, ichthozolem, arsenem, którego obecnie pod postacią kakodylu i atoksylu [8]) używa się wraz z wielu innymi. Zbawienny wpływ wszystkich tych środków nie może ulegać wątpliwości. Że działanie ich, przy wykluczeniu wszystkich innych czynników leczniczych, a nawet w najsmutniejszych warunkach społecznych, występuje, udowodnili to niejednokrotnie wiarygodni klinicyści. Jeżeli więc sposób działania leków nie polega na bezpośredniem zniszczeniu prątka gruźliczego, to pozostaje tylko jedno wyjaśnienie ich działania, że przez wprowadzenie pewnych przetworów następuje zmiana podłoża, która pośrednio odcina warunki życia zarazkowi chorobotwórczemu. Że ta zmiana w ustroju, która klinicznie zaznacza się dość często podniesieniem ciężaru ciała, rzeczywiście odbywa się, udowodniono tysiącznemi badaniami przemiany materyi. Ta właśnie zmiana terenu jest tym czynnikiem, który prowadzi do zniszczenia prątka. Jeżeliby można do tego doprowadzić, żeby przez podawanie leków prątek chorobotwórczy został pozbawiony wszelkich warunków bytu, wówczas byłaby to pewna droga do leczenia gruźlicy. Ponieważ jednakże nie możemy dawek żadnego znanego leku tak podwyższyć, ażeby przez to uczynić zgubnymi warunki bytu prątka Kocha, przeto nie pozostaje nam nic innego, jak szukać jego zniszczenia na innej drodze. Ponieważ prątek potrafi się zastosować do zmiany warunków, przeto przez podnoszenie dawek coraz to wyższych jednego i tego samego leku możemy wynik działania tylko w pewnych granicach osiągnąć. Jeżeli próbujemy działać przez coraz to nowe zmiany podłoża, jeżeli więc zmienia się leki, ażeby przez coraz to nową przemianę materyi, przez zmianę terenu, ciągle przeszkadzać przystosowaniu się prątka do tych warunków, tą drogą można otrzymać daleko lepsze wyniki. A więc i w leczeniu gruźlicy płuc środkami leczniczymi ma znaczenie ta sama zasada, jaką poznaliśmy przy poprzednio wspomnianych czynnikach leczniczych, mianowicie, że ciągłe podawanie coraz to innych środków przez zmianę w przemianie materyi, zmienia również doszczętnie cały teren dla prątka gruźliczego.

Tak jak niema żadnego klimatu, któryby mógł wywrzeć jakiś szczególny wpływ, tak również niema w obecnym czasie żadnego leku, któremuby można przypisać jakieś szczególne działanie swoiste na prątki gruźlicze, lecz jak nie jest logicznie zaprzeczać z tego powodu wartość klimatoterapii, tak również byłoby nielogicznem odmawiać działania i wartości leczniczej przetworom aptecznym, ponieważ nie posiadają jakiegoś działania swoistego.

Oba te czynniki lecznicze dają pomyślny wynik, jeżeli się je odpowiednio zastosuje. Ostateczny wniosek jest ten, że żaden z dotychczas znanych leków nie posiada swoistego działania na sprawę gruźliczą. Główna zatem zasada w leczeniu gruźlicy przetworami leczniczymi polega na ciągłej ich zmianie.

[8]) Atoksylum, streszczone przez J. Lipsztala. Atoksyl, czyli anilid kwasu metaarsenawego ($C_6 H_5 NH SO_2$), zawiera 37·69% As., a więc prawie połowę tego, co kwas arsenowy ($As_2 O_3$); dlatego też 20 razy mniej trujący, niż równa ilość kwasu arsenowego. Proszek biały bez zapachu, o smaku nieco słonawym. Do wstrzykiwań używa się 20% roztwór nieco ogrzany (w celu rozpuszczenia się zupełnego przetworu); wstrzykiwania robi się zacząwszy od 2 podziałek =0·04, aż do jednej pełnej strzykawki Pravaza =0·2. Więcej patrz prace Walter Schmidt, „Berlin. klin. Wochenschrift 1902 Nr. 13“ (W polskim języku: „Gaz. lekarska“: Nr. 20. 1902. Wiadomości terapeutyczne).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky. **Die chirurgische Abteilung des St. Lazarus Spitales zu Krakau. Ein Bericht über 10.000 Operationen.** Krakau 1903, str. 83.

Chirurgowi, pracującemu w okresie wymyślnej aseptyki, dziwnym wydaje się ustęp w jednym z listów Billrotha, pisanym w epoce ustalonej już antyseptyki, „że chirurg mało miał do roboty, gdyż rzadko tylko trzeba było zmieniać opatrunki“. Dziś bowiem mimo aseptyki, doskonalszej przecież od dawniejszej antyseptyki, lekarze oddziałów chirurgicznych przeciążeni są pracą. Każdy z chirurgów pojmie przeto łatwo, ile pracy trzeba było włożyć, aby w przeciągu 5 lat wykonać 10.000 operacyj, jak to miało miejsce w oddziele prowadzonym przez Prof. Trzebickiego. Praca ta zaś ogromna sama przez się podwaja się jeszcze skutkiem niedostatecznych urządzeń oddziałów chirurgicznych w naszych szpitalach, wszystko jedno, w stołecznych czy też prowincyonalnych. W poprzek najlepszym chęciom i zamiarom staje brak odpowiedniej liczby dostatecznie wprawionego personalu lekarskiego; syzyfowa praca z lichą, bo licho nagradzaną służbą, a nadewszystko chroniczny brak gotowego grosza, któryby umożliwił iść z postępem nauki. Osłabnie najsilniejsza wola, zmięknie, choćby jak stal hartowna, energia, potykając się na każdym kroku o takie lub inne przeszkody. Naprożno szukać winnych. Ekonomiczny stan naszego kraju uniewinnia, a niekiedy tylko maskuje, ale aż do usprawiedliwienia, nawet złą wolę. Złe, wynikające z niedostatecznych i nieodpowiednich warunków wewnętrznych, wyrównaćby można, oczywiście do pewnego tylko stopnia, nadzwyczajną troskliwością i sumiennością odpowiedzialnych lekarzy. Lecz możliwem byłoby to wówczas, gdyby jeden lekarz-chirurg miał do leczenia, nie 110—150 chorych, ale 50—60. Na tem zyskaliby wszyscy: 1) kraj — gdyż chory troskliwiej doglądany, ozdrowiałby szybciej i prędzej, stawałby się napowrót jednostką wytwórczą; 2) chory — z tych samych przyczyn, co i kraj; 3) lekarz ordynujący, mógłby bowiem uczynić i przypilnować wszystko, co doń należy i wówczas dodatkowo posiadałby zadowolenie, wynikające z sumiennie spełnionego obowiązku, a wreszcie 4) niemałe korzyści odniesćby mogła nauka z dokładnego spostrzegania choroby i chorego.

Sprawozdanie, które mamy przed sobą, dowodzi, że nawet w mniej korzystnych warunkach podołać można tym zadaniom. Przeszło 30 prac naukowych w tem pięcioleciu, ogłoszonych już to przez samego Prof. Trzebickiego, już też przez jego uczniów, jak niemniej liczba operacyj, wykonanych przez lekarzy praktykujących (7785), dowodzą chyba najlepiej, że nauki i nauczania nigdy z oka nie spuszczano. O dobro własne dbał... sam kraj najlepiej, nie dając pieniędzy nawet na pilne potrzeby. Jak zaś powodziło się chorym na oddziale leczonym, wynika z dalszej części sprawozdania, z natury rzeczy tylko z grubsza szkicowanej. Z tej części, niejako szczegółowej, dowiadujemy się, że Prof. T. do znieczulenia ogólnego używa najczęściej mięszaniny 4 cz. chloroformu, 1 cz. alkoholu i 1 cz. eteru. Mięszanka ta nadaje się najwidoczniej doskonale do użytku, skoro na 5265 znieczuleń miał Prof. T. tylko jeden przy-

padek śmierci i to u chorego, u którego sekcya wykazała zwyrodnienie mięśnia sercowego (po arszeniku) i przewlekłe zapalenie nerek. Na drugiem miejscu stoi znieczulenie miejscowe sposobem Schleicha z liczbą 1578. W tej grupie notuje prof. T. bardzo pouczające spostrzeżenie śmierci 18-letniego kretyna, wywołanej przez zatrucie płynem Schleicha, a właściwie morfinę w nim zawartą, której w tym konkretnym przypadku zastrzyknięto 0.016, w 80 sz. cm. płynu Nr. II. Kokainizowanie rdzenia użyte w 248 przypadkach, okazało się nienajlepszem, skoro obecnie, jak to wynika ze „Sprawozdania“, używa go Prof. T. tylko wyjątkowo. W odpowiednich przypadkach stosowano i inne metody znieczulające (Obersta, Krogiusa, rozpylania chlorku etylu itd.) Zdaje się, że w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu indywidualizowano. Ze szczegółowego spisu operacyi dowiadujemy się między innymi, że 820 razy wyłuszczano gruczolaki zołzowe, w 220 przypadkach wykonano herniotomię, częściowo z wycięciem jelita zgorzelinowego, 109 razy otwierano jamę brzuszną z powodu niedrożności przewodu pokarmowego, w pięciu przypadkach wycięto zmienioną śledzionę i t. d. Z rzadszych spostrzeżeń podnieść należy dwa przypadki chorobowe, tyczące 20- resp 16-letnich chłopców, u których na podstawie bardzo wyraźnych objawów klinicznych rozpoznano cieśń odźwiernika z następową rozstrzenią żołądka. Operacya wykazała natomiast stosunki prawidłowe i jakkolwiek w obu przypadkach ograniczono się wyłącznie do stwierdzenia tych stosunków, osiągnięto zupełne wyleczenie. Chodziło tedy najprawdopodobniej o histeryę. Co się zaś tyczy innych operacyj na żołądku, to dowiadujemy się, że Prof. T. zakłada przetokę żołądkową sposobem Witzla, gastroenterostomię wykonuje z zasady sposobem Wölflera, do której w ostatnich czasach dodaje enterostomię na obu ramionach; wyjątkowo tylko posługuje się metodą Hackera. Raz tylko wyciął zrakowaciały żołądek (rozpoznanie potwierdził mikroskop), lecz z wynikiem znakomitym, gdyż operowana przed $3\frac{1}{2}$ laty żyje i jest zdrowa. W zakresie dróg żółciowych operował 7 razy, jak na nasze stosunki wcale często. Między temi spostrzeżeniami mieści się wyleczony przypadek ropnia wątroby. Interesującym jest również ze względu na toczącą się obecnie niemal wszechświatową dyskusyę, przypadek nefrotomii, dokonanej z powodu moczenia krwawego. Podczas operacyi *(sectio renis)* nie znaleziono kamienia, którego się domyślano, stwierdzono natomiast wyraźny obraz przewlekłego zapalenia nerek. Od chwili operacyi krwawienia ustały. W przypadkach przerostu gruczołu krokowego z zupełnem zatrzymaniem moczu Prof. T. chorych trzebi. W 11 przypadkach, leczonych w ten sposób, osiągnięto tyle, że chorzy, którzy przed operacyą stale posługiwali się cewnikiem, po operacyi oddawali mocz sami. Prof. T. stoi zatem na stanowisku, którego niedawno temu bronił Rovsing. Wreszcie pominąć nie można trzech przypadków zastarzałego zwichnięcia stawu biodrowego, z których dwa leczono krwawem odprowadzeniem, jeden zaś resekcyą. Wynik osiągnięty we wszystkich przypadkach zadowolnił chorych. Ogólna śmiertelność na tych 10.000 operacyj wynosiła 6.69%, liczba wcale nie wysoka, gdy się zważy, że 80 chorych przyniesiono na oddział konających, a 125 z niedrożnością jelit.

Kończąc czytanie „Sprawozdania“, odwraca się ostatnią kartę z tem przeświadczeniem, że treść jej w pełnej pozostaje harmonii z piękną szatą zewnętrzną, w jaką ją autor przystroił. *Herman.*

IV. Wyciągi.

Zweifel. **Przypadek karnego dochodzenia przeciw lekarzowi z powodu zaniedbania zeszycia międzykrocza.** (*Deutsch. med. Wochen.* Nr. 1, 1903). Lekarz, który nie zeszył przedarcia międzykrocza trzeciego stopnia, został oskarżony o ciężkie uszkodzenie ciała. Zbijając oskarżenie, wypowiada Z. obecne zapatrywanie na sposób powstania i wielkość pęknięcia, oraz jego leczenie. Pęknięcia międzykrocza nie sprowadza lekarz; co najwyżej może dostatecznie chronić międzykrocze od pęknięcia. Przy porodach siłami natury pęknięcie powstaje skutkiem zbyt gwałtownych bólów porodowych lub niespokojnego zachowania się rodzącej, która przeszkadza podtrzymywaniu międzykrocza. Przy porodach operacyjnych pęknięcia nie są częste, a jeżeli się trafią, to także nie z winy lekarza, bo każdy się stara uchronić międzykrocze od przedarcia. W przytoczonem oskarżeniu pewne pozory słuszności miałoby tylko zaniedbanie zeszycia. Według najnowszych zapatrywań każde pęknięcie, bez względu na wielkość, powinno być zeszyte i to o ile możności jak najwcześniej; według dawniejszych zapatrywań tylko pęknięcia znaczniejsze należało zeszywać. Winą więc lekarza byłoby, że wielkość pęknięcia przeoczył lub całkiem międzykrocza nie oglądał. Że takie przeoczenie łatwo nastąpić może, na to składa się wiele okoliczności, jak brak należytego oświetlenia, niespokojne zachowanie się położnicy i obfity odpływ krwi, który zaciemnia obraz, a w końcu zmęczenie lekarza. Można wprawdzie międzykrocze zeszyć w kilka a nawet i w kilkanaście godzin po pęknięciu, a i tak się zrośnie; więc kiedy lekarz i położnica należycie wypoczną, zeszycie to można wykonać samemu bez asystencyi i bez uśpienia, a tylko w znieczuleniu miejscowem 1% kokainą. Ponieważ jednak pęknięcia, zwłaszcza trzeciego stopnia, jeżeli są nie zupełnie dokładnie zeszyte, prawie zawsze źle się goją, a specyalności tej od lekarza praktykującego wymagać nie można, dla tego nie jest winą lekarza, że pęknięcia takiego nie szyje, tylko pozostawia to do następowego zeszycia specyaliście. Przy szyciu znacznego pęknięcia międzykrocza, aby nie zmienić położenia brzegów rany, radzi autor na brzegi pękniętego wejścia do pochwy i dolne brzegi przedartego międzykrocza założyć szwy pojedyncze, które naciągając, rozchylają pęknięcie i uwidoczniają miejsca nawzajem sobie odpowiadające. Katgutem radzi zeszyć odbytnicę, nie przekłówając błony śluzowej, pochwę i warstwy głębsze; powierzchowne zaś warstwy radzi szyć materyałem nierozpuszczalnym, n. p. drutem. *P.*

Fuhrmann. **Leczenie czerniaczki noworodków podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 35, 1902). Ściśle powinno się rozróżniać dwa rodzaje czerniaczki: 1) prawdziwą lub swoistą, pojawiającą się 2 do 3-go dnia u noworodków, zrodzonych zdrowo, nieomdlałych, bez żadnego zabiegu operacyjnego, gdzie jedynym objawem sekcyjnym jest szczelne wypełnienie jelita krwią z następową ostrą niedokrewnością wewnętrznych narządów, bez jakichkolwiek innych zmian patologicznych. 2) Objawową, albo t. zw. krwotok jelitowy, np. wskutek krwawiączki, posocznicy, lub innych chorób ustrojowych. Autor opisuje trzy przypadki, zaliczone przezeń do pierwszej grupy, z których jeden zakończył się śmiercią, a dwa wyleczeniem zapomocą podskórnych wstrzykiwań 2% roczynu żelatyny *[Rp. Gelatinae albae 1,00, Natrii chlorati chem. puri 0,30, Aquae destil. 50,00]* jednorazowo po 40—50 grm. w okolicę między łopatkami, lub w uda. *G. Grzybowski.*

E. Oswald. **Leczenie czerniaczki noworodków wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 47, 1902). Autor podaje historye chorób pięciu noworodków, cierpiących na czerniaczkę. Jeden z przypadków pomija, gdyż dotyczył niedonoska, ważącego 1750 grm. i tak straconego. Z czterech dwóch leczono wstrzykiwaniami żelatyny, a dwóch ergotyny i lodowymi okładami. Wobec pomyślnego wyniku dwóch sposobów leczenia powinno się być ostrożniejszym w przypisywaniu zbytnich zalet jakiemuś jednemu środkowi leczniczemu, raczej należałoby wyczekiwać znaczniejszej liczby ogłoszonych przypadków, celem wyrobienia pewności w tej sprawie. *G. Grzybowski.*

G. Woyer. **Przeszkoda porodowa w postaci bliznowatego zwężenia ujścia macicznego skutkiem kiły.** (*Wiener med. Presse* Nr. 52, 1902). Do rzadszych zwężeń należą te, które powstają na tle owrzodzeń błoniczych, rzeżączkowych lub kiłowych, stanowiących nieraz poważną przeszkodę porodową z powodu rozległych blizn. Autor opisuje dokładnie przypadek bliznowatego zwężenia po pierwotnym wrzodzie na części pochwowej pierwiastki, u której, pomimo kilkudniowych, bardzo silnych bólów i dobrych warunków porodowych, musiano ukończyć poród rozszerzeniem ujścia zapomocą kilku znacznych nacięć, a potem wydobyć płód kleszczami. Brzegi ujścia drożnego dla palca były bardzo silnie napięte, dawały we wzierniku biały, lśniący odblask; odleglejsze zaś części były różowe. Przebieg połogu prawidłowy. W parę dni wystąpiła u noworodka wybitna pęcherzyca kiłowa. *G. Grzybowski* (Kraków).

M. Schechner. **Przyczynek do ręcznego wydobycia łożyska.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 1903). W przypadkach zatrzymania łożyska, jeśli tylko niema znaczniejszego krwotoku, próbować należy zawsze, choćby w dwie godziny po urodzeniu się płodu, zabiegu Credégo, przynajmniej przez jakie pół godziny, ku

końcowi zaś zastosować nawet silne wygniatanie. Gdyby takie postępowanie zawiodło, wydobyć łożysko ręcznie. W razie urwania pępowiny, jakoteż zwężenia się ujścia szyjki, wejść dwoma palcami jednej ręki do macicy, sprowadzić przed ujście do pochwy bodaj resztki błon i skręcić je na kształt pępowiny. Postronek ten poprowadzi rękę do łożyska, jeśli go naturalnie naciągamy w pochwie drugą ręką. Dno macicy przytrzymuje położna. Łożysko oddzielamy w całości, względnie po kawałku, ale tak, by nie odrywać kawałków całkowicie, lecz połączone błonami wyprowadzać do pochwy, do owego postronka. Ostatecznie przestrzykać macicę obficie rozczynem lisolu. *G. Grzybowski* (Kraków).

F. Tilden Brown. **Gruźlica nerek.** (*Journal of Americ. Med. Assoc.* 10 maja, 1902). B. miał odczyt o gruźlicy nerek na ostatnim Zjeździe amerykańskich chirurgów narządu moczopłciowego. Z 1427 sekcyj w ciągu 10 lat, wykonanych w szpitalu prezbiteryańskim w New Yorku, w 258 przypadkach (18%) znaleziono zmiany gruźlicze w ustroju; w tej liczbie w 18,5% (48 przypadków) wykryto gruźlicę nerek. Z tych 48 przypadków 32 było męzkich i 16 kobiecych; w 39 były zajęte obie nerki, w 9-ciu jedna, (w 5-ciu prawa, u czterech lewa). Z pośród 258 gruźliczych zwłok nerki były częściej zajęte sprawą gruźliczą, niż śledziona, wątroba i nadnercza. W ciągu tych samych 10-ciu lat w szpitalu było 78 przypadków rozpoznanych, jako gruźlica nerek; w 13-tu (16%) zrobiono wycięcie nerki (*nephrectomia*): śmierć nastąpiła tylko w jednym, w dwa miesiące po operacyi; sekcya wykazała, że i druga nerka była schorzała. W większości sekcyj, przy których znajdowano zmiany gruźlicze w nerkach, postać choroby była rozlana, prosówkowa. Z takimi chorymi chirurg oczywiście niema do czynienia. Na sekcyach w 3—4% znajdowano wyleczenie gruźlicy płuc: natomiast do niezwykłych rzadkości należy stwierdzenie usiłowań ustroju do wyleczenia się z gruźlicy nerek. Z punktu widzenia chirurgicznego B. nie sądzi, żeby chirurg wahał się usunąć nerkę, jeżeli ma pewność, że zajęta jest tylko jedna nerka, przy braku większych zmian gruźliczych w innych narządach. *St. Rudzki* (Lublin).

Tretrop. **Odczyn na białko w moczu.** (*Rev. méd. du Can. — Internat. Med. Magaz.* V, 1902). Autor zaleca następujący odczyn na białko: 4—5 ctm.^{3} świeżego moczu nagrzewa się w probówce prawie do zagotowania i następnie dodaje się kilka kropel 40% rozczynu formaliny. Jeżeli mocz zawiera białko, ścina się ona na wzór białka kurzego i zbiera się na powierzchni moczu, osiadając również na ściankach probówki. Po zlaniu płynu można oznaczyć ilość białka przy pomocy zważenia otrzymanego osadu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

W. Osler. **Niedokrewność śledzionowa i jej postacie.** (*Journ. of Americ. Med. Assoc.* 24 maja 1902). Na ostatnim dorocznym Zjeździe lekarzy amerykańskich miał prof. Osler odczyt o niedokrewności śledzionowej. Po roztrząśnieniu wogóle zagadnienia o niedokrwistościach śledzionowych, zwrócił O. szczególną uwagę na jedną grupę przypadków, która w jego mniemaniu winna zostać wyosobnioną, jako oddzielny typ. Cechy, właściwe tej grupie, są następujące: przewlekły przebieg niedokrewności i obrzęk śledziony; brak wszelkiego przerostu gruczołów chłonnych; zmiany we krwi właściwe błednicy i niedokrewności: liczba krwinek czerwonych może być i wyższą od 4,000.000 w 1 mm.^{3}, a zawartość hemoglobiny nizka, do 30%; liczba białych ciałek może również nieraz dojść do bardzo małych ilości; dalej — zabarwienie skóry bywa nieraz bardzo cechujące, w pewnych przypadkach pstre, w innych jak w srebrzycy; wreszcie w późnych okresach bywa zajęta i wątroba, po śmierci zaś stwierdza się w niej marskość.

Prof. Osler mniema, że ta grupa z przytoczonymi powyżej objawami zupełnie się różni od przypadków niedokrwistości złośliwej z powiększoną śledzioną, od pewnych przypadków marskości wątroby, głównie przyrody kiłowej i od choroby Hodgkina. Nazwy „niedokrewność śledzionowa" O. używa jedynie w braku lepszej.

Leczenie tych przypadków jest niezbyt zadawalniające. Czasowe polepszenia mogą nastąpić, liczba krwinek czerwonych powiększy się, lecz zawartość hemoglobiny pozostaje nizka. Istota choroby jest nieznana. Czy zależy ona od zmian w śledzionie, czy nie, nie stwierdzono dotąd, lecz niektórzy chorzy tego rodzaju wyzdrowieli po wycięciu śledziony. Przy udziale innych kolegów zebrał prof. Osler 42 przypadków tego cierpienia. *St. Rudzki* (Lublni).

Wernic. **W sprawie leczenia ostrych spraw gnilnych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 38). W. gorąco poleca w ostrych sprawach gnilnych płókanie jelit 1% rozczynem chlorku sodowego. Ponieważ przepłókiwanie trwa długo (przeszło godzinę), wlewany rozczyn wchłania się do krwi: skutkiem tego wytwarzają się warunki dla łatwiejszego wydzielania się z ustroju trucizny gnilnej. Przed wlewaniami podskórnemi i wewnątrzżylnemi metoda ta ma tę przewagę, że tu płyn wprowadza się do krwi bardzo powoli, wskutek czego serce, osłabione sprawą gnilną, nie jest narażone na wzmożoną pracę. Pod wpływem wlewań wewnątrzjelitowych czynność serca wzmaga się, tętno staje się pełniejszem, błony śluzowe wilgotnemi, ilość moczu znacznie się zwiększa, ciepłota obniża się, ogólny stan chorego poprawia się. Za każdem podniesieniem się ciepłoty wlewanie należy powtórzyć. Tym sposobem udało się W. uratować pięć położnic od połogowego zakażenia krwi. *Witold Orłowski* Ptbg.)

Doc. Popielski I. **Celowość pracy gruczołów trawieńcowych.** (Doniesienie tymczasowe). (*Wracz* 1901, Nr. 50). II. **Celowość pracy trzustki i gruczołów żołądkowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 35). Popielski roztrząsa krytycznie teoryę prof. Pawłowa o celowem zastosowaniu się gruczołów trawieńcowych do rodzaju pokarmu. Teorya ta opiera się przeważnie na doświadczeniach, przeprowadzonych pod kierownictwem i w myśl Pawłowa nad trzustką. Według Pawłowa trzustka wydziela sok w takiej ilości i z takim zaczynem, który jest potrzebny dla przetrawienia spożytego pokarmu. W błonie śluzowej jelit cienkich Pawłow usadawia szereg obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, odznaczających się pobudliwością swoistą: jedne z tych zakończeń przechodzą w stan czynny tylko pod wpływem tłuszczu, sprowadzając sok, zawierający przeważnie zaczyn tłuszczowy: inne drażnią się wyłącznie pokarmami skrobiowatymi, wywołując wydzielanie soku, bogatego w zaczyn skrobiowy itd.; w razie pokarmu, złożonego z białkanów, tłuszczów i węglowodanów, podrażniają się wszystkie zakończenia, wskutek czego wydziela się sok, zawierający wszystkie trzy zaczyny. Czynniki chemiczne (kwas itd.) mają również swój odrębny szereg zakończeń nerwowych, których podrażnienie wywołuje wydzielinę soku o własnościach odrębnych. Poddając tę teoryę ostrej krytyce, Popielski słusznie zarzuca Pawłowowi, że doświadczenia, na których oparł swoją teoryę, nie są przy bliższem rozejrzeniu się przekonywujące; przytoczę dwa przykłady: po spożyciu mleka, w którem niema wcale skrobi, sok trzustkowy zawiera znacznie więcej zaczynu skrobiowego, niż po spożyciu mięsa i chleba; po spożyciu pokarmu, składającego się z mleka i chleba, sok zawiera więcej zaczynu białkowatego, niż po spożyciu mięsa i t. d. Własne badania doprowadziły Popielskiego do innego wniosku, mianowicie, że różnorodność składu soku trzustkowego zależy od siły podrażnienia i ilości bodźca drażniącego. Silne bodźce (0,4% kwas solny, psychiczny sok żołądkowy) wywołują wydzielinę soku trzustkowego z małą zawartością zaczynu białkowatego i obfitą profermentu; słaby bodziec (n. p. mleko) sprowadza sok bogaty w zaczyn białkowaty. Ilość soku zależy od stopnia bodźca: im większa powierzchnia błony śluzowej jelit ulega działaniu bodźca drażniącego, tem, rzecz prosta, jest silniejszą praca trzustki i odwrotnie. Tosamo prawo rządzi również ślinianikami i gruczołami żołądkowymi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Jurewicz. **Dziedziczenie własności aglutynacyjnych i wewnątrzmaciczne udzielanie się ich płodom.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Badania J. dotyczą przedostawania się aglutynin surowicy matczynej do krwi płodu i dziedziczenia własności tworzenia aglutynin. Przedewszystkiem autor badał płody zwierząt, posiadających już w zwykłych warunkach własności aglutynujące. Okazało się, że tesame własności wykazują i płody tych zwierząt, aczkolwiek i w słabszym stopniu. Następnie autor dowiódł, że aglutynujące własności surowicy samicy króliczej, uodpornionej przez zastrzykiwanie coraz silniejszych hodowli laseczników durowego, przechodzą i na płody, najprawdopodobniej przez łożysko. Wreszcie okazało się, że płody dziedziczą również i własność samodzielnego wytwarzania aglutynin. Istotnie samica królicza w doświadczeniach autora aglutynowała przed porodem przy rozcieńczeniu surowicy 2: 60, króliki zaś zaraz po urodzeniu i w 2-gim tyg. 2: 6; po miesiącu zaś można było wykazać aglutynacyę we krwi tych królików nawet w razie rozcieńczenia 1: 200. Jeszcze jaskrawiej ta własność występowała u świnek morskich: płody matki, uodpornionej na 2—9 miesięcy przed ciążą, wykazywały zaraz po urodzeniu własności aglutynacyjne, przewyższające 3—4 razy matczyne. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Karnicki. **Ferometr Jollesa.** (*Izwjestija Imperat. Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1902, t. V, Nr. 1). Sprawdzając w fizyologicznej pracowni prof. Danilewskiego (Petersburg) przyrząd Jollesa, doszedł K. do wniosków następujących: 1) wzięte dla oznaczenia zawartości żelaza 0,05 sz. ctm. krwi należy silnie ogrzewać dla zniszczenia substancyj organicznych; tylko w tym razie żelazo całkowicie przeobraża się w Fe^2O^3; 2) nie należy, wbrew wskazówkom Jollesa, przepalać Fe^2O^3 z kwaśnym siarkanem potasowym ($HKSO^4$) do zupełnej utraty wolnego kwasu siarkowego, ponieważ przy takiem postępowaniu $HKSO^4$ rozkłada się na siarkan potasowy i wolny

kwas siarkowy; utworzony pierwotnie $Fe^2(So^4)^3$, w razie zupełnego odparowania kwasu siarkowego, rozpada się na tlenek żelaza (Fe^2O_3) i pierwiastki kwasu siarkowego; wobec tego ostatecznie otrzymujemy mięszankę siarkanu potasowego z Fe^2O^3. Te połączenia nie mogą utworzyć niezbędnych dla oznaczenia zawartości żelaza we krwi przyrządem Jollesa ałunów żelazowych. Przepalanie więc należy prowadzić tak, żeby zawsze zostawał jeszcze nieznaczny zbytek kwasu siarkowego, który ochrania $Fe^2(So^4)^3$ od rozpadu; przepalanie więc trzeba kończyć, gdy parowanie kwasu siarkowego jest już nieznaczne i przy następowem ochłodzeniu przepalona substancya staje się zupełnie białą i suchą. Obecność śladu kwasu siarkowego w stopionej substancyi nie przeszkadza czułości przyrządu: 3) dla stopienia należy używać bezwodnej soli kwaśnego siarkanu potasowego, ponieważ wodna sól uporczywie zatrzymuje wodę i stapia się z większą trudnością z Fe^2O^3, wobec czego otrzymane wyniki są niższe od istotnych; 4) wszystkie części przyrządu i płyny powinny być przed oznaczeniem sprawdzone. Ponieważ badacze nie zwracali dotychczas uwagi na wszystkie te okoliczności, to ogłoszone spostrzeżenia i badania przyrządem Jollesa muszą być ponownie przerobione.

Witold Orłowski. (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ravasini. **Arheol,** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień), czysty wyskok, wyrabiany z oliwy santalowej bez jej zanieczyszczających i szkodliwych domieszek, posiada skutki tej oliwy bez ujemnych stron ubocznych wszelkich środków balsamicznych. Autor zachwala skutek tego środka w rzeżączce i jej chorobach następowych, oraz w zapaleniu pęcherza moczowego innego pochodzenia; usuwa ono bóle i parcie na mocz, a nawet w gruźlicy pęcherza zmniejsza dolegliwości. Podaje się dziennie 6—12 kapsułek po 0,20. *Dr. Fels.*

Doc. Doczewski. **Cyna, jako środek przeciwko tasiemcom.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 44). Doc. Doczewski (Tomsk) poleca przeciwko tasiemcowi *stannum metallicum praecipitatum chem. purum;* jest to drobny szary proszek, który przy galwanizacyi strąca się z soli cynowej. Proszek ten rozpuszcza się w żołądku i przechodzi do jelit, gdzie wywiera działanie na tasiemca. Badania wykazują, że cyna całkowicie wydziela się z kałem; tem się tłómaczy, że niema ona żadnego działania szkodliwego. Przed zastosowaniem cyny należy dobrze oczyścić przewód pokarmowy, najlepiej gorzką wodą Franciszka Józefa (1½ szklanki); nazajutrz zrana chory ma zażyć od 2,5 do 5,0 *stanni metall. praecipit. chem. puri* w drobnych dawkach, mianowicie co 15 minut 0,6 grm. przetworu, wreszcie po 1½—2 godzinach należy powtórzyć lek przeczyszczający (olejek rącznikowy itd.). Dotychczas D. stosował cynę dla spędzenia tasiemca w 38 przypadkach: w 26 skutek nastąpił odrazu; w 8 przyszło leczenie powtórzyć, w 4 zaś nawet ponowne kilkakrotne leczenie cyną dało wynik ujemny.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 28 stycznia 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu ś. p. kol. Dr. Seifmannowi, które obecni stojąc wysłuchali; zawiadamia, że przemówił nad trumną i złożył wieniec imieniem Towarzystwa.

III. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa na posiedzeniu Dr. Podczaskiego ze Sosnowca.

IV. Kol. Kozłowskiego Michała, Flisa Kazimierza, Ehrenpreisa Edwarda i Steuermarka Zygmunta przyjęto jednogłośnie w poczet członków Towarzystwa.

V. Kol. Gliński przedstawił guz gruźliczy mózgu w okolicy wzgórka wzrokowego, dotyczący przypadku, do którego dał wyjaśnienia kol. Lewkowicz.

VI. Kol. Lewkowicz omówił przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego we wzgórku wzrokowym, w sąsiedztwie szypułki mózgowej. *(Rzecz przeznaczona do druku).*

VII. Kol. Lewkowicz wygłosił odczyt: »O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych«, przyczem demonstrował odpowiednie obrazy mikroskopowe i fotografie. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

Kol. Przewodniczący zawiadamia, że kol. Radca Dworu Korczyński z powodu choroby nie mógł przybyć na posiedzenie, by wziąść udział w dyskusyi i że z tego powodu zgłosi osobny odczyt analogiczny do odczytu kol. Lewkowicza. *Dr. Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

1. Dr. Kartoulis (Aleksandrya). (*Patogeneza ropni wątroby krajów gorących, a w szczególności ich stosunek do czerwonki amebowej.*

Omówiwszy przyczyny powstawania ropni wątroby i wskazawszy na czynniki, sprzyjające ich rozwojowi, do których zalicza podzwrotnikowe upały, zmęczenie, różnicę ciepłoty dziennej a nocnej, nadużywanie napojów wyskokowych, zimnicę, czerwonkę itd. stara się prelegent wykazać, że najważniejszą rolę odgrywa tu właśnie czerwonka. Na 1860 przypadków czerwonki, spostrzeganej przez różnych autorów w Indyach wschodnich, 420 zakończyło się ropniem wątroby. Z własnego doświadczenia prelegenta wynika, że na 164 przypadków ropni wątroby, które spostrzegał, u 95 była poprzedziła czerwonka, czyli w 58% przypadków. Kartoulis dochodzi do wniosku:

1. Ameba czerwonki jest jedyną przyczyną czerwonki podzwrotnikowej, czyli amebowej.

2. Ropnie wątroby krajów gorących są w ¾ przypadków spowodowane czerwonką amebową.

3. Ropnie wątroby, występujące niezależnie od czerwonki, a które się spotyka w krajach podzwrotnikowych, występują w znacznej części, jako następstwo obrażenia jelit.

4. Alkoholizm, a jeszcze rzadziej zakażenie zimnicze, bywają powodem zapalenia wątroby i usposabiają w ten sposób do powstawania ropni, nie będąc jednak przyczyną bezpośrednią.

Wielka liczba chorych ginie corocznie w krajach gorących z powodu czerwonki i następowych ropni wątroby, a chirurgia mimo swego postępu nie jest jeszcze zdolna leczyć wszystkich ropni wątroby. Trzeba zatem wszelkimi sposobami zalecać, aby ludność starała się chronić przed czerwonką, a gdy ta wystąpi, od samego początku najenergiczniej ją zwalczać. Co do jego własnego doświadczenia,t o poleca 0·5% rozczyn garbnika i przekłada go nad wszystkie leki odkażające, bo garbnik jest według prelegenta bardziej skuteczny i więcej niewinny, niż inne środki. Poleca go nietylko jako środek odpowiedni w czerwonce, ale i jako lek zapobiegawczy przeciw ropniom wątroby.

2. Dr. Comanos pasza (Kair). *Przyczynek do patogenezy zapaleń wątroby.*

Autor wyłuszcza przyczyny i wpływ klimatu, które wywołują zapalenie wątroby, choroby, która nie istnieje w Europie i wogóle w krajach zimnych. Wykazuje zapomocą argumentów fizyologicznych, że czynność wątroby w krajach gorących jest nadmierna i że ten narząd przyjmuje na siebie i spełnia w ustroju część pracy płuc i mięśni. Ten nadmiar pracy usposabia wątrobę do zapaleń. Z wpływem klimatycznym idzie w parze obfitość pokarmów i nadużywanie napojów wyskokowych, co, jako przyczyna uboczna, zwiększa wrażliwość tego narządu. W tych warunkach wtargnięcie przypadkowe pewnych drobnoustrojów do wątroby wywołuje jej zapalenie i ropienie. Wreszcie prelegent dowodzi, że zapalenie wątroby i ropnie ostro przebiegające, są wyłącznie chorobami krajów gorących, a do ich przyczyn zalicza:

1. wpływ klimatu;

2. napływ przypadkowy drobnoustrojów. Pierwszy wywiera działanie przygotowawcze, bezwarunkowo konieczne do tworzenia się i rozwijania choroby, drugie dopełniają dzieła chorobotwórczego. Wtargnięcie drobnoustrojów może się wydarzyć w następstwie czerwonki, wskutek używania nieczystej i nieprzesączonej wody, a może być także samoistne. Wykazawszy, że zapalenie wątroby jest chorobą *sui generis* i li tylko chorobą krajów gorących, prelegent proponuje, aby zamiast długiej nazwy „zapalenie ropne wątroby krajów gorących“, nazwać je krótko „Calorhepatitis“.

3. Dr. Métin (Saigon). *Badania nad etyologią czerwonki krajów gorących.*

Przyznając trudności, nastręczające się przy badaniu przyczyn czerwonki, po długiej obserwacyi w Kochinchinie Metin zdaje się mniemać, że czynnikiem chorobotwórczym jest nie ameba, lecz „coccobacillus“, bardzo podobny do prątka moru, ale się daje od tego ostatniego łatwo odróżnić. Wyłączony, wyhodowany i wstrzyknięty pod skórę zwierzętom laboratoryjnym, sprowadza ich zgon przez posocznicę.

Dr. H. Legrand (Aleksandrya). *Uwagi nad leczeniem czerwonki zapomocą »El ko-samu«.*

Wykazawszy, że częstość czerwonki i chorób wątroby w Egipcie ma dążność do zmniejszania się, zwraca prelegent uwagę na wyniki, osiągnięte przez niego przy stosowaniu „El ko-samu", środka pochodzenia chińskiego. Okazał on się korzystnym szczególnie w przypadkach świeżych i ostrych, lecz stosując go i w przypadkach zadawnionych, nawet do trzech miesięcy, otrzymywał prelegent dobre wyniki. „Elko-sam" działa tylko na czerwonkę w ścisłem tego słowa znaczeniu, nie wywiera zaś żadnego wpływu na zapalenie jelit rzekomo-błoniaste; działanie jego byłoby zatem swoiste. Podawał co godzinę jedną tabletkę, nie przekraczając 10—12 na dzień. Dawka u dzieci odpowiednio do wieku.

5. Dr. Belleli. (Port Said). *Wlewania do jelit* (*enteroclysis*) *w czerwonce ostrej i przewlekłej.*

Wlewania do jelit kreoliny, resorcyny, kwasu salicylowego, nadmanganianu potasowego, siarkanu miedziowego i innych rozczynów odkażających, polecane przez różnych autorów, nie mogą być zastosowywane w czerwonce krajów gorących o szybkim rozwoju, gdyż drażnią jelita jeszcze bardziej. Także wlewanie rozczynu chininy, zalecane przez Rogersa z Kalkuty i Kartoulisa wywoływało podrażnienie. Wlewanie rozczynu kwasu borowego, które się zaleca powszechnie, jako nieszkodliwe, stósował Belleli na sobie samym, lecz bez skutku i źle znosił ten zabieg. Natomiast przedstawia prelegent szczęśliwe skutki wlewań rozczynu kwasu karbolowego. Mają one być znieczulające, odkażające i chorzy dobrze je znoszą; 20—40 kropel kwasu karbolowego na litr wody, zastósowane kilkakrotnie, wystarczają do pomyślnego ukończenia choroby.

6. Dr. Pressat (Ismaila). *Leczenie czerwonki chloralem.*

Autor stosował wlewania z chloralu 5—10% i osiągał dobry wynik.

7. Tenże. *Tak zwane sezonowe zaburzenia żołądkowo-wątrobowe.*

W Ismaili spostrzeganą była mała epidemia tej choroby w czasie panowania zimnicy z następującymi objawami: osobnik rozpoczynający dzień w dobrem zdrowiu, pracuje cały ranek, zjada obiad i odbywa poobiednią drzemkę, po której budząc się, uczuwa nagle silne dreszcze, bóle w nadbrzuszu, ogólne osłabienie, ból głowy, wymioty żółciowe, ciepłota 39·5—40·5°, język żółtawy. Okolica wątroby bolesna, oddech cuchnący, czasem biegunka, często zatwardzenie. Wymioty trwają czasem kilka dni, przyczem spojówki żółtawo zabarwione. Przeczyszczenie, ipekakuana, dyeta ścisła, mentol i środki alkaliczne łagodzą bóle.

Czynnikiem przyczynowym jest tu prawdopodobnie niestrawność, t. zw. „poletnia", częsta w krajach gorących, zależna od sposobu żywienia się i w czasie lata, braku pokarmów roślinnych, wystawionego na szybką fermentacyę mięsa, nadużywania napojów, zimnych kąpieli, nieregularnegoż ażywania chininy w celach zapobiegawczych, a nadto i przedewszystkiem nadużywania spoczynku poobiedniego. (Ciąg dalszy nastąpi).

* * *

VIII. LXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.

(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

15. Kehr (Halberstadt): **720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem sączkowań przewodu wątrobowego w 90 przypadkach.** K. zrobił 720 operacyj dróg żółciowych w przeciągu dwunastu lat. W 80 do 90% był brak żółtaczki przy obecności kamieni żółciowych w przewodzie woreczkowym i w woreczku żółciowym, a w 30% wszystkich przypadków nie było żółtaczki nawet tam, gdzie znalazł kamienie w przewodzie żółciowym i wątrobowym; częstym był też brak i powiększenia wątroby. Leczenie wewnętrzne, zdaniem prelegenta, nie powinno mieć na celu rozpuszczania kamieni i wydalania na zewnątrz, ale ma ono tylko sprowadzić spokój w narządzie żółciowym i zmniejszyć co do nasilenia sprawę chorobową. Jest rzeczą nader trudną postawić dokładne rozpoznanie co do siedziby kamieni i jakości sprawy chorobowej; trzeba się oprzeć na bardzo dużem doświadczeniu, którego można nabyć tylko na podstawie dokładnej znajomości zmian anatomicznych, od których powinno zależeć postępowanie lecznicze: operacya, czy woda karlsbadzka. K. nie jest za operacyą w każdym przypadku; wskazania jego co do postępowania operacyjnego w chorobach dróg żółciowych są następujące: 1) częste napady kolki wątrobowej bez żółtaczki i odejścia kamieni przy postępującem wyniszczeniu ustroju; 2) przypadki z żółtaczką, gdzie kamienie nie odchodzą, a ustrój słabnie; 3) otok surowiczy lub ropny woreczka żółciowego, lub okołoworeczkowe ropienia; 4) przewlekle zatkanie przewodu wątrobowego wspólnego, nie ustępujące po leczeniu wodą karlsbadzką; 5) kamienie żółciowe, przy których nie można się obejść bez morfiny; 6) rak woreczka żółciowego (o ile się da jak najwcześniej); 7) przypadki z przewlekłą żółtaczką, nie polegające na zamknięciu przewodu żółciowego, ani na niewyleczalnych chorobach wątroby, a gdzie można często znaleźć tylko przewlekłe śródmiąższowe zapalenie trzustki; 8) przypady uciążliwe bez miejscowych zmian w wątrobie lub woreczku żółciowym, opierające się długo leczeniu wewnętrznemu; 9) następstwa kamicy żółciowej: ropne zapalenie naczyń żółciowych, dziurawiące zapalenie otrzewnej, ropień wątroby, ropień podprzeponowy, zwężenia odźwiernika i dwunastnicy, niedrożność jelit wskutek kamieni żółciowych.

Wskazań ścisłych wogóle postawić nie można: zależy dużo od indywidualizmu chorego. Leczenie wewnętrzne (spokój, woda karlsbadzka) nadaje się: 1) do przypadków przewlekłego powtarzającego się zapalenia woreczka żółciowego: 2) jeśli napady są słabe i w dość znacznych odstępach; 3) w ostro przebiegających przypadkach zamknięcia przewodu żółciowego (przy znacznem wyniszczeniu chorego należy tylko operować). K. przedstawił tablice szczegółowe, z których wynika, że w przeciągu lat 12, na 655 chorych (stosunek kobiet do mężczyzn 5:1), zrobił 1131 rękoczynów; w pierwszych 360 operacyach robił najwięcej cystotomii, w drugich 360 wycięcia i sączkowania przewodu wątrobowego; w 12% były powikłania ze schorzeniami żołądka. Na ostatnich 300 przypadków umarł tylko jeden z powodu zapalenia otrzewnej; na 200 niepowikłanych przypadków 3 tylko (1,5%). K. operuje chorych nawet powyżej lat 70, nie szyje przewodu wspólnego, robi tylko sączkowanie przewodu wątrobowego w połączeniu z wycięciem woreczka, operuje szybko i dokładnie. Sprzeciwia się zapatrywaniu, jakoby kamienie miały się na nowo tworzyć po operacyi; nie zauważył tego ani w jednym przypadku. W końcu żali się na internistów, że tak późno posyłają chorych chirurgowi.

16. Körte (Berlin): **Uwagi nad operacyami kamieni żółciowych.** Prelegent zdaje sprawę z 135 operacyj przez siebie wykonanych z powodu kamieni żółciowych, z tych 17 było ostrych, a operował dla ratowania życia. W jednym przypadku znalazł w woreczku żółciowym aż 2550 kamieni. Jest stanowczo za wycięciem woreczka żółciowego, a to z powodu, że się wycina ognisko zakażenia, otwiera się drogę do rozpoczynającego się ropienia wątroby i nie zachodzi niebezpieczeństwo pozostawienia kamieni. Należy tamponować szeroko. Z sześciu przypadków rozległego zapalenia otrzewnej, jakie miał przy tych operacyach, jeden tylko wyzdrowiał. Jeżeli czasem (w 13 przypadkach) kamień sam dobrowolnie przebije do dwunastnicy, to może sprowadzić niedrożność jelita, którą nie łatwo rozpoznać; a wtedy należy operować bezzwłocznie z powodu niebezpieczeństwa wyniszczenia lub zapalenia otrzewnej.

17. Fink (Karlsbad): **Operacye dróg żółciowych i wątroby.** Wskazania do operacyi woreczka żółciowego są według F. następujące: 1) guzy woreczka; 2) ciężkie objawy podmiotowe i 3) zmiany przedmiotowe przy objawach podmiotowych. Wskazaniem zaś do operowania przewodu żółciowego jest zatkanie, przebiegające bądź łagodnie, bądź też z powikłaniami. Do łatwych zabiegów zalicza prelegent: zeszycie przetoki, cystotomię i cystoenteroanastomozę; do trudnych: cystikotomię, cystoktomię, choledochotomię, hepatikotomię i hepatikostomię. Lekkich robił 26, ciężkich 22 z 64 rękoczynami. Śmiertelność z powodu operacyi 2%; z powodu powikłań 12,5%. F. radzi robić leczenie wewnętrzne lub chirurgiczne zależnem od danego przypadku.

18. Riedel (Jena): **Demonstracye chorych.** R. przedstawia dwie chore, które posłał do Karlsbadu. U jednej nie znalazł kamieni po otwarciu woreczka, ale udało mu się wyhodować z treści woreczka prątka okrężnicy. Takie przypadki powinno się zdaniem R. posyłać do Karlsbadu. W drugim przypadku wyciął woreczek, a mimo to później znów powstała żółtaczka; przy powtórnej operacyi u tej chorej naciął przewód żółciowy, potem dwunastnicę, wysączkował, mimo to chora ma żółtaczkę. I tę posłał do Karlsbadu.

Dyskusya: Kautsch (Wrocław) opowiada, że w klinice Mikulicza robi się więcej cystotomii, niż cystostomii. Czas gojenia jest krótszy.

Nadto zabierali głos: Fink (Karlsbad), Steinthal (Stuttgart), Kelling (Drezno), Kehr (Halberstadt), Körte (Berlin), który sądzi, że po odejściu kamieni lub po operacyi powinno się chorych

posyłać do Karlsbadu; nadto Büngner (Hanau), Reger (Hannover), Korach (Hamburg), Riedel (Jena) i Kraus (Karlsbad).

19. Reger (Hannover) demonstruje krzywe gorączki z trzech przypadków, mające określić zachowanie się biologiczne drobnoustrojów w człowieku jako pożywce.

20. Kausch (Wrocław): **Cukrzyca moczowa w chirurgii.** Chorych na cukrzycę powinno się zdaniem K. operować w czasie nieobecności cukru w moczu. Poleca u tych chorych znieczulanie eterowe; przed operacyą należy podawać znaczne ilości dwuwęglanu sodowego, czy to wewnętrznie, czy też przez podskórne wstrzyknięcie. Co do operowania zgorzeli u tych chorych, jest za indywidualizowaniem poszczególnych przypadków.

21. Sternberg (Wiedeń): **O operacyach wykonywanych na chorych na cukrzycę.** Statystyka chorych, operowanych u Gersunyego. Kilku chorych wyzdrowiało wskutek operacyj takich, którychby według zdania Kauscha nie powinno się było operować.

Dyskusya: Kraus (Karlsbad) zwraca uwagę na przerost gruczołu krokowego i zapalenie pęcherza moczowego u chorych na cukrzycę.

Neugebauer (Morawska Ostrawa) i Storp (Królewiec) zauważyli powrót cukru w moczu po jakiemkolwiek usypianiu narkotycznem.

Fink (Karlsbad) podnosi zalety operowania chorych na cukrzycę po leczeniu karlsbadzkiem.

22. Friedrich (Lipsk): **O zmianach patologicznych czołowej części mózgu.** Demonstracya preparatu i chorego, operowanego z powodu mięsaka opony twardej, który sprowadził rozmiękczenie płatów czołowych mózgu tak, że boczna komora prawa była otwartą. Zboczenia umysłowe były w przeważnej części na tle płciowem.

23. Kuhn (Kassel): **O przezwyciężeniu zgięcia esowatego zapomocą drenu jelitowego.** (Demonstracya).

24. Ullman (Wiedeń): **„Hidrotermoregulator" i różne ciała ogrzewające** (Demonstracye przyrządów).

25. Brenner (Linc): **Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka.** B. operował 24 przypadków wrzodu żołądka; w dwunastu wykonał wycięcie (4 z wynikiem śmiertelnym), w 12 gastroenterostomię; następnie demonstruje preparaty anatomiczne z niektórych swych przypadków.

W dyskusyi zabierali głos: Körte (Berlin), Hofmeister (Tübingen) i Eiselsberg (Wiedeń).

26. Hoeftman (Królewiec): **Sposób leczenia zmian gruźliczych pochewek ścięgien i stawów.** Sposób ten polega na energicznem mięsieniu młotem ołowianym; prelegent demonstruje następnie fotografie wyleczonych przypadków. Poleca nadto leczenie guzów pochewek ścięgnistych wstrzykiwaniami nalewki jodowej, w ten sposób, że z jednej strony tego guza jest strzykawka Pravaza, wypełniona nalewką jodową, z drugiej strony szersza kaniula, którą wstrzyknięty jod odpływa.

27. Löwe (Berlin): **Demonstracya rysunków, przedstawiających narzędzia, służące do utorowania przystępu do podstawy czaszki przez nos.** Sposób zalecony przez L. polega na czasowem wycięciu całego podniebienia twardego i opróżnieniu wnętrza jamy nosowej.

28. Graser (Erlangen): **O zboczeniach krezki.** Gr. był zmuszony u 58-letniego chorego przystąpić do operacyi z powodu zwężenia odźwiernika i znalazł co do porządku przebiegu kiszek i ich krezki stosunki takie, jakie zazwyczaj znajdujemy u dwumiesięcznego płodu. Poprzecznica w tym przypadku nie dochodziła do brzegu wątrobowego, ale już od środka schodziła na bardzo ruchome jelito wstępujące i ślepe; dwunastnica zaś — od odźwiernika wzdłuż dolnego brzegu wątrobowego na prawo i w dół. Połączono w tym przypadku żołądek z dwunastnicą. Podobny przypadek opisał Alsberg.

(Dok. nastąpi).

† Dr. Adolf Mikołaj Rothe

D. 6. b. m. zakończył życie w Warszawie Dr. A M. Rothe, wybitny psychiatra i płodny pisarz. Urodził się w Zgierzu; szkoły średnie odbył w Łodzi i Warszawie. Medycynę studyował w petersburgskiej Akademii medyko-chirurgicznej; stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1861. Już w r. 1859 mianowany został ordynatorem w petersburgskim szpitalu dla robotników; w r. 1862 objął obowiązki naczelnego lekarza szpitala w Kamieńcu Podolskim, a równocześnie był członkiem urzędu lekarskiego w tem mieście. W r. 1867 powołany został do Warszawy, gdzie mu poruczono ster szpitala św. Jana Bożego i zarząd oddziału dla obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Nadto w r. 1877 został lekarzem domu sierót i starców, zostającego pod opieką rosyjskiego Towarz. dobroczynności, a od r. 1879 — lekarzem takiegoż domu gminy ewangielickiej. W r. 1887 przeszedł w stan spoczynku. Był członkiem następujących Towarzystw: lekarskiego warszawskiego, naukowego krakowskiego, niemieckich psychiatrów, lekar. krakowskiego, psychiatrów wiedeńskich, lekarsko-psychologicznego w Paryżu.

Pisał przeważnie po polsku; wyjątkowo po rosyjsku lub niemiecku. Pierwszych 7 prac ogłosił w Kremera „Rozmaitościach lekarskich"; inne w „Tygodniku lekarskim", oraz w późniejszych czasopismach warszawskich i krakowskich. W r. 1879 nakładem „Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich" wydał podręcznik: „Psycho-pathologia forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie polskiem i w Galicyi".

Żył lat 70.

Cześć imieniowi i wdzięczna pamięć zasłużonemu!

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12. lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorych i okazów przez kolegów: Gertlera, Pieniążka i Nowotnego, odbył się odczyt kol. Borzęckiego p. t. »Rzeżączka u mężczyzny, a pozwolenie żenienia się«

(J.) W Krakowie rozpoczęto druk oryginalnej zbiorowej pracy pod tytułem: Treściwy podręcznik do nauki medycyny wewnętrznej. W napisaniu dzieła biorą udział następujący autorowie: Dr. Biegański Władysław, prymaryusz szpitala w Częstochowie; — Dr. Domański Stanisław, prof. w Krakowie; — Dr. Gluziński Antoni, prof. we Lwowie; — Dr. Jaworski Walery, prof. w Krakowie; — Dr. Korczyński Edward, prof. Radca Dworu w Krakowie; — Dr. Korczyński Ludomił, docent Uniw. w Krakowie; — Dr. Marischler Julian, doc Uniwersytetu we Lwowie; — Dr. Pieniążek Przemysław, prof. w Krakowie; — Dr. Pisek Wilhelm, prymaryusz szpitala we Lwowie; — Dr. Rencki Roman, doc. Uniwersytetu we Lwowie; — Dr. Wiczkowski Józef doc. i prymaryusz szpitala we Lwowie; Dr. Wilczyński Ludwik w Krakowie.

Warunki przedpłaty na to dzieło zostaną wkrótce ogłoszone.

* Otrzymaliśmy I. Zeszyt miesięcznika p. t »Biblioteka lekarska«, wydawanego w Warszawie pod redakcyą Dr. J. Zawadzkiego. Redakcya rozpoczęła nowe wydawnictwo od przekładu »Patologii chorób wewnętrznych« Dr. Dieulafoya. Pierwszy zeszyt zawiera na 128 stronach początek rozdziału »O chorobach narządów oddechania«. Pomimo niskiej ceny druk i papier przedstawiają się korzystnie, a tłómaczenie jest staranne.

* Sprawozdanie miejskiego Biura sanitarnego w Rzeszowie za r. 1902 zostało rozesłane przez lekarzy miejskich: Dr. Ad. Zagórskiego i Dr. J. Tellera. Wskutek przyłączenia najbliższych przedmieść do gminy rzeszowskiej liczba mieszkańców wzrosła do 20,397, co spowodowało mianowanie drugiego lekarza miejskiego. Sprawozdanie zawiera wykazy następujących rubryk: I Ruch ludności. II. Choroby nagminne. III. Szpitale. IV. Służba sanitarna. V. Szczepienie ospy VI. Wykaz (matołków, obłąkanych, ciemnych, głuchoniemych, pijaków). VII. Szkoły. VIII. Domy ubogich. IX Zakłady przemysłowe. X. Rewizye środków spożywczych. XI. Prostytucya. XII. Postępy asanacyi.

Zarząd zdrowia w Rzeszowie posiada w Ratuszu Biuro sanitarne wraz z pracownią chemiczną do badania środków spożywczych. Już ze spisu rubryk i z wykazów liczbowych wynika dowodnie, że rzeszowski Zarząd zdrowia roztoczył swą opiekę nad wszystkiemi gałęziami życia, mającemi styczność ze zdrowiem publicznem. Na szczególną uwagę zasługuje działalność Zarządu w zakresie szkolnym, a to nie tylko pod względem umieszczenia szkół, lecz i wielokrotnej rewizyi prywatnych mieszkań uczniów, badania zdrowia młodzieży przy rozpoczęciu roku szkolnego, czasowego wykluczenia ze szkoły chorych na jaglicę (12) i inne choroby, nie nadające się do wspólnego obco-

wania. Jeśli to zaopiekowanie się młodzieżą szkolną, tak rozumne i obywatelskie, jest wynikiem ustawy gminnej, to jest ono godne naśladowania przez wszystkie miasta, rządzące się własnym statutem: a jeśli to jest tylko popęd dobrej woli, sumienia zawodowego i społecznego, to rzeszowskiemu Zarządowi zdrowia należy się wdzięczność i uznanie, że ubiegł w tak ważnej sprawie sanitarnej inne miasta nasze, nie wyłączając o ile nam wiadomo i miast stołecznych.

* W liczbie kandydatów na katedrę kliniczną po prof. Pasternackim znajduje się nazwisko Dr. Władysława Janowskiego z Warszawy.

* W parlamencie austryackim uczyniono dwa wnioski, zmierzające do uzdrowotnienia społeczeństwa: posła Heilingera, wzywający rząd do wydania ustawy, zapobiegającej szerzeniu się kiły, oraz posłów: Baernreithera i towarzyszy — również o wydanie ustawy, dla walki z chorobami zakaźnemi.

Wnioski chwalebne i doniosłe: wobec jednak martwoty parlamentu austryackiego przebrzmieją bez echa

* Deputacya, złożona z rektora wiedeńskiego uniwersytetu i profesorów, po jednym z każdego wydziału, udała się w końcu stycznia do ministrów: spraw wewnętrznych, oświaty i finansów z przedstawieniem, że wskutek zniesienia czesnego dochody profesorskie tak zmalały, że uczeni zagraniczni odrzucają z tego powodu ofiarowane im katedry w uniwersytetach austryackich.

Niezawodnie motywy skarg profesorów wiedeńskich dotyczą tylko uniwersytetów o licznej frekwencyi słuchaczów, a może tylko jednego uniwersytetu wiedeńskiego: jeśli to nasze przypuszczenie jest prawdziwe, to inne uniwersytety powinny się oprzeć wznowieniu czesnego, którego zniesienie przed paru laty uczyniło stosunek słuchacza do profesora o wiele gładszym i etyczniejszym

* Rząd pruski zamierza doprowadzić wreszcie do określenia ustawowego tytułu »specyalista«. Stać się to ma na podstawie wymaganych i ściśle określonych kwalifikacyj, uprawniających do tego tytułu.

* Prof. Franqué z Würzburga i prof. Bier z Gryfii otrzymali wezwanie: pierwszy na miejsce Sängera do Pragi, drugi na następcę Schedego do Bonn.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień III (18—24—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 49, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 8 (3 zam.), z zapalenia płuc 10, z krztuśca 1, z płonicy 3 z cholery niemowląt 1.

* Między 28—I a 3—II doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Nekrologia. Dr. Jakób Nowak, l. 62, zmarł w Włocławku. Dr. Józef Urbanowicz zmarł w Brańsku.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajni profesorowie wiedeńskiego Uniwersytetu: Urbantschitsch (otyatrya) i Mauthner (okulistyka) mianowani profesorami zwyczajnymi. Doc pedyatryi w Gracu, Dr Tobeitz, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

* *Od kol Langiego otrzymujemy następujące pismo:*

»Na wdowę po lekarzu, która obecnie po śmierci męża znajduje się w nader krytycznem położeniu, ofiarowali na moje ręce następujące datki koledzy: prof. Wicherkiewicz 20 K., prof. Korczyński 20, prof. Bujwid 10, prof. K. 20, prof. Pieniążek 10, prof Łazarski 5, prof. Cybulski 5, L. 4. Krokiewicz 5, C. 2, Schaitter 3, Murdzieński 6. S. 4. Marcisiewicz 4, Mączka 10, Mendelsburg 3, Kwaśnicki 6, N N. 5. Zanietowski 4, A B. 4, M B. 4; prócz tego p. Schaja Neublat, mąż operowanej na oddziale prof. Pieniążka, 40 K., — razem 194 koron.

Dalsze datki na ten cel od Czytelników »Przeglądu lekarskiego«, którzyby chcieli przyjść z pomocą wdowie po naszym koledze, przyjmuję z wdzięcznością«.

Kraków dnia 7 lutego 1903. *Dr. Adam Langie.*

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska* Z. 1. Dieulafoy: Choroby nosa, krtani i oskrzeli.

— *Medycyna* Nr. 5. Rzętkowski: O wpływie silnego pocenia się na skład krwi. Gutowski: Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Sieberowa. Badania i poglądy prof. Marcelego Nenckiego, tyczące się barwika krwi, oraz powinowactwa jego z chlorofilem. Śliwiński: Zaburzenia trawienne, jako przyczyny śmiertelności niemowląt, ich etyologia i podział, oraz dyetetyka ssawców.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5. Pelnář: Pseudoparesa spastická s třesem. Chalupecký: Barevne slyšeni. Hausman: Operativni léčeni rakoviny děložni.

— *La Presse médicale* Nr. 9. Launois: Początki histologii Malpighi (1628—1694). Marandon de Montyel: Pocenie się w porażeniu ogólnem.

— Nr. 10. Debove: Liczne przecięcia nerwów czaszkowych. Hannequin: Rwa żylna u ozdrowieńców po zapaleniu żył. Chorzy na żylaki i neuropaci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Jellinek: Zranienie od pioruna we względzie klinicznym i społecznym. Fuchs: Wczesne rozpoznanie guza nasadki mózgowej. Klein: Przyczynek do wiedzy o aglutyninach i pewnych precypitynach krwi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5 Stenger: O wartości objawów usznych przy rozpoznawaniu zranień głowy, mianowicie pęknięcia podstawy czaszki. Flatau: Kazuistyczny przyczynek do nauki o początkującym wiądzie rdzenia. Katz: Walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną Ewald: O durze atypowym (dok.).

— *Münchener medic Wochenschrift* Nr. 5. Sultan: Uwagi o przepuklinach podbrzusza. Treupel: Operacyjne leczenie pewnych chorób płucnych Bickel: Ostry mózgowy bezład *(ataxia)*. Ascoli: Nowe fakty i nowe poglądy w nauce o odżywianiu się. Grober: Dwa osobliwe przypadki odry. Cnopf: O jednym przypadku zakrzepowego zapalenia żył. Mayer: Przypadek zgorzelowego zapalenia gardła. Dreesmann: O merkurolu. Baccarani: O osłuchiwaniu jamy ustnej. Winternitz: O plastycznych środkach pomocniczych, służących do wykładów ginekologii i położnictwa Braatz: Śrubowy rozwieracz ust. Müller: O uodpornieniu prątka durowego przeciw swoistym aglutyninom.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Wolff: Doświadczenia z opukiwaniem szczytów płócnych metodą Kröniga. Stadelmann: Późne zmiany w mózgu po urazie czaszki. Rosenthal: Etyologia czerwonki. Rille: O pewnej reakcyi rtęciowej, występującej u kiłowych. Füth: Cukrzyca a operacye ginekologiczne (dok.). Wilbert: O wpływie bujania migdałków nadliczbowych na rozwój cielesny i duchowy dzieci.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 18. b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym następujące odczyty: 1) kol. Dr. Lewkowicza: „O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust". 2) kol. Doc. Seńkowskiego: „O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 21 Lutego 1903. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki

Choroby trzustki bez wątpienia należą jeszcze do schorzeń, które dotychczas nastręczają niemałe trudności rozpoznawcze. Zdarza się, że w wielu przypadkach dopiero przy autopsyi rozpoznajemy zajęcie trzustki, którego za życia chorego nawet się nie domyślaliśmy. Mamy bo też nie małe trudności do zwalczenia. Głębokie i zakryte położenie trzustki sprawia, że nasze sposoby rozpoznawcze, głównie obmacywanie i opukiwanie, nie zawsze wystarczają; nadto nieraz, nawet przy bardzo rozległem schorzeniu tego narządu, nie spostrzegamy objawów wynikających z braku soku trzustkowego, pokrytych zupełnie zastępczem działaniem innych gruczołów; wreszcie rozpoznanie utrudnia ta okoliczność, że samoistne i pierwotne choroby, występujące w trzustce stosunkowo wydarzają się rzadko.

W jednej jednak sprawie chorobowej, t. j. w torbielach trzustki, tak rozpoznanie, jako też i chirurgiczne ich leczenie, w ostatnich latach znacznie naprzód postąpiły.

A odkąd przekonano się o możliwości skutecznego leczenia chirurgicznego, pomnożyły się znacznie doniesienia kazuistyczne o tej chorobie, którą do niedawna uważano jako rzadkość niemożliwą do rozpoznawania.

Z ostatnich lat mamy liczne przypadki, w których, na podstawie charakterystycznych objawów cierpienie wcześnie rozpoznano, a przedsięwzięta operacya nie była próbna laparatomią z powodu nieoznaczonego *„tumor in abdomine“*, lecz była zabiegiem świadomym celu dążącym do uleczenia rozpoznanego cierpienia.

Podczas gdy w r. 1878 Friedreich w monografii swej „O chorobach trzustki“, a Boldt w r. 1882, mówią, że rozpoznanie tu nadzwyczaj trudne, a możebne leczenie jest tylko objawowo — dyetetycznem, to już w tym samym roku, t. j. 1882, Gussenbauer pierwszy przed operacyą rozpoznał to cierpienie i ze ściśle opracowanym planem przystąpił do zabiegu operacyjnego. O tyle był pierwszym, bo zresztą już przed nim leczono tę chorobę operacyjnie, ale zawsze na podstawie fałszywego rozpoznania, — jak n. p. Le Dentu, Thiersch, Rokitański, Kulenkampf, Bozemann i inni.

Od tego czasu kazuistyka z roku na rok się wzbogaca tak, że Körte*) w r. 1898 przytacza z piśmiennictwa 121 przypadków operowanych, a z tych 10, które zakończyły się śmiercią w związku z operacyą.

W każdym razie jednak torbiele trzustki są jeszcze dosyć rzadkiemi cierpieniami, a doświadczenie nasze jeszcze zupełnie wystarczającem nie jest.

Z tego powodu Körte w monografii swej „O chorobach trzustki“ zachęca do ogłaszania wszystkich przypadków torbieli trzustki dla zwiększenia statystyki i wyjaśnienia niektórych dotychczas może nie całkiem jasnych zapatrywań.

Tymi względami powodowany, ogłaszam nasz przypadek, rozpoznany przed operacyą i operowany przez Prof. Rydygiera, któremu przy tej sposobności szczere składam podziękowanie za zachętę i pomoc przy opracowaniu opisu tego przypadku, oraz za odstąpienie materyału.

Z dostępnego mi piśmiennictwa mogę wynotować następujące zapiski o torbielach trzustki, nie ogłoszone w dziele Körtego.

* Körte: Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pancreas. (Deutsche Chirurgie. Lief. 45 D. 1898).

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI:
1	Mikulicz (*Dr. Takoyasu:* Beitrag zur Chir. des Pancreas. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. III. Bd 1 Hft 1898).	Mężcz. 44 l.		Poczatek nagły, omdlenie, nudności. Często powtarzajace się napadowe bole kurczowe. Guz spostzegł chory na 4 tygodnie przed przyjęciem do kliniki. W nadbrzuszu guz zbitości elastycznej, o wyraźnem chełbotaniu. Udzielone tętnienie	torbiel trzustki	1895. Cięcie w linii białej. Torbiel między żoładkiem a watroba. Nakłócie, wszycie ścian torbiela w powłoki.	Wyleczenie w 2 lata przetoka zagojona, a chory nie skarży się na żadne dolegliwości	W ścianach torbiela miaższ trzustki
2	Mikulicz tamże	M. 33		Od pieciu dni bole w krzyżach i lewej części jamy brzusznej. Na lewo od pępka guz półkulisty, dość twardy, sięgajacy do łuka i do talerza biodrowego, na 3 palce poniżej pępka. Nad guzem jelito (okrężnica po wydęciu). Wypuk nad nim zmienia się przy zmianie położenia.	—	Naciecie. Sączkowanie. Laparotomia. (1896). Torbiel pozaotrzewnowy w lewem podbrzuszu, w głębi zrośnięty z naczyniami. Częściowe wycięcie. Wszycie ściany	Wyleczenie z przetoka.	W ściane torbiela: tkanka łaczna szkliście zwyrodniała; tu i ówdzie małe torbiele, i prawidłowy miaższ trzustki

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
3.	Henle 1895. (tamże).	M. 42 l.	Uraz (upadek). Złamanie 7. 11. 12. żebra prawego	W 5 tygodni po urazie w prawej części lędźwiowej guz o wyraźnem chełbotaniu. Nakłócie wykazuje płyn zielonawo zabarw. bez kwasu moczowego, o dużej ilości białka.	—	W 2 m. po urazie. Cięcie lędźwiowe jak do nefrektomii. Poniżej prawej nerki torbiel wielkości głowy dziecka, zawierający brunatnoczerwoną ciecz. Nacięcie. Wszycie ściany w powłoki brz.	wyleczenie	Guz nie stał w związku ani z nerką, ani wątrobą.
4.	Mikulicz (tamże) 1898.	Kob. 39		Od dawna bóle napadowe, podobne do kamicy nerkowej. Z początkiem r. 1898 w nadbrzuszu po stronie lewej guz wielkości głowy dziecka elastyczny, nieruchomy o wypuku stłumionym. Wydęty żołądek znajduje się nad guzem.	torbiel trzustki	Laparatomia. Nacięcie przez sieć małą (Tylna ściana żołądka zrośnięta z guzem, na przestrzeni 2 cm. rozdarta; zeszycie). Wszycie ściany w powłoki.	stan dobry do 6 dnia po oper.	W płynie wszystkie fermenty trzustki.
5.	Kusmin 1897. (tamże i ref. w Centralbl. f. Chir. 1897 Nr. 34).	M. 25	uraz.	Guz torbielowy w jamie brzusznej.	—	Laparatomia. Nakłócie. Wszycie a później w parę dni nacięcie.	wyleczenie	Torbiel miąższowy.
6.	Schwarz 1885. (tamże).	M. 32			torbiel otrzewnowy lub nerki	Próbne nakłócie. Laparatomia w smudze białej. Nakłócie. Nacięcie. Wszycie. Sączkowanie.	zapalenie otrzewnej. Śmierć	Nabłoniak torbielowaty trzustki (sekcya).
7.	S. Ogata i K. Ogata. (tamże).	M 46	alkoholizm	Przed 4 laty nagłe bóle w nadbrzuszu. Przed rokiem moczenie krwawe. Guz w nadbrzuszu. W lewem podżebrzu guz nerkowaty. Nakłócie próbne. W moczu nitkowiec (*filaria*).	torbiel trzustki	Laparatomia. Cięcie w linii sutkowej lewej. Liczne zrosty. Wszycie jednoczasowe w ranę powłok brzusznych.	wyleczenie w 11 tygodniach	
8.	Penrose 1897. (tamże).	Kob. 33		Napadowe omdlenie. Wypuklenie w dolnej części brzucha.	torbiel jajnika	Laparatomia, nacięcie, jednoczasowe, wszycie.	wyleczenie	
9.	S. i K. Ogata. (tamże).	M. 44		Od $1^1/_2$ r. napadowe bóle w podbrzuszu, w okolicy lędźwiowej. Rozwolnienie. Wypuklenie w górnej części brzucha. Próbne nakłócie.	torbiel trzustki	2 palce na prawo od linii środkowej. Torbiel zrośnięty z żołądkiem. Jednoczesne wszycie.	wyleczenie	
10.	Keen. (tamże).	Kob. 15		Od 4 lat obrzmienie w lewem podbrzuszu. Niestrawność. Cała lewa połowa brzucha zajęta przez guz.	—	Cięcie na zewn. brzegu m. prostego. Żołądek i okrężnica leżą na guzie. Jednoczasowe wszycie.	wyleczenie	Płyn jałowy, zawiera fermenty trzustki.
11.	Zoege v. Manteuffel. *A. Brackel.* (D. Zeitschr. f. Chir XLIX. p. 293).	Kob. 34		Od $2^1/_3$ bóle w nadbrzuszu na lewo między linią środk. ciała a łukiem żebr. Przed $1^1/_2$ r. guz wielk. gęsiego jaja. Przed 3 m. silne bóle napadowe wymioty itd. W lew. śródbrzuszu i podżebrze guz nieco ruchomy, elastyczny, wielk. głowy dorósł. człow.	torbiel trzustki lub puchlina nerkowa	Cięcie lędźwiowe przedłużono poprzecz. do pępka pionowo ku mostkowi. Torbiel wychodzący z ogona trzustki Podwiązanie szypuły i wyłuszczenie po wypuszczeniu $5^1/_2$ litrów cieczy jasnej, ciągnącej się.	wyleczenie	Badanie mikroskopowe: gruczolakowy, bujający trzustki.
12.	Payr. (Wiener Klin. Woch. 1898 Nr 26).	Kob. 19	Uraz w górną część brzucha podczas jazdy na kole.	W 2 m. po urazie uczucie gniecenia, bóle (kolki) wymioty. W 2 tyg. między wyrost. mieczyk. a pępkiem guz wielk. jabłka, szybko się powiększający. W ciągu 4 m. kilkakrotne znikanie guza, a wówczas rozwolnienie (białawe strzępy w stolcu). Wychudnienie: próbne nakłócie	torbiel trzustki	Torbiel między żołądkiem a wątrobą, silnie zrośnięty z tylną ścianą brzuszną. Nacięcie, jednoczasowe wszycie.	wyleczenie (po 5. tyg. przetoka 4 cm. długa).	W płynie ciemno brunatnym, o oddz. alkal. wyraźna reakcya cukru; ferment dyastatyczny.
13.	Albert. (*Keitler*: Wiener. med. Woch. 1899 Nr. 29).	Kob. 34		Od 8 lat bóle w okolicy żołądka. W tej okolicy guz (od 2 lat) wielkości głowy dziecka, chełboczący, bardzo ruchomy. Po wydęciu żołądek na guzie.	torbiel trzustki lub torbiel krezki	Laparatomia: torbiel w okolicy oddźwiernika, wychodzący z ogona trzustki: Trzustka sama torbielowato zwyrodniała. Całkowite wyłuszczenie guza. (dość łatwe). Zaszycie rany.	wyleczenie	
14.	M. Dezman Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 456.	12 m.	Uraz w nadbrzusze. Omdlenie, wymioty krwawe, bóle i wzdęcie brzucha	Laparatomia. Wypuszczenie 7 litrów płynu krwawego; blizna na przedniej ścianie żołądka W $1^1/_2$ miesiąca nad pępkiem guz gładki, kulisty, chełboczący. Nad guzem żołądek poniżej poprzecznica.	torbiel trzustki	Laparatomia; nakłócie, wszycie ścian torbiela w powłoki brzuszne; nacięcie.	wyleczenie	Płyn alkaliczny zawiera ferment dyastatyczny i emulgujący tłuszcze i białko.
15.	Zeller. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 583.	16 m.		Torbiel powyżej i na lewo od pępka.	torbiel trzustki	Wypuszczenie płynu zapomocą nakłócia. W 10 tyg. nawrót. Laparatomia. Wyłuszczenie.	wyleczenie	Torbiel między blaszkami krezki okrężnicowej. Okrężnica nad torbielem
16.	Delagénière Ref. w Centr. f. Chir 1900, str. 903.	35 m.		—	torbiel trzustki	Nakłócie. Sączkowanie.	wyleczenie	
17.	W. J. Lissjański. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 1383	11 m.	Uraz. Kopnięcie konia w prawą połowę brzucha.	W 2 tygodnie w tej okolicy guz.	torbiel krwotoczny trzustki	Laparatomia. Oddźwiernik i dwunastnica na guzie. Wszycie w powłoki.	wyleczenie	

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Ojawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
18.	Richardson. *R. H. Fitz.* (Multilocular cystoms of the pancreas Ref w Centr f. Chir. 1900. str 1284.	M. 36 l.		Bóle tępe w okolicy lędźw. lewej rozprzestrzeniające się ku kręgosłupowi. Odbijania, nudności, wymioty rzadko, zaparcie stolca: uczucie ciężenia. W 3 m. guz w lewem podbrzuszu i nadbrzuszu okrągły, elastyczny, chełboczący.	torbiel trzustki	Laparatomia, nakłócie, wyłuszczenie.	wyleczenie z przetoka	Torbielak bujający. Tkanki trzustki nie wykazano.
19.	Bessel-Hagen. 1900. (Verhandl. der deutsch. Ges. f Chir. 1900. str. 681.	M. 31		Objawy zapal. otrzewnej. Wychudnięcie. W okolicy nadbrzusza guz silnie napięty, bardzo bolesny, szybko rosnący, sięgał na dół do pępka, ku górze, chował się pod łuk żebrowy.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel ze wszystkich stron przykryty i zrośnięty z żołądkiem. Nacięcie ścian żołądka i torbiela, lecz torbiel leżał na lowo poza tętnicą i żyłą żołądkosieciową i nie można go było przybliżyć do rany w powłokach. Częściowe wycięcie torbiela, wszycie jego w ranę powłok brz.	wyleczenie w dwa miesiące	
20.	J. Israel. (Deutsch. med. Woch. 1900. Nr 22. str. 353)	M. 51		Ogromne wychudnienie. Długoletnie od 14 lat zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W nadbrzuszu guz wielkości głowy, przykryty żołądkiem i poprzecznicą.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel zrośnięty z tylną ścianą żołądka i okrężnicą. Zaszycie rany. W 12 dni nakłócie przez powłoki i żołądek do torbiela i wypuszczenie płynu.	wyleczenie	
21.	J. Israel. tamże.	Kob. 39		Bóle głowy, wymioty, bóle napadowe w okolicy żołądka, trwają oddawna. Przy badaniu w położeniu grzbietowem guz napięty, pod łukiem żebrowym, bardzo ruchomy, i zmieniający położenie swe przy innem ułożeniu chorego.	torbiel trzustki	Laparatomia. Torbiel na lewo i zewn. wielkiej krzywizny żołądka. Oddzielenie na tępo okrywającej sieci żołądka i wyłuszczenie guza.	wyleczenie	W czasie operacyi stwierdzono: torbiel ruchomej trzustki. Mikroskop: w worku torbiela resztki tkanki gruczołowej trzustki. W płynie fermenty: dyastatyczny i emulgowania tłuszczów.
22	J. Israel. tamże.	Kob. 35		W przerwach 5-6tygodni występ dreszczy, gorączka, bóle napadowe w okolicy żołądka i po obu str. kręgosłupa, trwające kilka dni, poczem przerwa. W lewem podbrzuszu guz o napiętej, gładkiej powierzchni, nie chełboczący, nie stojący w związku ani ze śledzioną ani z nerką, ruchomy przy oddechaniu.	torbiel trzustki	Laparatomia. Zrosty z poprzecznicą. Nacięcie. Wszycie ścian torbiela z raną powłok.	wyleczenie	Płyn brunatny, gęsty, nie zawiera żadnego fermentu.
23.	J. Israel. tamże.	Kob. 23		Od pięciu lat od czasu do czasu krwawe żołądkowe wymioty. Od 1/2 r. stałe uczucie ucisku w nadbrzuszu, ból w okolicy kręgosłupa i wymioty. W nadbrzuszu na lewo. guz kulisty, przy oddechaniu ruchomy.	torbiel trzustki	Laparatomia. Dwuczasowe nacięcie i wszycie ścian z raną powłok brzusznych.	wyleczenie	Płyn brunatny czarny a w nim ferment dyastatyczny.
24.	Hahn. (1899). *Seefisch.* Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1901 59 Bd. str. 152.	M. 40		Od miesiąca przypadłości żołądkowe: uczucie ucisku w okolicy żołądka. W nadbrzuszu guz wielk. głowy dziecka, przy oddechaniu porusza się; nie stoi w związku z wątrobą, śledzioną ani nerką; nad guzem żołądek i poprzecznica.	torbiel trzustki	Po powrocie do domu z jazdy konnej nagłe osłabienie, silne bóle brzucha i gwałtowna biegunka. Na drugi dzień nigdzie guza wyczuć nie można a chory zdrów. (Samoistne wyleczenie).	—	
25.	detto	M. 12	Przejechanie, stłuczenie klatki piers. krwot. do klat piers. stłucz nerek.	W 6 tygodni po urazie wypuklenie w nadbrzuszu, pluskanie; przy głębokiem macaniu chełbotanie; udzielone tętnienie.	torbiel trzustki urazowy (*Pseudocyste*).	Laparatomia. Otwarcie torbiela i wszycie ścian w ranę powłok brzusznych.	wyleczenie	Płyn wodojasny, a w nim wszystkie 3 fermenty trzustki.
26	V. Subbotič. D. Zeitschr f. Chir. 1901. Bd. 59. str. 197.	Kob. 27	Stłuczenie w okolicy lewego łuku żebrowego.	W krótce po stłuczeniu zauważyła guz. W 2 lata w lewem podbrzuszu guz wielkości głowy dziecka, o powierzchni gładkiej, o wypuku stłumionym, nieco ruchomy, okazujący chełbotanie. Żołądek i poprzecznica leża przed guzem.	torbiel trzustki (*haemorrhagica*).	Laparatomia. Nakłócie, nacięcie i wszycie.	śmierć z zapal. otrzewnej	Sekcya: *pancreatitis chron. indur.* W głowie trzustki 2 torbiele wielkość jaja gołębiego, o cieczy gęstej, śluzowej, torbiel duży między ogonem trzustki a żołądkiem, za pomocą 2 przetok drożnych w związku z ogonem trzustki.
27.	Helferich. *Greisch.* Ref. w Centr. f. Chir. str. 343. — 1901.	Kob. 46		Żółtaczka; guz woreczka żółciowego (*ectasio*).		Laparatomia: torbiel głowy trzustki, który uciskał na przewód żółciowy. Nacięcie, wszycie.	wyleczenie	
28.	G. Barling. (Ref. w Centr. f Chir. 1901. str. 391.	—		Objawy kamicy żółciowej. Operacya; kamyków nie znaleziono. Sączkowanie woreczka żółciowego. W krótkim czasie potem w górnej części brzucha guz.	—	Laparatomia; torbiel trzustki, nacięcie, wszycie i sączkowanie.	wyleczenie	
29.	Schucchardt. *J. Sturck.* Beitr. zur klin. Chir. 19 1 Nr 29 str. 713.	Kob. 47		Od roku bóle w okolicy żołądka. W nadbrzuszu guz wielkości pięści, chełboczący, przy silniejszym ucisku znika a w jakiś czas pojawia się na nowo	Guz zaotrzewnowy	Laparatomia. Wyłuszczenie. Tamponada.	wyleczenie	Mikroskop: torbiel bujający trzustki.

L. p.	Operator	Płeć R.	Etyologia	Objawy ogólne i miejscowe	Rozpoznanie	Operacya	Zejście	UWAGI
30.	Schucchardt. *J. Starek* Beitr zur klin Chir 1901. Nr. 29. str. 713.	Kob. 29		Od 5 lat guz poniżej pępka. Od 5 dni objawy zapalenia otrzewnej. W okolicy pępka guz torbielowaty, kulisty.	torbielak jajnika	Laparatomia. Torbiel trzustki zrośnięty z żołądkiem i poprzecznicą. Wyłuszczenie torbiela resekcya żołądka i okrężnicy.	zapalenie otrzewnej	Mikroskopem wykazano: pierwotny mięsak trzustki.
31.	Jaboulay. Ref. Centr. f. Chir. 1902. Nr. 1.	Kob. 16		—	torbiel trzustki	Wyłuszczenie? (nie podano).	wyleczenie	W płynie wszystkie własności soku trzustkowego. Mikroskop. Komórki przybłonkowe rozmaitego kształtu, między niemi liczne wybroczyny. Guz torbielowaty przybłonkowego pochodzenia.
32	Pels-Leysden. Ref. Centr. f. Chir 1902. Nr. 15.	Kob.		Żółtaczka Guz z objawami ucisku na żołądek i wątrobę. Duszność. Nadto gruźlica płuc.	torbiel trzustki	Laparatomia. Nacięcie, wszycie w powłoki. Polepszenie Ale wnet powstał nowy torbiel w worku sieciowym. Nacięcie, wszycie.	—	Sekcya: *tuberculosis pulmonum. Peritonitis univers. adhaesiva. Pancreatitis chron. fibrosa. Gangraena pancreatis.* Torbiel wychodził z głowy trzustki.

Nadto Robson w wykładzie „O chirurgii trzustki“, podczas XIII Zjazdu lekarskiego w Paryżu (1900) wspomina, że 5 razy operował torbiel trzustki a to: 4 wycięcia, z tego 3 z wyleczeniem, raz ze śmiertelnym wynikiem a raz wyłuszczenie z wyleczeniem. Wliczając do tego nasz przypadek, mamy 38 przypadków ogłoszone po wyjściu dzieła Körtego.

(C. d. n.).

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego *(favus)*.

Podał

Dr. J. T. Lenartowicz.

W chorobach skórnych pasorzytniczych, których istotną przyczynę chorobową stanowią pasorzyty zwierzęce lub roślinne, niepoślednie miejsce zajmuje strupień woszczynowaty *(favus)*, tak z powodu swego długiego przebiegu, częstokroć trwającego całe lata, jakoteż i dla trudności leczenia, oraz wyjątkowego, zbaczającego od zwykłego typu umiejscowienia. W tym ostatnim właśnie kierunku w ostatnich latach napotykamy dość liczne opisy kazuistyczne, które rzucają na tę chorobę nowe światło i znacznie rozszerzają dawne na nią poglądy.

Nim jednak przejdę do spostrzeżeń nowszych, bardziej szczegółowych i raczej wyjątkowych, niż ogólnych, pozwolę sobie przytoczyć choć w krótkości charakterystyczne cechy, właściwe tej chorobie, aby następnie tem wyraziściej uwydatnić to, co od typu ogólnego w niej zbacza i co nas uprawnia pomimo zatartego obrazu choroby do twierdzenia, że mamy do czynienia z strupniem woszczynowatym.

Od czasu Schönleina, który w roku 1839 wykazał w tarczkach woszczynowych *(scutula favosa)* obecność pasorzyta z rodzaju grzybów i nazwał go *achorion*, nikt nie wątpi, że tam, gdzie w zmianie chorobowej znajdujemy tego pasorzyta, tam rozpoznanie strupnia woszczynowatego nie może ulegać najmniejszej wątpliwości. Obecność zatem tego pasorzyta byłaby główną i niezbitą cechą, od której dotąd przynajmniej niema wyjątku, a wszelkie cechy dawniej uważane za pierwszorzędne i główne, dziś już mogą mieć tylko drugorzędne znaczenie. Ze przyczyną chorobową strupnia woszczynowatego jest grzyb, odkryty przez Schönleina, dowiedli tego liczni badacze, dowiódł tego szeregiem doświadczeń Gruby, który pasorzyta tego pierwszy dokładnie opisał i znacznie rozszerzył spostrzeżenia odkrywcy. Do tego samego wyniku doszli i inni badacze, że wymienię tylko nazwiska takie, jak: Král, Pick, Besnier, Bennet, Bazin, Sabrazes, Constantin, Remak, Unna, Neebe i inni.

Badacze ci zajmowali się po części stroną praktyczną i doświadczalną tego przedmiotu, przeprowadzając dowody, popierające słuszność twierdzenia Schönleina przez przeszczepianie wspomnianego grzyba na ludzi i zwierzęta (Král i Pick), po części zaś badali samego pasorzyta, wyróżniając jego dość liczne gatunki (Unna, Neebe, Sabrazes, Constantin), lub wreszcie, jak Král i Pick, starali się założyć jego czyste hodowle. I można słusznie powiedzieć, że dziś już posiadamy aż nadto obszerne wiadomości o pasorzycie, odkrytym przez Schönleina: są one dla celów praktycznych zbyteczne może, lecz ze względów naukowych niezmiernie ciekawe, bo zmierzają do rozklasyfikowania licznych jego gatunków i do wykazania, że pewne cechy chorobowe wywołuje tylko pewien gatunek pasorzyta, a inne, nieco odmienne, inny jego gatunek. I tak Král rozróżnia trzy jego odmiany, inni, jak Unna i Neebe — aż dziewięć. Prace te jednak i doświadczenia, choć zbyt daleko idące, rozświetliły znacznie zakres wiadomości naszych o sposobie szerzenia się tej choroby. I tak Bodin [1]), w monografii swej o strupniu woszczynowatym, przyjmuje trojakie źródło rozszerzania się tej choroby, a mianowicie: 1) z ludzi na ludzi (najczęstsze); 2) ze zwierząt na ludzi (mniej częste) i wreszcie 3) drogą saprofitów (najrzadziej).

Co do pierwszego źródła, to zauważyć należy, że przeniesienie choroby może być bezpośrednie, wprost z człowieka chorego na zdrowego, pozostającego w stałej styczności z chorym na strupień woszczynowaty, albo drogą pośrednią, przez używanie przedmiotów, którymi posługiwał się chory, a więc przez używanie wspólnych grzebieni, szczotek do włosów, nakryć głowy itp. Czynnikiem usposabiającym w wyższym stopniu jest jakakolwiek, choćby najdrobniejsza ranka na skórze, przez którą zakażenie najłatwiej przychodzi do skutku. Wspomnieć przytem należy, że pewne osobniki okazują jakąś szczególniejszą, jakby wrodzoną odporność tak, że mimo najjawniejszego i trwałego narażania się nie ulegają zarażeniu. Sabouraud wspomina o przypadku, w którym kobieta, żyjąca z mężem, dotkniętym strupniem woszczynowatym, od lat 14-tu, mimo tak łatwej sposobności zarażenia się, pozostała zawsze wolną od tej choroby. Bijącym w oczy

[1]) Bodin: Favus. La Pratique dermatologique, 1901. Tome II.

jest również fakt małej stosunkowo zaraźliwości pasorzytem Schönleina przy tak obfitej ilości pasorzytów, jakie w nieprzeliczonej mnogości napotykamy na skórze n. p. głowy w zwykłych przypadkach strupnia woszczynowatego. Bodin n. p. przyjmuje, że według jego statystyki jedno dziecko w szkole zakaża najwyżej 4 do 5 ciu. Ztąd też wyłania się przypuszczenie, że prócz warunków bezpośredniego, czy pośredniego przeniesienia grzyba, muszą być jeszcze jakieś szczególniejsze usposobienia skóry samej, a te niektórzy chcą upatrywać w jej mniej lub więcej dla rozwoju *achorion* odpowiednim składzie wydzielin.

Mniej częstem źródłem zarażenia się, jak już zaznaczyliśmy wyżej, są zwierzęta. I tu doświadczenia drogą przeszczepiania i dokładne spostrzeżenia wykazały, że chorobie tej ulegać mogą zwierzęta takie, jak pies, kot, królik, mysz, szczur i kura. Od zwierząt tych, choć stosunkowo rzadko, zarazić się może człowiek. Ta jednak droga mniej jest częsta, a to z tej przyczyny, że gatunki grzyba tych zwierząt różnią się niektóremi cechami i wymaganiami biologicznemi i do rozwoju swego potrzebują pewnego określonego gatunku zwierzęcia. Bodin n. p., opierając się na wykazach statystycznych innych badaczy, utrzymuje, że na 100 przypadków strupnia woszczynowatego zaledwie w 1 lub 2 można dojść do pewności zarażenia się od zwierzęcia, a i w tym razie niewiadomo dokładnie, czy zwierzę nie zaraziło się naprzód zarazkiem swoistym od człowieka, a później dopiero przeniosło chorobę na drugie indywiduum. Tu naturalnie mogłoby rzecz rozstrzygać tylko umiejętne badanie drobnowidowe z uwzględnieniem najdokładniejszem różnych odmian wspomnianego pasorzyta. Według Sabrazesa grzyb, wywołujący strupień woszczynowaty u kury *(epidermophyton gallinae)* wybitnie ma się różnić od gatunku opisanego przez Schönleina, a udzielającego się, jak wiadomo, człowiekowi.

Trzeciem najmniej pewnem źródłem zakażenia są saprofity *(origine saprophytique* Bodina), a do tego sposobu zarażeń odnieść należy wszystkie te przypadki, w których najdokładniejsze wywiady nie pozwalają wykazać dwu wyżej wymienionych źródeł. Teoretycznie rzecz biorąc, zarażenie tą drogą jest możliwe, bo jeśli pasorzyt chorobotwórczy żyje na ludziach i zwierzętach, a przytem szybko się rozmnaża, nie jest wykluczoną możliwość istnienia jego w postaci zarodników *(gonidia)* i poza ustrojem, w stanie wolnym, na razie utajonym. Ztąd drogą prostego przeniesienia mógłby się dostać na odpowiednie podłoże i dalej się rozwijać i bujać. Ale to są na razie tylko hipotezy, bo pozaustrojowego życia *achoriona* Schönleina dotąd nie znamy. Hipotezy te jednak zaspokajają na razie ciekawość naszą na punkcie etyologii w przypadkach niejasnych i skłaniają tylko do dalszych badań i poszukiwań. Ze względu na etyologię nadmienić również należy o pewnym stopniu skłonności, o czynnikach usposabiających do zarażenia. O jednym najmniej stanowczym, o pewnym specyalnym składzie wydzielin skóry, nadmieniliśmy wyżej, wyrażając przypuszczenie, iż możliwem jest tego rodzaju osobnicze usposobienie do strupnia woszczynowatego.

Pozostają do wymienienia jeszcze dwa czynniki, nierównie pewniejsze i ogólnie znane, a tymi są: wiek i warunki higieniczne skóry. Wiek odgrywa w tym względzie ważną rolę tak, że postawiono nawet dość ścisłą granicę, przyjmując wiek między 5 a 14 rokiem życia za najwięcej usposobiony do pojawiania się strupnia woszczynowatego, a niektórzy twierdzą, że ilekroć ma się sposobność widzieć strupień w latach późnych, należy uważać zarażenie za datujące się z dawnych lat, co przy długiem trwaniu choroby dziwić nie powinno.

Że od tej ogólnej reguły mogą zachodzić wyjątki, każdy zrozumie; ale wyjątki uważać zawsze należy za niezwykłe i rzadkie. I tak Widal widział strupień woszczynowaty u 6-tygodniowego dziecka, a Leloir u 83-letniego starca.

Higiena skóry, jak we wszystkich chorobach skórnych tak i tu odgrywa ważną rolę. Na strupień woszczynowaty zapadają zatem nierównie częściej ludzie, pozostający w złych warunkach higienicznych i nie mogący dbać o czystość skóry, odzieży, aniżeli ci, którzy przestrzegają zasad higieny skóry, używają częstych kąpieli i żyją wogóle w lepszych warunkach. W Paryżu na przykład, w szpitalu św. Ludwika, na 100 przypadków chorób skórnych przypada 8—10 przypadków strupnia woszczynowatego, podczas gdy w szpitalu w Rennes, gdzie zgłasza się ludność przedmieść i wsi podmiejskich, na 100 trafia się 50 i 65 przypadków strupnia woszczynowatego. U nas nierównie częściej napotykamy strupień woszczynowaty u ludności żydowskiej, niż u chrześcian, co znowu pozostaje w związku z zaniedbaną pieczą o czystość skóry u żydów. W Bośnii strupień woszczynowaty panuje prawie nagminnie (Glück). W Rumunii jest wprost klęską ubogiej ludności (Petrini de Galatz).

Tyle co do etyologii. A teraz chciałbym przypomnieć choćby pokrótce główne charakterystyczne cechy rozpoznawcze tej choroby. Wiadomo, że strupień woszczynowaty najczęściej, ale nie z reguły, występuje na owłosionej skórze głowy. Okres początkowy bez pomocy drobnowidu trudny do rozpoznania; niezmiernie rzadko dostaje się lekarzowi pod rękę już z tego powodu, że małe sprawia dolegliwości i niczem tak nie objawia się na zewnątrz, żeby chorzy zmuszeni byli szukać porady lekarskiej. Lekkie co najwyżej swędzenie, miejscowe zaczerwienienie skóry, i jeśli choroba odrazu zajęła większą przestrzeń, tu i ówdzie łatwe wychodzenie włosów. Jak widzimy, objawy nieznaczne, a jeśli dodamy do tego, że choroba ta nagabuje przeważnie osobniki warstw niższych o zaniedbanej higienie skóry, że najczęściej zajmuje część owłosioną skóry czaszki, gdzie zmiany te z natury rzeczy trudniej są dostrzegalne, nie zdziwi nas, że okres ten widzieć się daje stosunkowo tak rzadko. Zdarza się to chyba w klinikach, lub specyalnych oddziałach szpitalnych, gdzie chorzy codziennie od stóp do głowy ściśle są badani. W tym wczesnym naturalnie okresie rozpoznanie jest trudne, a chyba gruntowne zebranie wywiadów, wykazujące styczność z osobą, dotkniętą strupniem woszczynowatym, może naprowadzić na myśl trafną i prawdziwą. Zwłaszcza trudnem jest rozpoznanie w tych przypadkach, gdzie zmiany występują w postaci pęcherzyków, usadowionych dość gęsto obok siebie i tworzą razem koła, lub mniej-więcej zupełne ich odcinki. Nieznaczne przytem łuszczenie, tak częste na skórze głowy, w łączności z powyżej przytoczonemi zmianami może stanowić dość znaczne trudności rozpoznawcze. Wtedy lekarz może myśleć raczej o włosożreie niszczącym *(trichophyton tonsurans)*, niż o strupieniu

woszczynowatym. Rozstrzyga mikroskop. Już w tym bowiem okresie wykryć można z łatwością charakterystyczne dla strupnia woszczynowatego grzybnie i zarodniki. I ten właśnie okres, tak rzadko niestety spostrzegany, bardzo często poprzedza wybitne zmiany późniejsze, tak dalece, że niektórzy uważają je prawie za regułę, a Köbner nazwał je okresem liszajowym *(Herpetisches Vorstadium)*. Można je też niejednokrotnie widzieć i później w połączeniu ze zmianami dalej posuniętemi. Ale najczęściej zgłaszają się pacyenci już później, w pełnym rozkwicie tej choroby, lub miejscowymi objawami jej skutków (wyłysienie), jakby z gotowem rozpoznaniem. I wtedy w przypadkach typowych naturalnie widzimy obraz następujący: Włosy miejscami utraciły swój połysk naturalny, są ćme, jakby przypruszone pyłem, za pociągnięciem wychodzą łatwo i przeświecają tu i ówdzie wyłysieniem. Na szczycie głowy, na kościach ciemieniowych, rzadziej na potylicy, widzimy charakterystyczne tarczki woszczynowate *(scutula)* w postaci strupków wielkości i kształtu soczewicy, odosobnione lub zlane, a wtedy większe, jeśli są świeże, barwy siarczano-żółtej, gdy zaś dłużej trwały, barwy brudno-żółtej z odcieniem ciemniejszem, a gdy zmiany opisane zajmą znaczne przestrzenie i trwają długo, powstaje miejscowa bliznowata łysina i charakterystyczny, przez niektórych autorów często podnoszony, zapach mysi. Ze zmian tych najcharakterystyczniejsze i najwyraźniej za strupniem woszczynowatym przemawiające są naturalnie wspomniane dopiero tarczki. Dawniej przypisywano im niezmiernie ważne w rozpoznaniu znaczenie i póki nie znano pasorzyta, głównie na nich opierano rozpoznanie. Wszystko, co nie okazywało charakterystycznych tarczek woszczynowatych, to nie było strupniem. Dziś, jak zobaczymy niżej, jest to cecha wprawdzie niezmiernie ważna, ale nie nieodzowna.

Tarczka taka jest okrągła, lekko pólkolisto wyniosła, w środku przebita włosem i na szczycie okazuje nieznaczne zagłębienie. Uwolniona w obwodzie od podstawy, daje się łatwo wzdłuż włosa ściągnąć, a wtedy widzimy w jej miejscu lekkie zagłębienie barwy czerwonej o charakterze bliznowatym. Badana drobnowidowo na przekroju pionowym okazuje pewne uwarstwienie tak, że na powierzchni wolnej, zwróconej ku zewnątrz, możemy dostrzedz warstwę zrogowaciałego przyskórka, tuż pod nią warstwę dość jednolitą nieco ziarnistą (prawdopodobnie powstałą z rozpadłych komórek warstw głębszych), a niżej całe mnóstwo zarodników i grzybni pasorzyta Schönleina. Grzybnie te w postaci nitek długich, członowanych stanowią niejako główną treść całej tarczki, a w ułożeniu ich często widzieć można pewien system tak, że osi długie nitek przebiegają mniejwięcej równolegle, zdążając ku środkowemu punktowi tarczki. Prócz tego widzieć można i nitki, przebiegające w rozmaitych kierunkach.

Budowa mikroskopowa tarczek woszczynowatych wyjaśnia nam dobrze ich makroskopowe wejrzenie. Powiedzieliśmy, że tarczka trzyma się dosyć mocno swej podstawy, że dopiero uwolniona w obwodzie daje się łatwo zesunąć wzdłuż włosa. Przyczyną tego jest ten fakt, że grzyb rozwija się między warstwą zrogowaciałego przyskórka, a warstwą głębszą *(stratum lucidum)* i rozrasta pod osłoną tego przyskórka, niszczy komórki *stratum lucidum*, a dopiero gdy przyskórek nie wytrzymuje naporu od wewnątrz, pęka i wtedy całe masy grzybni i zarodników leżą na powierzchni, niczem nie osłonięte. Zagłębienie na szczycie tarczy tłómaczy się tem, że pasorzyt sięga głęboko i niszczy warstwy głębsze. Zniszczeniu więc wewnątrz tkanek odpowiada lekka wklęsłość na powierzchni. Tarczka jest przebita w samym środku włosem. I tu wytłómaczenie jasne. Pasorzyt przedewszystkiem usadawia się w torebkach włosowych, a ztąd dopiero rozrasta się, dążąc z jednej strony ku obwodowi do koła włosa, z drugiej zaś nadziewa poprostu włos sam. Tem rozluźnieniem poszczególnych warstw włosa, rozdzieleniem ich, tłómaczy się właśnie ta ćma barwa, jakby przyprószonych zmienionych chorobowo włosów.

I tu ważna jest różnica mikroskopowa i makroskopowa w wejrzeniu włosów, zajętych strupniem woszczynowatym, a tych, które schorzały skutkiem liszaja wyłysiającego. Podczas gdy *achorion* skutkiem zajęcia włosa wzdłuż nie osłabia go tak, by się stał łamliwym i kruchym, włosozrost niszczący *(trichophyton tonsurans)* zajmuje włos głównie wszerz i staje się powodem jego nadmiernej kruchości. Włosy zatem w strupniu woszczynowatym, jakkolwiek są chorobowo zmienione i tkwią słabo w skórze, nie są nigdy połamane i kruche.

Łatwość wychodzenia włosów za pociągnięciem tłómaczy się z jednej strony rozpulchnieniem cebulek włosowych, powstałem skutkiem zadrażnienia i przekrwienia, a dalej gorszymi warunkami odżywienia skutkiem ucisku, jaki wywierać muszą wprost mechanicznie całe masy grzybni i zarodników.

To byłyby główne cechy i ich wytłómaczenie w przypadkach typowych. (Dokończenie nastąpi)

III. Oceny i sprawozdania.

W sprawie opieki nad umysłowo chorymi.

I.

Z powodu odbycia się XXXIII-go Zjazdu południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich w r. 1902 w Stuttgarcie, miejscowa gazeta lekarska, „Medicinisches Correspondenz-Blatt“, wydała specyalny numer, poświęcony wyłącznie przedstawieniu dziejów i stanu obecnego — opieki nad umysłowo chorymi w Wirtembergii[1]). Ze względu na aktualność tej sprawy i u nas nie będzie może rzeczą zbyteczną, gdy streszczę pokrótce ważniejsze fakty, zawarte w tej publikacyi.

Pierwszy publiczny Zakład dla obłąkanych w Wirtembergii powstał w Ludwigsburgu w roku 1749, na mocy rozporządzenia księcia Karola, wydanego w r. 1746. Rozporządzenie to opiera na dwóch względach potrzebę założenia rządowego zakładu dla umysłowo chorych: 1) na zapewnieniu publicznego bezpieczeństwa i ulżenia rodzinom i gminom, na których dotąd spoczywał ciężar opieki nad umysłowo chorymi, — tudzież 2) ze względu na dobro samych pacyentów, którzy lepszej mogą doznawać opieki w zakładach, wyłącznie na ten cel przeznaczonych, aniżeli w domach prywatnych. Ten pierwszy zakład dla obłąkanych, nazwany urzędowo domem waryatów, nie otrzymał odrazu charakteru samoistnego zakładu lekarskiego. Przydzielony został zarządowi miejscowego więzienia, domu pracy i domu sierot. Te ostatnie instytucye miały zaspakajać wszelkie gospodarskie potrzeby zakładu. Do dozorowania nad chorymi powoływani byli więźniowie z domu karnego. Kierownik zakładu obowiązany był znosić się we wszystkich sprawach,

[1]) Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württenbergischen ärztlichen Landesvereines Bd. LXXII. Nr. 44.

dotyczących pacyentów, z okolicznym proboszczem i fizykiem. Zakład podlegał nadzorowi specyalnej komisyi w Stuttgarcie, złożonej, jak się zdaje, z wyższych urzędników. Podania o przyjęcie do zakładu musiały być wnoszone na ręce panującego, a przekazywane były do opinii wspomnianej komisyi. Ta zaś zbierała informacye o pacyencie u władz rządowych i duchownych, tudzież u fizyka — tej okolicy, z której pacyent pochodził. Co się tyczy postępowania z chorymi, to pomoc lekarska miała miejsce tylko w przypadkach schorzeń cielesnych; a — jako środek przeciw chorobie umysłowej — nakazano z góry codzienne odbywanie z pacyentami modlitwy. Odosobnianie i wszelkiego rodzaju środki przymusowe były stosowane w mierze nieograniczonej. Zbytnio też się dziwić nie należy, że zakład dla obłąkanych zyskał sobie wśród ludności opinię przybytku grozy, i że niewielką liczbą chorych, bo przeciętnie około 15 rocznie, wykazać się był w stanie.

W roku 1811-tym na mocy rozporządzenia króla Fryderyka zakład dla obłąkanych został przeniesiony z Ludwigsburga do Zwiefalten, gdzie na ten cel przeznaczono dawny gmach poklasztorny. Z biegiem czasu zakład dla umysłowo chorych staje się coraz samoistniejszą instytucyą lekarską. Przez to przeniesienie usunięta została łączność zakładu z domem karnym. Do doglądania chorych zaprzestano używać więźniów. Dopuszczono znaczny wpływ lekarski. Plany przebudowy gmachu poklasztornego na zakład dla obłąkanych ułożone zostały pod okiem nadwornego lekarza. Ustanowiony został w zakładzie stały tak zw. chirurg, a sam zakład poddany został nadzorowi lekarza specyalnego, który atoli nie był ograniczony w swej działalności li tylko do zakładu, gdyż zajmował się także praktyką lekarską w okolicy. Zakład urządzony został tak, aby mógł służyć celom leczniczym, miał obszerne przestrzenie do spacerów na świeżem powietrzu, posiadał urządzenia kąpielowe, łaźnie itd. Zarząd zakładu pozostał jednak jeszcze nie w rękach lekarskich. Dopiero w roku 1838 dyrektorem zakładu mianowany został lekarz, a w 1844 dozór nad zakładem poddany został istniejącej już od pewnego czasu przy ministerstwie komisyi zawodowo-sanitarnej. Zakład ten rozwijał się stale i był parokrotnie powiększany tak, że obecnie liczy do 550 łóżek. Powiększanie zakładu w Zwiefalten nie zdołało zaspokoić ciągle wzrastającej liczby zapotrzebowań. To też sfery rządzące uczuły się zniewolone do wybudowania nowego zakładu, który też został otwarty w r. 1834 w Winnenthalu, w gmachu zamku, należącego niegdyś do jednego z zakonów. Zakład ten uważany jest przez wirtemberskie sfery psychiatryczne za pierwszy wirtemberski psychiatryczny zakład leczniczy; — wyżej bowiem przedstawiony zakład w Zwiefalten uważany był, szczególniej w pierwszej połowie jego istnienia, za zakład opieki *(Pflegeanstalt)*, a nie za zakład leczniczy *(Heilanstalt)*. Dyrektorem zakładu w Winnenthal mianowany został od początku lekarz, tudzież dozór nad zakładem powierzony został specyalnej komisyi lekarskiej, złożonej z wyższych urzędników lekarskich państwa. Tej to komisyi, jak wspomnieliśmy, powierzony został następnie dozór także i nad zakładem w Zwiefalten. Podania o przyjęcie do zakładu wnoszone być musiały do tej komisyi, w nagłych atoli przypadkach załatwiane być mogły li tylko przez dyrektora zakładu. — Zakład, urządzony według pierwszorzędnych ówczesnych wzorów, rozwijał się znakomicie przez przeciąg lat kilkunastu i zyskał opinię jednego z pierwszych zakładów w Niemczech. Z latami ulegał przebudowom i powiększeniu tak, że z pierwotnej liczby 200 łóżek doszedł w roku 1900-tym — ponad liczbę 340. Atoli liczba zgłoszeń wzrastała w daleko szybszem tempie. To też już w kilkanaście lat po otwarciu zakładu w Winnenthal uczuwać się dotkliwie dawało przepełnienie tak w tym zakładzie, jak i w zakładzie w Zwiefalten. Przepełnienie to, a co zatem idzie i utrudnienie prawidłowej czynności zakładu, rosło z roku na rok. Atoli obecnie sfery rządzące nie okazały się dbałemi o sprawę opieki nad umysłowo chorymi. Zamiast przystąpić do budowania nowych zakładów, albo do powiększenia na większą skalę zakładów istniejących i wprowadzenia w nich odpowiednich reform, — wzięto się na sposób taki, że zaczęto zawierać umowy z zakładami prywatnymi, które za pewną dopłatą od rządu zgodziły się na przyjmowanie chorych z zakładów państwowych. Doszło do tego, że w roku 1892-gim liczba chorych, umieszczonych za dopłatą od rządu w zakładach prywatnych przewyższyła liczbę chorych, będących w obu zakładach państwowych. Stan ten oczywiście musiał wreszcie być uznany za niemożliwy. To też sfery rządowe zdecydowały się nareszcie na urządzenie nowego (trzeciego) państwowego zakładu dla obłąkanych, który też na 300 łóżek otwarty został w r. 1875 w Schussenried i również w zabudowaniu poklasztornem. Powstanie tego zakładu usunęło na pewien czas przepełnienie w istniejących zakładach państwowych i w ten sposób umożebniło zaprowadzenie wszelkiego rodzaju ulepszeń i rozszerzeń. Również i sam nowy zakład po kilku latach został powiększony, w roku 1893 założoną została przy nim kolonia gospodarczo-rolnicza, pierwsza przy państwowych zakładach w Wirttembergii. Atoli z wybudowaniem zakładu w Schussenried nie o wiele zmniejszyła się liczba chorych, umieszczonych za dopłatą rządową w zakładach prywatnych. Ażeby temu radykalnie zaradzić, zdecydowano się wybudować nowy zakład w Weissenau na 500 łóżek, który też w r. 1892 został otwarty. I tym razem obrócono na ten cel dawny klasztor. Równocześnie, ulegając względom na wymagania nauki uniwersyteckiej, wybudowano w roku 1893 przy uniwersytecie w Tybindze klinikę psychiatryczną na 120 łożek. Powstanie tych dwóch zakładów radykalnie wpłynęło na usunięcie przez dłuższy czas przepełnienia w zakładach dla obłąkanych. Obecnie w zakładach państwowych znajduje się 1820 łóżek, oczywiście zajętych. Znaczny ruch powstały w ostatniem dziesięcioleciu ubiegłego stulecia w publicystyce, skierowany przeciwko zakładom dla obłąkanych, — miał ten wynik dodatni, że usposobił przychylnie sfery rządzące pod względem łożenia na potrzeby zakładów i bliższego zaopiekowania się nimi. To też we wszystkich zakładach zaprowadzone zostały urządzenia, odpowiadające obecnym wymaganiom, jak kolonie gospodarcze, urządzenia kąpielowe itd. Sprawy zakładów psychiatrycznych oddane zostały do referatu specyalnie wykwalifikowanemu psychiatrze; w ministerstwie omawiane bywają sprawy z zakresu praktycznego na zebraniach dyrektorów wszystkich zakładów. Wreszcie przy miejskim szpitalu w Stuttgarcie powstał oddział dla umysłowo chorych, tudzież przystąpiono do budowy 6-go państwowego zakładu dla obłąkanych. Zakład ten, obliczony na 500 łóżek, jest budowany według systemu pawilonowego w pobliżu Weinsbergu. Koszta budowy obliczone na 3 miliony marek.

Tak przedstawia się stan opieki państwowej nad umysłowo chorymi w królestwie Wirtemberskiem. Poza tem istnieje kilka zakładów prywatnych, większe w Göppingen, Rottweil, Pfullingen, i kilka mniejszych, — tudzież kilka prowadzonych głównie przez instytucye religijno-dobroczynne, zakładów dla epileptyków i idyotów. Państwowa opieka nad tymi chorymi w Wirttembergii dotąd nie istnieje, — a w związku niemieckim została zapoczątkowana dopiero przez rząd pruski w roku 1891.

II.

Z historyi opieki nad umysłowo-chorymi w państwie Wirtemberskiem zasługują na podkreślenie przedewszystkiem dwa rysy: Pierwszy — to stopniowe dążenie rządu do zamieniania dawnych zamków, klasztorów i t. p. już gotowych zabudowań na zakłady dla umysłowo-chorych, przez co bywają zaoszczędzone znaczne sumy. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że wydatki na zakłady dla obłąkanych w przeważnej części nie bywają zwrócone społeczeństwu, gdyż przebywający w tych zakładach, — to jednostki po większej części stracone bezpowrotnie dla społeczeństwa, — przyznać na-

leży rządowi słuszność, że dąży do zmniejszenia sobie kosztów opieki nad umysłowo chorymi, — a to tembardziej, że system ten pozwala rządom tem więcej ulepszyć samą opiekę nad obłąkanymi.

Drugi rys charakterystyczny, jaki wynika z dziejów wirtemberskich zakładów dla umysłowo chorych, — to zakładanie większej liczby zakładów mniejszych. Jest to poczęści umożebnione wspomnianem urządzaniem zakładów dla umysłowo chorych w gotowych już zabudowaniach Innym względem, który w tym kierunku był miarodajnym, było usiłowanie, aby zakłady znajdowały się we wszystkich częściach kraju, co stanowi pewne ułatwienie dla miejscowej ludności. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w obecnych czasach łatwego połączenia kolejowego wzgląd ostatni traci na swej doniosłości. A nadto w razie budowania zakładów większych, koszta budowy są stosunkowo znacznie niższe, jak również i koszta utrzymania zakładów, aniżeli to ma miejsce w razie budowania większej liczby zakładów mniejszych.

W dziejach rozwoju wirtemberskich zakładów dla obłąkanych widzimy dalej ten sam fakt niezwykle wzrastającej potrzeby budowania nowych zakładów, jaki spotykamy obecnie we wszystkich krajach. Istniejące zakłady wszędzie są przepełnione i niemal nadążyć nie można z budowaniem nowych, aby zapobiedz krzyczącemu przepełnieniu. Nie od rzeczy będzie, jeśli przytoczę tu wyniki obrad nad sposobem zapobieżenia przepełnieniu w zakładach dla obłąkanych, jakie miały miejsce przed kilkunastu laty na zebraniu związku niemieckich psychiatrów w Monachium [2]). Podniesiono tam, że przedewszystkiem należy usuwać z zakładów dla obłąkanych chorych nieuleczalnych, spokojnych, w równej mierze nieuleczalnych i cieleśnie, np. porażonych w dalszych okresach choroby. Chorzy ci powinni być umieszczeni bądź to w szpitalach ogólnych, bądź też w specyalnych zakładach dla nieuleczalnych. Podobnież powinni być usuwani z zakładów dla obłąkanych — padaczkowi, idyoci, umysłowo chorzy przestępcy i włóczęgi, tudzież alkoholicy. Dla chorych każdej z tych kategoryj należy budować odrębne zakłady. Opiekę nad padaczkowymi i idyotami, będącą głównie w rękach prywatnych, powinny podjąć nareszcie państwa i budować odrębne zakłady dla chorych tej kategoryi. Zakłady dla przestępców chorych umysłowo mogłyby być budowane przy gmachach więziennych. Zakłady dla chorych umysłowo włóczęgów mogłyby powstawać przy domach poprawy. Alkoholików należy umieszczać bądź w zakładach specyalnych, bądź w zakładach dla nerwowo-chorych.

Trzecia reforma, którą zebranie monachijskie uznało za ze wszech miar pożądaną dla sprawy opieki nad umysłowo-chorymi, — to zakładanie kolonij gospodarczych. O doniosłości jej — rzecz zbyteczna rozwodzić się. Jeszcze w roku 1867 pisał Dr. Koster w czasopiśmie „Der Irrenfreund“ [3]), że myśl zakładania kolonij jak najlepiej przyjmuje się i okazuje w praktyce jak najlepsze wyniki. To tylko wypada zaznaczyć, że potrzebie zdaje się więcej odpowiadać zakładanie kolonij tuż przy zakładach, — a to głównie ze względu na to, że wielu pracujących w koloniach w razie pogorszenia się ich stanu chorobowego potrzebuje opieki ściśle zakładowej. Do kolonij nadają się: 1) chorzy, będący na wyleczeniu, dla wypróbowania, czy mogą sami sobie w życiu dać radę, boć w koloniach tych mają dużo samodzielności; 2) umysłowo chorzy nieuleczalnie — a zdrowi cieleśnie — w celu możliwego uchronienia ich od dalszego zaniku, jaki łatwiej występuje w zakładzie zamkniętym.

Dodać trzeba, że jak to zauważa w rozprawie swej Dr. Voppel [4]), do kolonialnych zajęć w polu nadają się głównie pacyenci-wieśniacy, którzy mają zamiłowanie do robót rolnych. Podobnież Dr. Voppel w pracy tej wskazuje na potrzebę odłączenia padaczkowych od reszty chorych, a to głównie ze względu na wrażenie, jakie na otoczenie wywierają napady padaczki.

Na omawianem zebraniu psychiatrów w Monachium zwracano jeszcze uwagę na dwa sposoby ulżenia przepełnionym zakładom publicznym dla obłąkanych, tak zw. opiekę rodzinną *(Familienpflege)*, tudzież na popieranie zakładów prywatnych. Co do umieszczenia spokojnych nieuleczalnych pacyentów przy rodzinach, to są pod tym względem dwa sposoby: powierzanie pacyentów ich własnym rodzinom i umieszczanie ich przy rodzinach obcych Przeciwko oddawaniu pacyentów spokojnych do dalszej pielęgnacyi ich własnym rodzinom nie da się wiele powiedzieć, pod warunkiem, że chorzy ci poddani zostaną w dalszym ciągu dozorowi lekarskiemu. W Badenie np. według słów Dra Schulego, fizycy zostali zobowiązani do pieczy nad takimi chorymi i do interweniowania w razie pogorszenia stanu pacyentów. Ten dozór ma dawać zadawalniające wyniki. Inaczej nieco rzecz się ma z umieszczeniem chorych przy rodzinach obcych. Przeciwko tej formie pielęgnacyi podniesiono na omawianym Zjeździe w Monachium nader poważne zarzuty. Ze względu na ważność sprawy przytoczę w przekładzie odnośne ustępy sprawozdania z obrad nad tym przedmiotem [5]). „Dr. Koster (dyrektor zakładu w Marsberg) czyni uwagę, że próby, jakie robiono z tą formą pielęgnowania, przyniosły wyniki opłakane. Umieszczono przy rodzinach wieśniaczych w otoczeniu zakładu chorych spokojnych, a za opiekę nad nimi płacono znaczne kwoty. Wszyscy — zmarnieli: jeden jeszcze jest przy życiu, ale jest zupełnie wyniszczony...

Dr Gudden podnosi, iż każdy dyrektor zakładu stwierdza, że większość chorych, którzy niedostatecznie wyleczeni musieli być wypuszczeni z zakładu, poza zakładem ginie szybko. Mowca zebrał najsmutniejsze pod tym względem doświadczenie. Pouczanie rodzin, jak się mają obchodzić z pacyentami, nie odnosi wielkich wyników. Opieka zakładowa jest najlepszą, a nawet daje chorym więcej swobody, aniżeli pielęgnowanie ich w rodzinach. Tego samego zdania jest inny mowca, — Dr. Binswanger“.

Co się tyczy usunięcia przepełnienia w publicznych zakładach dla obłąkanych — przez popieranie zakładów prywatnych, — myśl tę podniósł na omawianem zebraniu redaktor czasopisma „Allg. Zeitschrift für Psychiatrie“, Dr Laehr. Na jednem z posiedzeń berlińskiego Stowarzyszenia psychiatrycznego myśl swą szeroko wyłożył [6]).

Zakłady prywatne mogą przyjmować pacyentów zamożniejszych. Zakłady te bywają i taniej budowane i taniej administrowane, aniżeli publiczne, a nawet mogą być administrowane lepiej, gdyż w nich bywa łatwiejszy dobór personalu. Władze sanitarne powinny mieć dozór nad tymi zakładami, co zapobiegałoby możliwym nadużyciom. Za pewną dopłatą od rządu mogłyby zakłady prywatne przyjmować także i chorych niezamożnych, których państwowe zakłady pomieścić nie są w stanie. Myśl ta, jak widzieliśmy z przedstawienia dziejów opieki nad obłąkanymi w Wirtembergii, była tam stosowana w nader wielkim zakresie, a przecież sfery miarodajne przyszły do przekonania, że opieki nad umysłowo-chorymi państwo nie powinno wypuszczać ze swoich rąk.

Na zakończenie wspomnieć pragnę o sprawie dość żywotnej, jaką stanowi tak zw. system pawilonowy w budowaniu zakładu dla obłąkanych Że system ten ostatnimi czasy znajduje tu i owdzie gorętszych zwolenników, będzie przeto może właściwem, gdy przytoczę w przekładzie uwagi, jakie przed kilkunastu laty, przy sposobności budowania przez miasto Berlin zakładu dla obłąkanych, były wypowiedziane ze strony zawodowej [7]). Miasto Berlin wybudowało przedtem szpital systemem pawilonowym. Doświadczenie, na-

[2]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie u. psych.-gerichtl Medicin. 33 Bd. 1 Heft. Pag. 43–52.

[3]) Der Irrenfreund 1867. Nr. 9. Pag. 133.

[4]) Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 29. Pag. 270–315.

[5]) Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 33. Heft I. Pag. 43–52.

[6]) Zeitschr. f. Psych Bd. 33. Heft. III. Pag. 347.

[7]) Zeitsch. f. Psych. Bd. 33. Heft. I. Pag. 105.

byte w tym szpitalu, dało ważny materyał do oceny systemu pawilonowego.

„Nadzieje korzyści, przywiązywane do pawilonowego systemu w naszym szpitalu, jak to właśnie niedawno w sposób najwięcej przekonywujący wykazał na posiedzeniu berlińskiej Rady miejskiej radca sanitarny Dr. Cohn, — w zupełności nie ziściły się. Z drugiej strony zbytecznem jest chyba podnosić, jak niezwykle wzrosły koszta budowy tego szpitala właśnie wskutek systemu pawilonowego. Niemniej również nie potrzeba chyba szczegółowego dowodzenia, że koszta utrzymania szpitala, złożonego z całego szeregu pojedynczych i stosunkowo niewielkich budynków, muszą być znacznie większe, aniżeli koszta utrzymania szpitala, znachodzącego się w jednem wielkiem zabudowaniu. Do tego dołącza się nadto ta okoliczność, że dozór i zarządzanie są wysoce utrudnione tam, gdzie się ma do czynienia z wielu zabudowaniami, składającemi się na szpital. Atoli system pawilonowy przy szpitalach daje jedną niezwykle doniosłą korzyść, a mianowicie daje na przypadek epidemii na jednym z oddziałów możność łatwego odosobniania innych oddziałów szpitalnych. Do zakładu dla obłąkanych atoli korzyść ta nie odnosi się. Jednem z najgłówniejszych zadań w tych zakładach jest jak najściślejsze dozorowanie i obserwacya chorych, — a właśnie system pawilonowy zakładu wysoce to utrudnia i wymaga stosunkowo jeszcze więcej złożonego zarządu administracyjnego, tudzież jeszcze liczniejszego personalu do obsługi i dozorowania, aniżeli to ma miejsce w szpitalach tegoż (pawilonowego) systemu. Przytem nie podobna zresztą dopatrzeć jakiegokolwiek zasługującego na uwagę uzasadnienia wartości i korzyści systemu pawilonowego dla zakładów dla obłąkanych".

Rozumie się, że nie należy pojmować zbyt jednostronnie występowania przeciwko zasadzie stawiania większej liczby budynków. Tak np., jeżeli w danym zakładzie dla obłąkanych znachodzić się mają także chorzy, kwalifikujący się do odrębnych zakładów, jak np. padaczkowi, idyoci itp., — byłoby niezawodnie wskazanem umieszczanie takich chorych w zabudowaniach oddzielnych. Podobnież oddzielny budynek powinien być przeznaczony dla tych umysłowo-chorych, którzy równocześnie cierpią na jakąś zaraźliwą chorobę cielesną np. gruźlicę, dur itp.

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

Dr. W. Prausnitz — (Grac). **Physiologische und sozialhygienische Studien über Säuglings-Ernährung und Säuglings-Sterblichkeit.** (München 1902. J. F. Lehmans Verlag).

Autor, jako profesor higieny i kierownik zakładu dla badań środków spożywczych, podjął się rozwiązania tak ważnej kwestyi, jaką niewątpliwie jest docieczenie przyczyn znacznej chorobliwości i śmiertelności w pierwszym roku życia. A przyznać trzeba, że rzecz dobrze zapoczątkowana, bardzo dobre i na znacznym materyale statystycznym oparta dała wyniki. Przedewszystkiem na trojgu własnych dzieci, karmionych sztucznie, starał się autor wywnioskować ilość i objętość pokarmu, potrzebnego dla osesków w warunkach fizyologicznych i doszedł do przekonania, że ilość przyjmowanego przez oseska pokarmu nie powinna ulegać tak skrupulatnej kontroli, gdyż ustrój sam reguluje ilość pokarmu, potrzebnego do odżywienia, a ewentualnie nadwyżka sprowadza t. zw. fizyologiczne rozdęcie, które następnie ulega wyrównaniu. Przytem autor zbija zapatrywanie Pfaundlera co do pojemności żołądka, jako błędne, gdyż badanie jego przeprowadzone zostało na trupach; z tych doświadczeń też nie można wyciągać tak daleko idących wniosków co do ilości podawanego pokarmu, jak to uczynił Pfaundler. Następnie zwalcza Pr. zapatrywanie Heubnera, który oblicza ilość pokarmu, odpowiedniego dla danego oseska, według ilości kaloryj, zawartych w tymże pokarmie. Obecnie jednak, zdaniem autora, nawet w przybliżeniu podać nie można, czy osesek, w wieku tygodni *a*, o ciężarze ciała *b*, potrzebuje pokarmu w objętości *c*, o iloczynie energii *d*, tak, iż teorya ta utrzymać się nie może na obecnych słabych jeszcze podstawach.

Nader zajmującym jest rozdział następny, w którym autor podaje wahania w składzie prawidłowego i fałszowanego mleka krowiego, a mając sposobność badania mleka, pochodzącego z rozmaitych źródeł, ostrzega przed zwykłem szematyzowaniem pokarmu, przeznaczonego dla osesków. Mleko bowiem, otrzymywane z różnych źródeł, najrozmaitszy okazuje skład, a przytem najczęściej ulega fałszowaniu.

W ostatnim wreszcie rozdziale przedstawia autor na podstawie dat statystycznych, zebranych z większych miast, (Grac, Berno, Brunszwik, Solnogród i Tryest), o ile stan majątkowy rodziców może wpłynąć na zmniejszenie lub zwiększenie odsetka śmiertelności w pierwszym roku życia. I tu uwzględnia zarówno położenie majątkowe, jak i sposób żywienia, stan mieszkania, sposób zaopatrywania w wodę i t. d., a wynikiem tych badań jest ścisły związek, wykazany przez autora, między ubóstwem a wysoką śmiertelnością osesków z powodu chorób żołądkowo-jelitowych; źródła zaś tego objawu nie należy szukać w wynikach badań chemiczno-bakteryologicznych, lecz raczej zwrócić uwagę na wyżej wymienione przyczyny.

Streszczając to wszystko, śmiało powiedzieć można, że omówione dziełko wraz z dokładnemi tabelami, wzbogaciło w znacznym stopniu literaturę pedyatryczną, a tem większa należy się wdzięczność autorowi, że jako higienista podjął się mozolnego zadania i z podziwienia godną wytrwałością i z nadzwyczajną ścisłością badania swe przeprowadził. Przytem podnieść należy, że rzecz jasno przedstawiona i styl przejrzysty, a życzyćby należało, ażeby to cenne dziełko znalazło rozpowszechnienie w świecie lekarskim.

Dr. Jan Landau.

IV. Wyciągi.

Wachholz: **O nowej próbie płucnej.** (*Münchener med. Wochenschr.* Nr. 39. 1902). Z początkiem r. z. podał Dr. Placzek z Berlina nową próbę płucną, polegającą na różnicy ciśnienia manometrycznego w klatce piersiowej noworodków, których płuca oddechały lub nie oddechały. (p. ref. w „Przegl. lek." Nr. 12. 1902).

Doświadczenia Wachholza, dokonane w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim przy pomocy trójgrańca, poleconego przez Placzka, wykazały przedewszystkiem, iż wykonanie nowej próby płucnej wymaga większego nakładu dokładności i czasu, niż to ma miejsce przy wykonywaniu próby hidrostatycznej, a to z następujących powodów: Przy wkłówaniu trójgrańca w przestwór międzyżebrowy może trójgraniec skaleczyć płuco, co pociąga za sobą fałszywy wynik próby. Jeśli ma się do czynienia z zwłokami płodu niedonoszonego lub też zwłokami częściowo już gnilnie przeobrażonemi, to słabo rozwinięte mięśnie w pierwszym przypadku, lub też zmienione skutkiem gnicia, nie dają pewności, iż trójgraniec szczelnie otwór przez wkłócie zrobiony wypełnia, a tem samem powietrze do klatki piersiowej się nie dostaje, zwłaszcza, iż łączenia trójgrańca, poleconego przez Placzka, z manometrem powoduje nieuchronne jego ruchy, przez co pierwotny otwór ulega dalszemu rozszerzaniu, przyczem równocześnie powietrze, znachodzące się w górnej części trójgrańca, ulega uciśnięciu, co pociąga za sobą nawet znaczne wahania płynu w manometrze. W. poleca odpowiednią modyfikacyę trójgrańca, oraz posługiwanie się manometrem wodnym w miejsce poleconego przez Placzka manometru rtęciowego.

Obok już wymienionych ujemnych stron nowej próby płucnej, jakie wynikają z sposobu jej wykonywania, odnoszą się do niej wszystkie te zarzuty, które czynione są próbie płucnej Schreyera.

Dodatnie jej strony polegają na stwierdzonej badaniami czułości, oraz na fakcie, iż wykonanie jej nie wyklucza następowego wykonania próby hidrostatycznej. *H.*

Tubenthal. **Rana kłóta nerki.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45, 1902). Rany nerek należą do rzadkości; Küster zebrał w całem piśmiennictwie tylko 13 przypadków. W przypadku autora wyleciał z ręki jednego żołnierza bagnet, trafił drugiego w lewą stronę grzbietu i utkwił w częściach miękkich. Badanie wykazywało pod XI żebrem na grzbiecie ranę kłótą, do której wcho-

dziły kleszczyki na głębokość 5 ctm. Wysączkowano ją gazą jodoformową, a po pewnym czasie przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który polegał na tem, że ranę zewnętrzną rozszerzono, dostano się do nerki, w której stwierdzono blizko środka przebiegającą podłużną ranę. Ranę tę w nerce wysączkowano, sączek pozostawał tylko przez sześć dni, potem go wyjęto, następowo zeszyto ranę zewnętrzną, a po pięciu tygodniach żołnierz był zdrów i zdolny do służby. *B. Żmigród.*

Moszkowicz. **O podskórnem wstrzykiwaniu parafiny.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Cztery lata dobiega, jak metodę tę podał Gersuny i jak autor stwierdza, zyskała ona sobie prawo obywatelstwa. Praca niniejsza jest niejako uzupełnieniem i rozszerzeniem pracy podanej w „Klin. therap. Wochenschrift" 43, 1902, którą niedawno temu w streszczeniu podałem. Doświadczenie kliniczne trzech ubiegłych lat przekonało autora, że parafina nie ulega wessaniu; twierdzenie to popiera autor badaniami histologicznemi. Co do własności trujących parafiny, to tak spostrzeżenia M., jak i innych. wykazały, że dla człowieka wstrzykiwania te nie są zupełnie niebezpieczne; najnieprzyjemniejszą rzeczą w tem jest powstawanie zatorów, jeśli się parafinę wstrzyknie do żyły. W przypadkach Pfannenstiela i Leisera, w których powstały zatory, wstrzyknięto parafinę o punkcie topliwości 45° i 43°. a więc i ta parafina nie chroni przed wystąpieniem zatorów. Sposób wstrzykiwań, zabezpieczający od zatorów, podałem w poprzednim referacie z pracy tegoż autora. Najwięcej przypadków było leczonych z powodu nosa siodełkowatego; nie dziw też, że piśmiennictwo dotyczące wstrzykiwań parafiny w tym celu, jest dość znaczne (22 prac); autor dziwi się tylko, dlaczego autorowie, szczególnie francuscy, wstrzykują parafinę Ecksteina, z którą jest tyle zachodu, a nie wazelinę białą Gersunyego, chociaż ta się na zimno daje wstrzykiwać. Leczono nos siodełkowaty 28 razy: z przypadków tych najlepsze były wyniki tam, gdzie zapadnięcie jest na dolnym końcu kości nosowych, co się daje łatwo wyrównać, jeśli się skórę na grzbiecie nosa we fałd podniesie i wstrzyknie. W połowiczym zaniku twarzy leczono trzy przypadki z bardzo dobrym skutkiem. Co się tyczy wypełniania blizn po ospie, trzeba czekać jeszcze na udoskonalenie tej metody, obecnie polecić jej jeszcze nie można. W wypadnięciach pochwy i macicy wstrzykiwano parafinę dwa razy do tkanki łącznej obokmacicznej i podpochwowej z dobrym wynikiem, jednakże w obu przypadkach powstały zatory, które szczęśliwie przeszły. Powstanie ich tłómaczy M. tem, że wstrzyknięto parafiny za dużo, raz 30 ctm.^{3}, drugi raz 60 ctm.^{3}, oraz tą okolicznością, że okolica ta obfituje w żyły, w które łatwo trafić można. Poprawę uzyskano w trzech przypadkach rozszczepu podniebienia; metoda ta nadawałaby się jeszcze do zamknięcia bramy przepuklinowej w przypadkach, gdzie się nie da operować, a tu autor radziłby tylko parafinę wysokotopliwą. Czasami tworzą się po wstrzyknięciu parafiny guzy twarde, jeśli się ta nie rozejdzie dobrze; natenczas poleca autor sposób Gersunyego: wstrzykiwać mięszankę wazeliny i oliwy w stosunku 1: 4; po pewnym czasie oliwa ulega wessaniu, a wazelina się gładko i równo rozmieszcza. *B. Żmigród.*

Wachholz: **Samobójstwo przez otrucie wodą laurową. Uwagi nad połączeniami związków sinu z barwikiem krwi i o hematynie neutralnej.** (*Friedreich's Blätter für ger. Med.* 1902). Ilość wody laurowej, jaką denat wypił, wynosiła około 700 grm.; śmierć nastąpiła w 6—7 godzin po zażyciu trucizny. Przy sekcyi stwierdzono zapach gorzkich migdałów w czaszce, w zatokach żylnych krew jasno czerwoną. W żołądku stwierdzono około $^1/_2$ litra mleczno-białej treści, wydzielającej silną woń gorzkich migdałów, błona śluzowa żołądka była silnie nastrzykana i żywo czerwono zabarwiona. Ponadto wykazała sekcya gruźlicę płuc i krtani. Krew świeża, wzięta z innych zwłok, zamieniona zapomocą nadżelasinku potasowego na methemoglobinę, zmieniała po dodaniu kilku kropli przedestylowanej treści żołądkowej zabarwienie brunatnożółte, na żywo czerwone, okazując równocześnie widmo hemoglobiny sinowej.

W. przechodzi następnie pokrótce zapatrywania, jakie panowały nad połączeniami związków sinu z barwikiem krwi, wykazując słuszność w dawniejszej swej pracy podniesionego twierdzenia, iż związki sinu łączą się tak z hematyną, jak i z methemoglobiną, a względnie, w myśl ostatnich badań Zeyneka, z hemoglobiną.

Wreszcie omawia W. w kilku słowach hematynę obojętną Arnolda, która swego czasu była powodem szeregu artykułów w „Przeglądzie lekarskim". W myśl badań Formaneka. oraz Klaverena, jest hematyna neutralna trudno rozpuszczalną oksyhemoglobiną, różniącą się od oksyhemoglobiny mniejszą zawartością żelaza. *H.*

Berent. **Zapalenie kręgów podurowe.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Wiadomo, że w czasie zdrowienia po durze występuje zapalenie kości na tle prątków durowych, które się umiejscawiają najczęściej w kości goleniowej, w żebrach i w kości udowej; zapalenie to prowadzi nawet do zropienia i obumarcia kości. Podobnie ulega schorzeniu na temsamem tle i kręgosłup w części lędźwiowej, szczególnie w okolicy górnych kręgów lędźwiowych, chociaż czasem i górna część kości krzyżowej bywa zajętą. Zmiany anatomiczne polegają na zapalnym surowiczym obrzęku okostnej po wewnętrznej i zewnętrznej stronie kręgosłupa; obrzęk ten może przejść na sąsiedztwo i wywołać obrzmienie całej okolicy lędźwiowej. Rzadziej już występuje schorzenie kości, które może prowadzić do zropienia kości i następowego zapadnięcia kręgosłupa w tej części. Choroba ta powstaje w piątym tygodniu od wystąpienia duru, zwiastuje się bólami w krzyżach, trwającymi tydzień lub więcej, podczas którego to czasu prątki durowe dostają się do kręgosłupa. Jest to okres przedwstępny choroby, po którym w czasie od dwóch tygodni do dwóch miesięcy powstaje właściwe zapalenie kręgów podurowe. Objawia się ono bardzo znacznym bólem, szczególnie przy ruchach, zwiększającym się w nocy i przechodzącym czasem na kończyny dolne aż do palców stopy. Oprócz tego występuje sztywność kręgosłupa, często obrzęk części miękkich okolicy zajętej, czasem i sąsiedztwa; niesłychana wrażliwość na ucisk wyrostków kilku kręgów, co tę chorobę różni od zapalenia na tle gruźliczem, gdzie tylko schorzały krąg jest przy ucisku bolesny. Od nasilenia tych objawów zależy nasilenie objawów rdzeniowych, które się wyrażają bólami odśrodkowymi, rwącymi w kończynach dolnych, kurczami, zwiększeniem lub zmniejszeniem odruchu kolanowego; zaburzenia czuciowe należą do rzadkości. Chorobie tej towarzyszy gorączka, która czasem przekracza 40°, chociaż po dwudniowem trwaniu może opaść do 36°, a może także trwać tygodniami. Rokowanie jest dobre, jakkolwiek wskutek zniszczenia trzonu kręgu może przyjść do zapadnięcia się kręgosłupa i wytworzenia się garbu w części lędźwiowej. Rozpoznanie jest dość łatwe: wywiady wskazują nam przebyty dur brzuszny; mamy objawy zapalenia kręgosłupa, a więc rozpoznać nie trudno. Schanz słusznie radzi pytać w każdem zapaleniu kręgów o przebyty dur brzuszny. Leczenie zapobiegawcze polega na unikaniu wszystkiego, coby mogło spowodować jakiekolwiek uszkodzenie kręgosłupa. Chory powinien powoli zacząć wstawać, chodzić i ze dwa miesiące fizycznie ciężko nie pracować. Leczenie polega na unieruchomieniu kręgosłupa przez podłożenie poduszki pod krzyże i leżenie na wznak; dalej okład lodowy lub przyrząd Leitera na miejsca bolesne; wewnętrznie środki przeciwgorączkowe. W przypadkach, gdzie przychodzi do zniszczenia kości, leczenie wymaga ustalenia kręgosłupa. *B. Żmigród.*

Hahl. **Badania nad stosunkiem białych ciałek krwi podczas ciąży, porodu i połogu.** (*Arch. f. Gyn.* tom 67, zesz. 3, 1902). Autor przedstawia najprzód piśmiennictwo przedmiotu, podając przytem wyniki badań innych autorów. Swoje badania przeprowadził na 36 kobietach (21 pierworódek, 15 wieloródek) i doszedł do następujących wyników: 1) W ciąży liczba leukocytów odpowiada mniejwięcej stanowi prawidłowemu; 2) dopiero w ostatnich dniach ciąży wzrasta nieco ich liczba; 3) z chwilą rozpoczęcia się bólów porodowych występuje silna hiperleukocytoza; 4) ta hiperleukocytoza jest spowodowaną wzrostem ilościowym wielojądrzastych neutrofilów; 5) w połogu zmniejsza się ta hiperleukocytoza równomiernie tak, że zwykle w ciągu pierwszego tygodnia po porodzie następuje powrót do stanu prawidłowego. Różne są teorye, tłómaczące to zjawisko: jedni uważają je za następstwo powiększenia się i rozszerzenia sieci naczyń i gruczołów chłonnych samej macicy i jej otoczenia (Virchow, Spiegelberg); drudzy zaś sądzą, że jest ono następstwem ogólnego podniesienia przemiany materyi, spowodowanego życiem i wzrostem płodu (Nasse, Isambert); inni wreszcie szukają przyczyny w błonie śluzowej macicy (Mochnetscheff). Autor zauważył, że same bóle porodowe, t. j. skurcze macicy, odgrywają ważną rolę w tem ilościowem wzmaganiu się leukocytów. Zupełnie podobną hiperleukocytoza ciałek wielojądrzastych neutrofilnych występuje w sprawach zakaźnych (zapalenie płuc, błonica, róża) i w niektórych otruciach (chlorkiem potasu, fenacetyną itp.), a tłómaczymy ją sobie działaniem chemotaktycznem odpowiednich trucizn (i produktów przemiany materyi bakteryj). Autor chciałby w tensam sposób wytłómaczyć ową hiperleukocytozę z końcem ciąży i przy porodzie i sądzi, że takie materye (z działaniem chemotaktycznem) wytwarzają się prawdopodobnie i przy takim procesie, jakim jest poród, czyli, że musi się coś wytwarzać, co przyciąga ciałka białe do macicy i tam je utrzymuje. Czynnik ten drażniący, wychodzący z macicy, odbija się na składzie całej krwi, wywołując przyrost ciałek białych (wywędrowanych prawdopodobnie ze szpiku kostnego), już z końcem ciąży. Z chwilą rozpoczęcia się bólów porodowych zostaje znowu cała ta liczba ciałek białych, nagromadzonych w macicy niejako wyciśnięta przez jej skurcze do ogólnego krwi obiegu i w ten sposób powstaje hiperleukocytoza porodowa. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Czerewkow. **Zawartość jadu wścieklizny w niektórych narządach, tkankach i płynach zwierząt.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Cz. zakażał króliki jadem wścieklizny, wprowadzając go pod oponę twardą mózgu i następnie poszukiwał go we krwi serca, śledzionie, gruczole podszczękowym, wątrobie, mięśniach, trzustce, szpiku kostnym, nerkach, nadnerczu, płucach, jądrach, nerwie błędnym i kulszowym, splocie pachowym, cieczy mózgowo-rdzeniowej i płynie z komórek bocznych mózgu. Okazało się, że wszystkie te narządy i płyny nie zawierały zupełnie jadu, oprócz obwodowego układu nerwowego, gruczołu podszczękowego, a czasem płynu komórek bocznych. Wprowadzając w następnych doświadczeniach jad wścieklizny nie pod twardą oponę mózgu, lecz wprost do krwi, przyszedł Czerewkow do wniosków następujących: 1) jad wścieklizny, wprowadzony do krwi, może być w niej wykryty w ciągu pierwszej godziny, jakkolwiek już w pierwszej pół godzinie część jego odkłada się w wątrobie, śledzionie i mózgu; 2) po upływie godziny jad wścieklizny zupełnie znika z krwi iześrodkowuje się w przed chwilą wskazanych narządach; 3) po upływie trzech godzin nie można go wykryć i w tych narządach; 4) wobec takiego zachowaniu się jadu autor zalicza go do trucizn organizowanych, nie zaś chemicznych; 5) wprowadzenie jadu wścieklizny do krwi bezpośrednio zwierzęta znoszą bez żadnych następstw szkodliwych; w niektórych razach tą drogą otrzymywał autor nawet odporność przeciwko temu jadowi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kelly. **Ostre czyli zakaźne zapalenie wsierdzia.** (*Univ. of Penn. Med. Bull. — Int. Med. Mag.* IV, 1902). Pojęcia nasze o zapaleniu wsierdzia w ostatnich latach uległy zasadniczej zmianie: nie możemy już ściśle odróżniać dwóch postaci zapalenia wsierdzia — dobrotliwej i złośliwej, gdyż jedna z nich może przejść w drugą; pierwszej mogą towarzyszyć owrzodzenia z jednakowemi prawie ciężkiemi zjawiskami; druga traci czasami swoją złośliwość i chory wraca do zdrowia. Wreszcie niewątpliwa zależność przyczynowa zapalenia wsierdzia od bakteryj zmusza nas przejrzeć krytycznie dawne nasze teorye o tem zapaleniu. Autor utrzymuje, iż w zapaleniu wsierdzia istnieje zawsze zakażenie krwi toksynami i bakteryami, a tylko należy je starannie szukać; te chorobliwe stany krwi są czynnikiem pierwotnym, wywolującym zapalenie wsierdzia i działają w ten sposób, iż obniżając życiową siłę wsierdzia, umożebniają wtargnięcie weń bakteryj. Autor przytacza historye choroby dwóch chorych: u jednego z nich wykazał w hodowlach krwi obecność gronkowca złocistego. Wyhodowanie hodowli z krwi bywa pożytecznem i potwierdza rozpoznanie, jeśli daje dodatnie wyniki; natomiast nie ma znaczenia, jeżeli wyniki są ujemne.
Dr. St. Rudski (Lublin).

Dr. P. Rumpel. **Przypadek kamicy nerkowej w nerce podkowiastej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 42). Rozpoznanie otoku ropnego nerki lewej na tle kamicy nie ulegało wątpliwości. Kiedy więc oznaczenie punktu marznięcia krwi i moczu i ilości mocznika wydzielonego w ciągu 24 godzin wskazywało na pełną wydolność drugiej nerki, przystąpiono w uśpieniu chloroformowem do wycięcia nerki lewej. Dopiero podczas operacyi spostrzeżono, że dolny biegun guza, szeroką szypułą z tkanki nerkowej łączy się z tymże biegunem nerki prawej. Szypułę zgnieciono, a następnie zeszyto. Wyzdrowienie. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Klemperer: **Leczenie kamicy nerkowej.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień). Leczenie zwykłe każdego rodzaju kolki nerkowej polega na stosowaniu miejscowem ciepła, zastrzykiwaniu morfiny i na letnich kąpielach. Zdarzają się jednak przypadki, że kolka trwa kilka dni, a nawet tygodni i takie długo trwające kolki pochodzą po największej części z powodu kamyków nerkowych. Prócz morfiny i ciepła poleca się tu jeszcze obfite picie płynów i to, według autora, bez różnicy jakości, nie wykluczając nawet wina i piwa, gdy chory sobie tego życzy, byleby tylko chory co godzina wypił 150-200 ct. sz. płynu. K. nieprzypisuje glicerynie właściwości wydalania kamyków; natomiast poleca gorąco mięsienie (*Streichung*) moczowodów i wstrząsanie (*Erschütterung*) okolicy nerkowej. Dla mięsienia moczowodów kładzie się chorego na bok zdrowy i podczas głębokiego wdechu odsuwa się jelita z boku chorego, a odszukawszy dolny biegun nerki, suwa się nieco na wewnątrz od tego bieguna końce palców obok kręgosłupa powoli i z miernym uciskiem ku dołowi, uciskając równocześnie drugą ręką od strony lędźwi. Ruch ten wykonuje się z jakie dziesięć razy. W ten sposób wywiera się rzeczywiście ucisk na moczowód, co autor mógł stwierdzić na trupach. Lecz mięsienie moczowodów stosuje się tylko w przypadkach niepowikłanych, a u ludzi bardzo tłustych jest ono niemożebnem. Z 19 chorych, u których mięsienie było wykonywane przez 2—11 dni, u 16 kamyki odeszły. Wstrząsanie okolicy nerkowej, wykonane najlepiej przyrządami wibracyjnymi, stosuje K. u tych chorych, którzy kilkakrotnie przebyli kolkę nerkową bez odejścia kamyków. Za pomocą mięsienia wibracyjnego wywołuje się u tych chorych kolkę świeżą w celu wydalenia kamyków; z 10 przypadków w 8 powstała kolka, która w 6 przypadkach doprowadziła do wyniku dodatniego. Autor poleca ten sposób leczenia w przypadkach niepowikłanej i wolnej od ropienia kamicy nerkowej. Mimo to zostaje jeszcze 25% chorych, u których należy wziąść pod rozwagę zabieg operacyjny; lecz autor zna tylko jedno absolutne wskazanie do rozcięcia nerki, a jest niem bezmocz zupełny i ostro występująca ropnica, gdyż w razie silnych bolów i groźnej niedokrewności rozstrzygnięcie zależy od chorego; a jeśli chory lęka się operacyi, lekarz powinien stosować środki dyetetyczne i mechaniczne, nie tracić nigdy nadziei, że i bez operacyi można osiągnąć wyleczenie. Nawet wobec ropomoczu, szczególnie u ludzi starszych, można dość często osiągnąć stan znośny środkami wewnętrznymi. By zapobiedz tworzeniu się powtórnemu kamyków, należy przez odpowiednią dyetę poprawić nieprawidłowości w częściach składowych moczu.
Dr. Fels (Lwów).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4. lutego 1903.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 25.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa kol. Leńkiewicza z Warszawy.

III. Kol. Borzęcki demonstrował chorego z zanikiem trzeciej kości śródręcza na tle zmian kilakowych, przyczem przedstawił odpowiednie roentgenogramy.

IV. Kol. Majewski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i o sposobach ich wykrycia«.

Równowaga mięśni ocznych jest wtedy prawidłowa, jeżeli obie osie widzenia przy patrzeniu w dal ustawiają się równolegle, a przy wpatrywaniu się w przedmiot blizki przecinają się w tym przedmiocie — i to nawet wtedy, jeśli jedno lub drugie oko zostanie przez zasłonięcie wykluczone z aktu widzenia dwuocznego. Taki prawidłowy stan równowagi nazywamy za Stevensem »ortoforyą«. Zboczenia od tego stanu obejmujemy ogólną nazwą »heteroforyi«. Jeśli oko pod ręką zasłaniającą zbacza na zewnątrz, wtedy istnieje ukryta rozbieżność (*exophoria*), jeśli na wewnątrz — ukryta zbieżność (*esophoria*), jeśli ku górze lub ku dołowi — *hyperphoria* i to *hyperphoria oc. dextri,* albo *oc. sinistri*. Istnieją wreszcie różne kombinacye powyższych zboczeń, oraz ukryta dążność do skręcenia gałek ocznych naokoło osi strzałkowej (*torsio latens*).

Zaburzenia te wywołują częstokroć dokuczliwe objawy, których zbiór określamy ogólnem mianem: *asthenopia muscularis*. Przyczyny heteroforyi dzielimy na miejscowe i ogólne. Miejscowe zależą od optycznej budowy oka, od stosunków akomodacyi, od budowy oczodołów i t. d. Ogólne dają się zazwyczaj sprowadzić do osłabienia i wyczerpania ustroju, które może być następstwem zarówno przeciążenia pracą i braku wypoczynku, jak i skutkiem rozmaitych wyniszczających chorób ostrych i przewlekłych.

Sposoby wykrycia heteroforyi są bardzo liczne. W ostatnich czasach zdobywa sobie powszechne zastosowanie metoda Maddoxa. Ustawiamy przed jednem okiem badanej osoby płytkę, złożoną z szeregu gęsto obok siebie ułożonych równoległych laseczek ze szkła czerwonego, a drugiem okiem polecamy wpatrywać się w punkt świecący. Z powodu cylindrycznego działania płyt szklanych laseczek punkt świecący przedstawi się oku zasłoniętemu jako długa, czerwona, świetlna smuga, prostopadła do kierunku laseczek. W razie ortoforyi smuga ta przechodzi przez punkt świecący, widziany okiem niezasłoniętem, w razie zaś heteroforyi badany widzi smugę (ułożoną pionowo) na prawo lub na lewo od światła, albo (przy ułożeniu smugi poziomem) powyżej lub poniżej punktu świecącego. Stopień heteroforyi można oznaczyć przez wyrównanie jej za pomocą odpowiedniego pryzmatu, albo przez zastosowanie tak zw. skali stycznych. (*Autoreferat*).

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 21 grudnia 1902 roku.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. Gertler, jako gość przedstawił dziewczynkę dwuletnią, u której na obrzękłej wardze sromnej lewej po stronie wewnętrznej znajduje się wrzód o brzegach ostro ciętych, podłożu stwardniałem, pokryty wypociną połyskującą. Sąsiednie gruczoły pachwinowe powiększone i twardsze od prawidłowych. Dr. G. podejrzewa tu wrzód twardy, którym mógł dziewczynkę zakazić jeden z synów służącej, podobno przebywający kiłę. Owrzodzenie to niema charakteru wrzodu odleżynowego; ponieważ zaś dziecko nie gorączkuje, wykluczyć można wrzód błoniczy. Kol. Reiss po dokładnem zbadaniu chorego miejsca oświadcza się przeciw wrzodowi twardemu, a za wrzodem odleżynowym. Kol. Mayzel identyfikuje ten przypadek z przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Borzęckiego i również nie zgadza się na rozpoznanie wrzodu twardego. Kol. Krzyształowicz nadmienia, że w podobnym przypadku trzeba być bardzo ostrożnym ze stanowczem rozpoznawaniem, bo w razie rozpoznania wrzodu twardego sprawa musi się oprzeć o sąd. Kol. Borzęcki, biorąc pod uwagę gruczoły pachwinowe, które już w tym czasie musiałyby być bez porównania większe i twardsze, uważa rozpoznanie kol. Gertlera za bardzo wątpliwe. Kol. Steuermark widział ten przypadek przed pięciu dniami, a więc przed leczeniem i wówczas wrzód był więcej do kiłowego podobny, mimoto jednak uczynił rozpoznanie z zastrzeżeniem. Kolega Gertler dodaje, że w swej praktyce niejednokrotnie spotykał się z wrzodami błoniczemi, po odrze, odleżynowymi i twardymi, ale ten przypadek najwięcej przemawia za wrzodem twardym, co zresztą dalsze spostrzeganie wykaże.

Kol. Reiss przedstawia ambulantkę, u której w okolicy fałdów pachowych znajdują się grupy popękanych i strupem pokrytych pęcherzyków. W okresie powstawania tych pęcherzyków doznawała chora silnego swędzenia i palenia. Idzie tu o nieco atypowy półpasiec, *herpes zoster*.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z rzadką postacią gruźlicy skóry, t. zw. *tuberculosis verrucosa cutis* Riehl-Paltauf, w postaci ognisk typowych, okrągłych, ściśle ograniczonych na grzbietowej stronie ręki lewej, o typie brodawkowatym, otoczonych rąbkiem różowym, trwających kilkanaście miesięcy. Wszelki brak guzków w otoczeniu nacieków chorobowych i umiejscowienie typowe przemawiają za postacią Riehl-Paltaufa, a przeciw formie brodawkowatej wilka. Kol. Krzyształowicz stwierdza, że istotnie Riehl i Paltauf, odróżniając te dwie postacie gruźlicy skóry, podają również odmienną budowę histologiczną i niewątpliwie dwie te postacie łatwo od siebie klinicznie odróżnić można; czy jednak anatomiczna różnica jest tak wybitna, o tem wątpi.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss pacyenta, u którego na prawidłowej skórze znajdują się liczne powierzchowne nacieki w postaci kół lub ich odcinków, różowe, pokryte łatwo oddzielającemi się łuseczkami. Rozpoznanie przedstawia pewne trudności; można bowiem myśleć o *lues papulo squamosa orbicularis recidiva*, lub o *trichophytia vesiculosa superficialis orbicularis*. Badanie histologiczne wyklucza to drugie cierpienie; kiłę można również przy nieco dokładniejszem badaniu wykluczyć. Rozpoznanie w tym przypadku brzmi: *eczema seborrhoicum annulare*. Kol. Borzęcki przyznaje, że zobaczywszy raz pierwszy ten przypadek bez bliższego badania rozpoznał kiłę; gdy jednak nie znalazł innego objawu, przemawiającego za kiłą, oprócz wyżej wymienionego, zgadza się na rozpoznanie kol. Reissa. Biorąc pod uwagę szczegół, że Unna nie stawia ostrej granicy między *seborrhoea*, a *psoriasis*, która może również wystąpić w tak odosobnionych, atypowych ogniskach, uważa i tutaj rozpoznanie *psoriasis orbicularis atypica* za dopuszczalne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że *seborrhoea* i *psoriasis* należą do tejsamej grupy, są tylko jej pewnemi odmianami. (Brocq rozróżnia te postacie, jako t. zw. *parapsoriasis*).

Wreszcie przedstawia kol. Reiss przypadek *psoriasis universalis*. W tym przypadku choroba szybko zajęła całą skórę, która przedstawia się jako naciekła, zaczerwieniona; ciepłota jej nieco podniesiona. Skóra łuszczy się na całej powierzchni. Gruczoły niemal wszystkie, szczególniej pachwinowe, powiększone. Rozpoznanie waha się między *pityriasis rubra* Hebrae, a *psoriasis generalisata rubra*. Zmiany na głowie uważać należy za typowy łojotok, przechodzący równomiernie na twarz, kark i plecy. Strony wyprostne kończyn nie okazują wybitnych zmian, odpowiadających łuszczycy; cała skóra jest mniejwięcej jednostajnie zajęta, wreszcie gruczoły w dole Scarpy powiększone, ciastowate i niebolesne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na wybitną akantozę i twierdzi, że tu naciek nie dotyczy skóry samej, lecz przyskórka. Kol. Borzęcki przyznaje wielkie podobieństwo tego przypadku do przedstawionego przez siebie w roku zeszłym i twierdzi, że niema pewnych wskazówek wykluczających *pityriasis rubra* Hebrae. Kol. Reiss zwraca uwagę, że *pityriasis rubra* Hebrae prowadzi do zaniku skóry, o czem tu niema mowy; a że i w *psoriasis rubra universalis* występuje często obrzęk gruczołów chłonnych, wytłómaczalny zakażeniem dróg chłonnych.

Kol. Borzęcki przedstawia przypadek *lues tubero-serpiginosa exulcerans faciei*. Zakażenie według wywiadów nastąpić miało przed 15 tu laty; dalszy przebieg cierpienia był prawidłowy, a dopiero przed dwoma laty wystąpiły objawy nerwowe i tabetyczne. Przypadek ciekawy ze względu na powolny przebieg cierpienia. Wszczyna się krótka dyskusya, poczem kol. Borzęcki przedstawia jeszcze chorą z *trichophytia vesiculosa superficialis* po lewej stronie klatki piersiowej. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne dało wynik dodatni.

Kol. Reiss przedstawia chorą z typowym obrazem *impetigo vulgaris*, ktorej towarzyszy *eczema seborrhoicum psoriasiforme*.

W końcu przedstawia chorych znanych z poprzednich posiedzeń, w celu okazania wyników leczenia.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz

VII. LXXIV. Zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie

w dniach 21—27 września 1902 roku.
(*Sekcya chirurgiczna*).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

29. Gross (Jena): **Włókniste zwężenia żołądka i jelit na tle kiłowem.** W jednym przypadku znaleziono na sekcyi u 52-letniego mężczyzny, który przebył kiłę, 8 ctm. długie zwężenie żołądka i drugie w okolicy kiszki ślepej przy 10-ciokrotnem zgrubieniu ściany jelita, wreszcie trzecie 4 ctm. długie w zgięciu śledzionowem jelita grubego; w II przypadku wycięto u chorej 51-letniej, która przebyła kiłę, 17 ctm. długie zwężenie w odźwierniku. Zwężenia te miały kształt walcowaty, błona śluzowa jelita niezmieniona, a toby przemawiało za sprawą zapalną na tle kiłowem, a nie za następstwem kilaków.

30. Eiselsberg (Wiedeń): **O wpochwieniu** (inwaginacyi) E. operował 13 przypadków wpochwień, z tych 7 razy jedyną przyczyną wpochwienia była nieprawidłowo krótka krezka, prawdopodobnie będąca wadą wrodzoną. Według zdania prelegenta, zadaniem chirurga powinno być całkowicie wycięcie wpochwienia.

31. Hofmeister (Tübingen): **O wpochwieniu.** H. miał 7 przypadków wpochwienia, z tych jeden o tyle ciekawy, że długość części wyciętej wynosiła 140 ctm.; w lejek wpochwienia wciągniętą była i dwunastnica. Przypadek ten zakończył się pomyślnie. H. operuje metodą Brauna z modyfikacyą Doyena.

32. Clairmont i Ranzi (Wiedeń): **Doświadczalne badania nad niedrożnością jelit.** Prelegenci wywoływali u zwierząt sztuczną niedrożność jelit, a przesączoną treść jamy brzusznej tych zwierząt wstrzykiwali innym zwierzętom. Zwierzęta te ginęły wśród drgawek w czasie nie przekraczającym 21 dni. Z tego wnoszą, że jad, sprowadzający śmierć przy niedrożności jelit, pochodzi z jelita.

33. Schloffer (Praga): **Rak jelita grubego.** Prelegent operował 31 przypadków. Poleca on trójczasową operacyę: wycięcie jelita grubego bez kiszki ślepej, założenie rzyci sztucznej i zamknięcie tego sztucznego otworu. Tak operował 7 przypadków z wynikiem pomyślnym.

34. Hilgenreiner (Praga): **Sprawozdanie z 822 operacyj przepuklin w klinice niemieckiej w Pradze.** Na podstawie tych przypadków poleca H. metodę Wölflera, jego zdaniem o tyle lepszą od metody Bassiniego, że nie pociąga nieprzyjemnych następstw, jakie powstają z powodu przemieszczenia sznurka nasiennego.

W dyskusyi zabierali głos: Graser (Erlangen), Kausch (Wrocław), Friedrich (Lipsk), Eiselsberg (Wiedeń).

35. Ellbogen (Kładno): **O zranieniach wywołanych nabiciem się na pal.** E. przedstawia chorego, który się nadział na

szczebel drabiny. Przypadek o tyle ciekawy, że choremu wstrzyknięto zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową, mimo to chory dostał napadów tężca; po drugiem wstrzyknięciu objawy tężca ustąpiły i chory wyzdrowiał.

36. Haberer i Clairmont: **Badania doświadczalne nad otrzewną chorą i zdrową.** (Ukaże się w obszernym referacie z pracy ogłoszonej w „Wien. klin. Wochenschr.").

37. Steinthal (Stuttgart): **Przyczynek do rozpoznania i rokowania w zapaleniu kołowyrostkowem.** S. dzieli zapalenia wyrostka robaczkowego na lokalne *appendicitis simplex* i *periappendicitis circumscripta* — i na *app. ulcerosa progressiva* i *periappendicitis progressiva.* — Przetokę ślepej kiszki radzi leczyć sączkiem Witzela.

38. Posner (Berlin): **Przyczynek do nauki o gruźlicy narządu moczopłciowego.** Prelegent opisał przypadek gruźlicy pęcherza, w którym początkowo powstał mały guzek na prawem przyjądrzu, a w 8 miesięcy potem na ciałku jamistem prącia koło ujścia zewnętrznego cewki. Guzki te miały kształt pęcherzyków i były wypełnione płynną miazgą. Badanie mikroskopowe ściany pęcherza wykazało gruźlicę.

39. Zabludowski (Berlin): **Leczenie schorzeń jąder i ich przydatków.** Z. stara się zapomocą silnych zmian w krążeniu krwi w jądrach i ich częściach dodatkowych wywołać poprawę w różnych stanach chorobowych tych narządów. Robi to zapomocą odsznurowania podstawy worka mosznowego i nasady prącia przez miesienie w rozmaitej postaci jako gniecenie, wstrząśnienie, opukiwanie i t. d. Zabiegi te są wskazane we wszystkich przewlekłych zboczeniach chorobowych jąder, przyjądrzy, sznurka nasiennego, powstałych na tle rzeżączkowem lub urazowem, a także i na tle psychicznem.

40. Stolper (Wrocław): **O złamaniach miednicy.** Prelegent omawia przyczyny i postacie złamań miednicy. W przypadkach tych nietylko cięższych, ale i w lżejszych powstają rozdarcia cewki i pęcherza moczowego. Gdzie tylko przypuszczamy rozdarcie cewki lub pęcherza, tam należy zaraz operować. Objawem dość wybitnym i mającym znaczenie rozpoznawcze rozdarcia jest ukazanie się krwi w pierwszym po rozdarciu oddanym moczu. Leczenie tych złamań polega na ułożeniu chorego w łóżku na krzyżach, a w nadwerężeniach stawu biodrowego na wyciąganiu.

41. Strauss (Frankfurt n. M.): **Przyczynek do czynności moczowodów i nerek przy rozszczepie pęcherza.** Prelegent miał przypadek rozszczepu powłok brzusznych i pęcherza. Spostrzegał przytem zachowanie się błony śluzowej pęcherza, która była pokrytą szklistą powierzchnią śluzu; obie miedniczki nerkowe nie pracowały równocześnie, lecz na przemian: także sposób wydzielania się moczu z obu moczowodów nie był jednaki: po stronie prawej sączył się mocz kroplami, po lewej strumieniem cienkim: ilość zatem moczu po stronie prawej była trzy razy mniejszą niż po lewej. By wynik operacyi był dobry, należałoby w tych przypadkach sprawić trzy rzeczy: 1) zdolność zatrzymywania moczu w pęcherzu; 2) restytucyę stosunków anatomicznych i 3) uniknięcie zakażenia w drogach moczowych. Mając do wyboru trzy metody: Sonnenburga, Maydla i Trendelenburga, prelegent oświadcza się za metodą Trendelenburga, jako mogącą najlepiej wypełnić wymienione trzy warunki, jakich się żąda od tej operacyi.

42. Nieriker (Zurych): **Znieczulenie chlorkiem etylu.** N. demonstruje maskę do tego znieczulenia i wynaleziony przez siebie rozwieracz ust, oraz tubę do chlorku etylu.

W dyskusyi przypomina Hacker (Insbruk), że w jego klinice stosowano poraz pierwszy to znieczulenie. Ma dotychczas zanotowanych 1800 tych znieczuleń i bardzo jest zadowolony w tych przypadkach, gdzie operacya jest bardzo bolesną i powinna trwać krótko. Ostrzega przed stosowaniem tego znieczulenia u alkoholików. Miał jeden przypadek śmierci.

43. Kersting (Akwisgran) demonstruje łatwo dające się zdejmować szyny na kąt szczęki przy złamaniach i resekcyach szczęki dolnej.

44. Salzwedel (Berlin): **Zastosowanie wyskoku do celów chirurgicznych.** Wyskok zdaniem Salzwedela działa bakteryobójczo nietylko z powodu odciągania wody drobnoustrojów, ale także i swoiście. Doświadczenia robiono nad siłę bakteryobójczą wyskoku mają tę wadę, że przy nich stosuje się zaraz po wyskoku wodę, wskutek czego niszczy się jego działanie na niezupełnie obumarłe drobnoustroje. Prelegent poleca dalej swoje opatrunki wyskokowe, które stosuje w ropówkach, zapaleniach stawów na tle gośćcowem lub rzeżączkowem. Opatrunki te robi z gazy moczonej w zgęszczonym wyskoku, na rany zaś stosuje wyskok 50%; jednakże opatrunek taki musi być dość luźny, by wyskok mógł parować. Takim opatrunkiem wyleczył raz gruźlicze zapalenie stawu garstkowego i raz zgorzel łożyska paznogcia u chorego na cukrzycę.

45. Schloffer (Praga): **Przypadek zatorowego wędrowania pocisku.** S. przedstawia przypadek po postrzale w piersi. Wskutek postrzału tego wystąpiło u chorego porażenie prawego przedramienia. Prelegent wyjął pocisk ze światła tętnicy pachowej: pocisk bowiem doszedł do serca, a stamtąd popłynął jako zator do tętnicy pachowej. W następstwie zniszczenia części mięśni brodawkowych serca powstało zwężenie lewego ujścia żylnego serca.

46. Landerer (Stutgart): **Operacyjne leczenie żylaków i wrzodów podudzia.** Zdaniem L. ani operacya Trendelenburga (podwiązanie żyły podskórnej odgoleniowej), ani częściowe wycięcie żylaków nie wystarcza. Radzi wycinać żylaki zupełnie, co sam zawsze robi i ma 70—80% stałych wyleczeń.

47. Graser (Erlangen): **O t. zw.: Bursitis proliferans.** Według zdania Virchowa i innych przychodzi w tej sprawie chorobowej do zapalenia z wytworzeniem nowej tkanki na ścianie wewnętrznej torebki, a na wytworzoną tkankę nawarstwia się włóknik. Przypadki spostrzegane skłaniają prelegenta do zapatrywania Rickera, który twierdzi, że w tak zw. *bursitis proliferans* przychodzi do rozpłynięcia się tkanki łącznej obok spraw destrukcyjnych wewnętrznej ściany torebki śluzowej. Prelegent proponuje nazwę *»hygroma destruens«*.

48. Schanz (Drezno): **O przeszczepianiu mięśnia czterogłowego.** S. przedstawia chorego, u którego zastąpił mięsień czterogłowy uda mięśniem krawieckim.

49. Dollinger (Budapest): **Sposób krwawego odprowadzenia zastarzałych zwichnięć stawu barkowego.** W 7 przypadkach, w których nie udało się prelegentowi odprowadzić sposobem Kochera zastarzałych zwichnięć, postąpił w ten sposób, że dostał się nożem do ścięgna mięśnia podłopatkowego, przeciął je, a wtedy odprowadzenie sposobem Kochera nie natrafiało na żadne trudności. D. zauważył, że w tych przypadkach nie było żadnych zrostów, ani kostniaków; za przyczynę więc nieudania się odprowadzenia uważa zmiany w mięśniu podłopatkowym.

50. Hofmeister (Tübingen): **O nowym sposobie miesienia.** Prelegent poleca w chorobach kończyn, wymagających miesienia, zanurzanie tych ostatnich w słoju żelaznym, 50 ctm. wysokim, wypełnionym rtęcią; można to robić przez czas 15—60 minut. Miesienie to jest niebolesne.

51. Worizek (Praga): **Demonstracya przyrządu do prostowania w zmianach kręgosłupa.**

52. Stauber (Iwonicz): **Przyczynek do zachowawczego leczenia schorzeń kości i stawów na tle zołzowem.** Prelegent poleca na podstawie swego dużego doświadczenia leczenie zachowawcze spraw zołzowych, polegające na stosowaniu wody i soli Iwonickiej.

Zjazd ten zakończył swą naukową działalność obradami wspólnemi, na których wygłosili odczyty:

Eiselsberg (Wiedeń): O znaczeniu gruczołu tarczykowego dla porządku przyrody. Wettstein (Wiedeń): O neo-lamarckizmie. Müller (Monachium): O siłach przyrody w służbie elektrotechniki.

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Piot bey (Kair). *Wpływ pasorzytów przewodu pokarmowego na powstawanie zakażeń ustroju.*

Autor czyni wzmiankę, iż spostrzegał ostre zapalenie wątroby u konia; wątroba przedstawiała samą prawie miazgę, na torebce były liczne rozdarcia, wiszące bryłki skrzepłej krwi, wreszcie powstał silny krwotok, który spowodował śmierć. Autor opisuje przy tej sposobności dwie postaci kliniczne zapalenia wątroby u koni w Egipcie: jedna zawsze bardzo ciężka, szybko przebiegająca, druga więcej łagodna z przebiegiem 2—3 tygodniowym; wreszcie przytacza ten ciekawy fakt, że zapalenie wątroby u konia i u wielkich zwierząt nie przybiera nigdy w Egipcie postaci ropnej, tak częstej u ludzi.

Dr. Tourtoulis bey (Kair). *Przyczynek do nauki o zaburzeniach przewlekłych wątroby w krajach gorących.*

Nie kusząc się o podanie rzeczywistych przyczyn częstości zaburzeń wątrobowych w krajach gorących, zaznacza prelegent, że łatwiejsze gnicie mięsa i innych materyałów spożywczych, obfite wydzielanie chlorku sodowego wskutek nadmiernego pocenia się, powodują zmniejszenie się kwasoty soku żołądkowego; nadto, pochła-

nianie wielkiej ilości płynów wskutek ustawicznego pragnienia, podnosząc ciśnienie w wątrobie i zmniejszając wydzielanie żółci, wytworu, jeśli nie antyseptycznego, to w każdym razie antytoksycznego, usposabiają do powstawania zaburzeń przewodu pokarmowego, a następowo także i wątroby.

Tryb życia więcej siedzący, przez co ruch przepony upośledzony, jak niemniej zwolniony ruch jelit i krążenie w wątrobie, są dalszymi bodźcami do częstszego powstawania zaburzeń w przewodzie pokarmowym w krajach gorących. Europejczyk, osiedlając się w krajach gorących, powinien przeto pilnie zwracać uwagę na najdrobniejsze zaburzenie w przewodzie pokarmowym, bo ono otwiera bramę do zaburzeń w wątrobie. A gdy to się zjawi, nie czekać, aż wystąpi żółtaczka, bóle wątroby i puchlina brzuszna, ale najdrobniejszy symptom uważać za poważny.

Dr. Becker bey (Kair). *Nieprawidłowości w przemianie materyi w krajach gorących i psychozy u kolonistów europejskich.*

Mowca przytacza statystykę chorób umysłowych wogóle (jeden chory na 500 mieszkańców) i porównywując ją ze statystyką chorób umysłowych między kolonistami austryackimi w Kairze w ostatnich pięciu latach, zaznacza, że między tymi ostatnimi przypada jeden chory na 210 kolonistów. Śledząc za przyczynami tej nadmiernej liczby umysłowo-chorych między Europejczykami w krajach gorących, stara się prelegent wykazać, że odgrywa tu prawdopodobnie ważną rolę nadmierna praca gruczołów trawiennych, a nadto zboczenia w wydzielaniu niektórych toksyn.

Przy tej sposobności zwraca uwagę na spostrzeganą przez siebie, a dotychczas nie uwzględnioną przez psychiatryę t. zw. *»folie morale tropicale«*, *»moral tropical insanity«*, charakteryzującą się wygórowanem pojęciem o sobie samym, przeobrażającem się często w chełpliwość, usposobieniem kapryśnem, uporczywem i szybko się zmieniającem; dalej nadzwyczajną drażliwością, czynami brutalnymi i grubiańskimi, jednak bez wybitnej zmiany w inteligencyi; wreszcie anomaliami w rozwoju wrażeń.

Przyczyn tego cierpienia należy szukać w nadużywaniu alkoholu, w znużeniu i braku snu wskutek upałów, w żywieniu się przeważnie konserwami mięsnemi, w braku pokarmów roślinnych, w zakażeniu zimniczem, w czerwonce, a nadto w odosobnieniu, nostalgii itp.

Kończąc, przyłącza się prelegent do zdania sędziego Dra Hozevara, że przestępstwa, popełniane pod wpływem upałów egipskiego lata, należałoby oceniać z całkiem innego punktu widzenia, zważywszy, że zasady etyczno-moralne, obowiązujące europejczyków, zostały pod wpływem klimatu fizyologicznie zmienione.

Dr. Fornario (Kair). *Zimnica w Egipcie.*

Autor przedstawia historyę zimnicy, streszczając prace, dokonane na tem polu aż do naszych czasów i wykazuje, jak w licznych przypadkach zimnicę zapoznawano, a nawet zaprzeczano jej istnienia. Powołując się następnie na liczne spostrzeżenia osobiste, wykazuje z tablicami w ręku, o ile ciepłota w zimnicy jest zmienna i jak łatwo ją można pomięszać z durem brzusznym. Następnie czyni uwagi z zakresu epidemiologii, mówi o okresach sezonowych, stojących w związku z wylewem Nilu; stwierdza zapoznawany dotychczas związek między zimnicą a zaburzeniami czynnościowemi serca, oraz schorzeniami wątroby i zaznacza, że rozpoznawanie w chorobach wątroby jest w takich przypadkach bardzo trudne. Przytacza wreszcie przypadki zapalenia płuc, występującego w związku z zimnicą.

Dr. Valassopoulos (Aleksandrya). *Dur żółciowy w Aleksandryi.*

Odczyt Dra Valassopoula zajmuje szczególnie Aleksandryę, gdzie ta choroba od mniejwięcej 30 lat panuje w sposób endemiczny, zabierając corocznie wiele ofiar. Autor przytacza dowody, że t. zw. dur żółciowy nie jest chorobą, którą Griesinger spostrzegał w Kairze około r. 1855 i że należy go przypisać złemu systemowi kanałów, w których z powodu braku odpowiedniego spadku odbywa się zastój i gnicie ciał zwierzęcych, a to przedewszystkiem w lecie, kiedy niema deszczów. Prelegent kończy wnioskiem, aby zaradzono jak najrychlej złemu stanowi kanałów i aby chorobę tę odtąd nazywano *»typhus biliaris«*, zamiast „choroba Weila“.

Prof. Courmont (Lugdun). *Wczesne rozpoznawanie duru brzusznego zapomocą zawsze dodatniej hodowli prątka durowego z krwi chorych na dur.*

Autor przedstawia metodę rozpoznawania duru we wczesnych jego okresach zapomocą szczepienia krwi chorego w większej ilości bulionu, wykazując, że już w czwartym dniu choroby bakterye duru znajdują się we krwi. Nie znajdowano ich dawniej we krwi, bo brano zamało krwi i hodowano w małej ilości bulionu. Ponieważ krew działa silnie antytoksycznie, przeto trzeba ją bardzo rozcieńczyć bulionem, aby bakterye wyhodować.

Prof. Chantemesse (Paryż). *Leczenie surowicą duru brzusznego.*

Chantemesse przedstawia swoją pracę, która jest dalszym ciągiem tego, co już w tym przedmiocie ogłosił. Porównywując śmiertelność, stwierdzoną urzędownie we wszystkich szpitalach paryskich podczas ostatnich 20 miesięcy, wykazuje, że wynosiła ona około 19%, podczas gdy śmiertelność w tymsamym przeciągu czasu w 200-tu przypadkach, leczonych surowicą, nie przekroczyła $3^1/_2$%. Gdy się surowicę stosuje późno, wtedy ona nie chroni skutecznie przeciwko przedziurawieniu jelit, zabezpiecza zaś napewno, jeśli jest stosowaną w pierwszych sześciu dniach. Wstrzyknięta w zapaleniu kości i okostnej, powstałych w następstwie duru, leczy je szybko i skutecznie.

Doświadczenie poucza, że surowica, wstrzyknięta zwierzęciu, chroni je skutecznie od zakażenia i od zatrucia pod warunkiem, jeśli jest podana wcześnie. Chroni o wiele mniej, jeśli jest podana późno. Działa ona na zarazki duru, czyniąc je mniej odpornymi na walkę z komórkami ustroju. Surowica zwiększa tworzenie się fagocytów, jak to jest łatwo stwierdzić w mieszkach śledziony, w tkance gruczołowatej i w rdzeniu kości królików, poddanych zakażeniu durowemu i leczonych surowicą.

Statystyka ogólna wszystkich przypadków, leczonych dotychczas surowicą, daje śmiertelność niższą od 6%. Autor sądzi, że ta śmiertelność zmniejszy się jeszcze bardziej, gdy stosowanie surowicy będzie wykonywane odpowiednio, co nie jest rzeczą tak łatwą, jak przy surowicy przeciwbłoniczej.

Dr. Bitter (Kair). *Epidemie w Egipcie, zapobieganie i środki do ich zwalczania.*

Mówca porównywuje ostatnie epidemie cholery pod względem śmiertelności i wykazuje, że śmiertelność znacznie się zmniejszyła, tembardziej, że liczby znane z epidemij, poprzedzających epidemię w r. 1895—96 są z pewnością niższe od rzeczywistych. Ta poprawa jest wynikiem ustawicznej poprawy warunków higienicznych kraju. Przyczyna epidemii z r. 1902 leży w zakażeniu wody i Dr. Bitter stwierdza, że epidemie tego pochodzenia uwydatniają się krzywemi bardziej chyżemi, podczas gdy epidemie pochodzące z zakażenia rozsianego odznaczają się krzywą rozległą.

Środki przeciw epidemiom, stosowane po rok 1865, były skierowane przeciw wszystkim innym przyczynom z wyjątkiem najważniejszej — wody. Jedynem miastem, które przedsięwzięto środki ostrożności pod tym względem, była Aleksandrya; — gdzieindziej rzucano do Nilu odpadki i śmiecie, zbierane w mieście. Dlatego też w r. 1883 cholera nie przybrała w Aleksandryi takich rozmiarów, jak w roku 1865.

Epidemię w r. 1902 zwalczano według programu naukowego. Wielką przeszkodą w walce z cholerą jest zatajenie choroby. Donoszenie lekarzy domowych jest problematyczne, gdyż ubodzy tubylcy nie wzywają wogóle lekarzy. Jest jedna tylko rękojmia, — a mianowicie — zakaz chowania zwłok bez poprzedniego wydania świadectwa lekarskiego. Jestto możliwe po miastach, ale po wsiach świadectwa śmierci wydają dotychczas jeszcze tylko felczerzy. Brak desinfektorów po wsiach jest także wielką przeszkodą w zwalczaniu cholery.

Śledząc za początkiem epidemii cholery tegorocznej, przychodzi prelegent do wniosku, że została ona zawleczona przez pielgrzymów i to takich, którzy odbywali kwarantanę w Tor. (Jestto punkt sporny między władzami kwarantanowemi, a władzami sanitarnemi krajowemi. Władze sanitarne twierdzą, że została ona przeniesiona przez pielgrzymów, którzy odbyli kwarantanę w Tor, jakkolwiek jest rzeczą dowiedzioną, że z 17 pielgrzymów z „Muszy“, gdzie cholera najpierw wybuchła, żaden nie był chory ani w Mece, ani w Tor, ani w drodze, ani po powrocie do miejsca zamieszkania. Mieli oni rzekomo w swych wnętrznościach, bez żadnej szkody dla siebie, przenieść bakterye cholery mniej jadowite, które po przybyciu pielgrzymów do miejsca zamieszkania, mniejwięcej w miesiąc po opuszczeniu Mekki, trafiły na grunt bardziej właściwy. Władze zaś kwarantanowe twierdzą, że gdyby tak było w rzeczywistości, to ponieważ Musza leży w górnym Egipcie, o dwa dni koleją od Suezu, gdzie pielgrzymi wylądowują, to bakterye cholery powinnyby trafić gdzieś po drodze na ów właściwszy grunt i cholera wybuchłaby gdzieś bliżej Suezu, a względnie wybuchłaby w kilku miejscach naraz, skoro pielgrzymów egipskich było około 6000. Mogłoby też to samo nastąpić i w innych krajach, w Turcyi, Rosyi, Algierze itp., które to kraje dostarczyły około 30.000 pielgrzymów. Nadto jeśli się zważy, że Musza leży w górnym Egipcie blizko afrykańskiego brzegu morza Czerwonego i tylko 7 dni od Jambo (miasto portowe w Arabii), to można przypuszczać, że cholera dostała się zapomocą pielgrzymów, którzy, pomijając 18-dniową kwarantanę w Tor, potajemnie wylądowali, tembardziej, że, jak wiadomo, egipski brzeg morza Czerwonego jest bardzo długi i tem samem nie może

być dostatecznie strzeżony. Koło Kosseir i Suakim władze kwarantanowe przychwyciły gromady pielgrzymów, których potajemnie na ląd wysadzono. Któż może zaprzeczyć, że takich gromad nie było więcej, których jednak nie wyśledzono? *Przypisek sprawozdawcy*).

Mowca wyłuszcza w końcu wszystkie środki zaradcze, przedsięwzięte tak przez rząd, jak i służbę sanitarną, a wykazawszy, że bakterye zebrane w ciągu tegorocznej epidemii były bardzo jadowite — przypuszcza, że zmniejszenie się śmiertelności należy przypisać energii środków przedsięwziętych i postępowi, dokonanemu w ogólnym programie ochrony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19. lutego.

Od Dr. Langiego otrzymujemy następującą odezwę do kolegów-lekarzy:

»Opłakane stosunki stanu lekarskiego pogarszają się niemal z dniem każdym, a doszło już do tego, że gdy dziś nawet wyrobnik ma jakotako zabezpieczony byt na wypadek choroby, jedynie lekarz, zachorowawszy obłożnie, nie ma żadnej pomocy materyalnej. Piekącą jest więc sprawa Kas chorych dla lekarzy, któreby w razie chwilowej niezdolności do pracy, przychodziły każdemu z nas z doraźną pomocą. Izba wschodnio-galicyjska, zrozumiawszy potrzebę takiej instytucyi, stworzyła ją już dla swych członków; coś podobnego powstać też musi jak najrychlej i dla lekarzy zachodniej Galicyi.

Studyując prywatnie od lat kilku sprawę Kas chorych dla lekarzy, mam gotowy szkic projektu, który w stosownej chwili przedłożę bądź Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, bądź też Towarzystwu samopomocy. Przedtem jednak chodzi mi o zebranie pewnych wskazówek od ogółu lekarzy, dla których Kasa ta powstać by miała. W tym więc celu udaję się z uprzejmą prośbą do wszystkich kolegów. tak w Krakowie jak i na prowincyi, aby raczyli odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Czy Kolega uznaje potrzebę bezwłocznego założenia Kasy chorych dla lekarzy?
2. Czy należenie do takiej Kasy ma być dowolne czy przymusowe?
3. Czy Kasa ma powstać przy Towarzystwie samopomocy jedynie dla członków, podobnie jak istniejąca Kasa dla farmaceutów przy Towarzystwie »Unitas«?
4. Czy Kasa ma powstać przy Izbie lek. zach.-galic. dla wszystkich do Izby należących, jak zawiązana obecnie Kasa we Lwowie?
5. Czy w razie, gdyby należenie było dowolne, gotów jest kolega przystąpić do takiej Kasy?

Zwięzłe odpowiedzi o ile możności jak najprędzej proszę przesłać na karcie korespondencyjnej pod moim adresem: Kraków, ulica Sławkowska, No. 31«.

Dr. Adam Langie.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorego przez Dr. Merza, odbyły się odczyty: I Kol. Lewkowicza »O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust« i II. Kol. Seńkowskiego »O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych«.

* Dnia 16 b, m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Ksawerego Lewkowicza, asystenta przy klinice pedyatrycznej krakowskiej. Prelegent mówił: »O znaczeniu badania cytologicznego płynów zapalnych«.

* Reskrypt ministeryalny z d. 14 lipca 1902 r. L. 29.949 do krajowych szefów politycznych, zarządzający środki do zwalczania gruźlicy, wywołał okólnik Rady szkolnej galicyjskiej do dyrekcyj szkół średnich, seminaryów nauczycielskich, szkół przemysłowych i t. d. w którym krajowy zarząd oświaty podaje do wiadomości i do zastosowania wskazówki krajowej Rady zdrowia, zmierzające do zapobieżenia szerzeniu się gruźlicy. Wskazówki te są następujące

»1. Starać się wogóle o najpomyślniejsze warunki higieniczne w budynkach i salach szkolnych, jakoteż i w otoczeniu szkół.

2. Usunąć od nauki w szkołach nauczycieli i nauczycielki, u których można wierdzić w plwocinach prątki Kocha, lub u których znajduje się gruźlica w okresie rozpadu płuc.

3 Zabronić pluć na podłogę i ustawić w salach szkolnych spluwaczki. lub wiaderka, wypełnione płynem desinfekcyjnym lub wogóle płynem.

4 Zabronić uczniom względnie uczenicom całowania się w usta. Starać się, aby młodzież czysto utrzymywała zęby i jamę ustną; w tym celu można zalecić kilkakrotne w ciągu dnia przepłókiwanie ust ogrzanym słabym rozczynem 3 procent kwasu borowego.

W szczególności zwraca się uwagę, co do ustępu 2, że w razie uzasadnionego podejrzenia nauczyciela o chorobę gruźliczą, należy zarządzić lekarskie zbadanie tegoż z urzędu i w razie stwierdzenia istnienia gruźlicy, wypada donieść o tem władzy przełożonej. W podobny sposób należy postąpić z uczniem o gruźlicę podejrzanym i starać się o usunięcie z zakładu w sposób, oszczędzający go jak najbardziej«.

Szczegółowa instrukcya zapewne pouczy, kto ma obowiązek, powziąwszy podejrzenie, zarządzić lekarskie zbadanie, w szczególności zaś stwierdzenie, czy w plwocinie nie znajdują się prątki Kocha. Jeśli ten obowiązek spadnie na samą władzę szkolną, to cel zamierzony nie będzie osiągnięty: dyrektywą dla gospodarza klasy będzie niezawodnie tylko kaszel, a wszystkie postacie gruźlicy, bądź utajonej, bądź rozwijającej się po za obrębem płuc, np. wrzody gruźlicze w ustach lub na skórze i t. d., zostaną przeoczone.

Niemniej szczegółowa instrukcya zapewne wskaże, w jakichto zakładach ma się odbywać badanie bakteryologiczne plwocin, gdyż poza instytutami uniwersyteckimi i po odtrąceniu niezawodnie istniejących wyjątków, ogół lekarzy gminnych, okręgowych i powiatowych nie ma czasu i możności do wyćwiczenia się w dyagnostyce bakteryologicznej: biorąc więc za podstawę obecny stan rzeczy, pomimo przyznania wielkiej doniosłości postulatom okólnika krajowej Rady szkolnej, obawiamy się, że dla braku wcześniej ustanowionych organów sanitarnych, zarządzenia Rady szkolnej w dobie dzisiejszej nie ziszczą pokładanych w nich nadziei. Do organów takich zaliczamy: instytucyę lekarzy szkolnych i obowiązkowe, przez rząd zarządzone, kursa dla lekarzy urzędowych z zakresu bakteryologii klinicznej.

Okólnik zaleca przy usuwaniu z zakładu ucznia, cierpiącego na gruźlicę, czynić to »w sposób oszczędzający ucznia jak najbardziej«. Doniosła przestroga, a ufajmy, że przez władze szkolne będzie szeroko stosowana: za Likurga wiedziano, jak pozbyć się chorowitych dzieci; atoli duch etyki chrześcijańskiej nie dopuszcza do stosowania radykalizmu społecznego, a natomiast użycza wszelkiej opieki słabym i nieszczęśliwym. Względność tem więcej jest nakazana, że gruźlica nie jest znowu tak bardzo zaraźliwa, nie jest trądem ani morem, a w dodatku nie jest ona bezwzględnie chorobą śmiertelną, przeciwnie, śmiertelność ta z roku na rok maleje; wskazane więc są jak najdalej idące ostrożności i najdoskonalsza higiena w szkole, a wydalenie ucznia z powodu gruźlicy, pozbawienie go dobrodziejstw oświaty i pożycia koleżeńskiego, niech się stanie rzadkim wyjątkiem i chyba koniecznem *malum necessarium*.

* Dziekan wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy klinice chorób dzieci — z płacą roczną 1400 koron. Podania wnosić należy do kancelaryi wydziału lekarskiego do dnia 1 marca 1903 r.

* Znany powszechnie przypadek śmierci podczas chloroformowania, który wydarzył się niedawno we Lwowie, znalazł w orzeczeniu c. k. Prokuratoryi państwa swój epilog, którego końcowe wyniki niżej podajemy

Podobne przypadki śmierci podczas chloroformowania mają już swoją statystykę i historyę. Nauka lekarska posiada w tej sprawie zdanie wyrobione; liczy się z tem złem, którego dziś jeszcze usunąć nie może, lecz którego małe rozmiary znikają wobec olbrzymich dobrodziejstw, ktoremi zastosowanie chloroformu w medycynie obdarza ludzkość.

Sądząc z głosów prasy o przypadku lwowskim, wnosićby należało, że nasze dziennikarstwo i społeczeństwo mają o bezpieczeństwie przy chloroformowaniu przekonanie zbyt optymistyczne. Byłoby zatem rzeczą wskazaną, ażeby krajowe towarzystwa lekarskie zabrały w tej sprawie głos i wyjaśniły ogółowi, że w dzisiejszym stanie nauki chloroformowanie nie daje absolutnego bezpieczeństwa życia, a tem samem nie może istnieć i odpowiedzialność lekarza za śmierć przy chloroformowaniu, oczywiście, jeśli sam akt chloroformowania odbył się z ścisłem zachowaniem tych wszystkich ostrożności, które nakazuje nauka i doświadczenie

Prokuratorya państwa orzekła:

»Na mocy paragrafu 90. ustawy o postępowaniu karnem, c. k.

Prokuratorya Państwa zaniechała dalszego dochodzenia, które było wdrożone z powodu zgonu śp. pani Makuszowej.

Konkluzye obszernego orzeczenia sądowo-lekarskiego brzmią dosłownie, jak następuje:

1) Choroba śp. Makuszowej była tego rodzaju, że bezwarunkowo wymagała zabiegu operacyjnego, który jedynie mógł jej życie uratować. 2) Operacya ta wymagała bezwarunkowo uśpienia chorej. 3) Usypianie chorej chloroformem odbywało się z zachowaniem wszelkich zasad sztuki lekarskiej. 4) Śmierć śp. Makuszowej nastąpiła wśród narkozy chloroformowej i to niedługo trwającej wskutek porażenia serca osłabionego chorobą ustroju, dla której miano przedsięwziąć operacyę; ze stanowiska zaś lekarskiego nie popełniono niczego, coby do śmierci tej przyczynić się mogło, ani też nie zaniedbano niczego, aby jej możliwie zapobiedz. 5) Ratunek udzielony umierającej był zupełnie wyczerpujący wszystko to, co sztuka lekarska zdziałać może«.

* W spisie autorów, biorących udział w wydaniu »Podręcznika do nauki medycyny wewnętrznej«, wymienionych w N. 7 »Przegl. lekar.«, opuszczono nazwisko Dra Jana Prusa, profesora Uniwersytetu we Lwowie.

* Monografia kol. prof. St. Ciechanowskiego »O przeroście gruczołu krokowego« została przełożona przez Dra Greena z Nowego Yorku na język angielski.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IV (25—31—I). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 16, urodziło się dzieci 82, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 14 (6 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z czerwonki 1, z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

* Między 4 a 10 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego we Lwowie 1, w Krakowie 3 i w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), niskim (1 gm.), podgórskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem fizyologii w Kazaniu mianowany został Dr. Kulabko. Habilitowali się w Berlinie na stopień docentów: Dr. Maksymilian Lewandowski (fizyologia) i Dr. Teodor Wasielewski (higiena). Nadzwyczajnym profesorem sądowej medycyny w Bernie mian. został Dr Hochwald.

Bibliografia

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Iacksona i bezwład postępujący. Sieberowa: Badania i poglądy prof. Marcelego Nenckiego, tyczące się barwika krwi, oraz powinowactwa jego z chlorofilem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 6. Rzętkowski: O wpływie silnego pocenia się na skład krwi (dok.). Behrens: Przypadek ucisku klatki piersiowej i brzucha — zbiór objawów Perthesa.

— *Nowiny lekarskie* Z. 2. Rychliński Dwa przypadki »Meningitis circumscripta luetica« i jeden przypadek »Encephalitis diffusa«.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 1. Jesensky: O charakterystycznych objawach próchnicy zębów.

— *Kronika lekarska* Nr 3 Moraczewski: O jednoczesnem wydzielaniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w moczu ludzkim. Niedzielski: O mięsakach sutki. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 2. Chvojka: O gynaekologické masáži. Jirásek: Kousnutí zmiji v těhotenství.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6. Hausman: Operativní léčení rakoviny děložní (c. d.). Chalupecký: Barevné slyšení (dok.). Viesner: Pathologie smíchu.

— *La Presse médicale* Nr. 11. Stajonof. Pospolity sączek (drain) do ustalenia zgłębnika *à demeure*, zatkania rzyci sztucznej i mogący zastąpić kaniulę tracheotomijną. Romme: Higiena pożywienia. Zatrucie śmietaną w ciastkach cukierniczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6 Senator: Mięśniowe zesztywnienie grzbietu. Helbron: O porażeniu akomodacyi. Katzenstein: Przyczynki do chirurgii zachowawczej. Davidsohn: Uwagi teoretyczne i praktyczne o miejscowem stosowaniu gorąca. Wernitz: Mor w Odesie. Prüssian: Medycyna i ziemstwa w Rosyi (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Metzenauer: Dziedziczenie kiły. Czy dziedziczenie po ojcu jest udowodnione? Kraus: Znaczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej dla ustalenia wskazań położniczych. Lostorfer: Przypadek fibrynuryi w zapaleniu nerek. Jellinek: Zranienie od pioruna w znaczeniu klinicznem i społecznem. (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6. Lindner: Chirurgiczna interwencya w przypadkach zwężenia przełyku. Bruns: Centralna promienica szczęki dolnej. Kaufmann: Przypadek opuszkowego porażenia u dziecka. Rommel: Soxleta cukier odżywczy w terapii odżywczej chorych osesków. Mueller: Przeprowadzenie porodu przy miednicy wązkiej. Hahn: W sprawie częstości i etyologii ciąży trąbkowej. Hoesslin: Oznaczanie dotkliwości bólu skóry za pomocą algesimetru. May: Pipeta do liczenia ciałek krwi z urządzeniem automatycznem. Perthes: Gotowy do użycia opatrunek aseptyczny dla chirurgii polowej i w działalności chirurgicznej lekarza praktycznego. Wolf: Osobliwy i godny uwagi przypadek zatrucia się guzem niedokwasu węgla. Reitze: Niedrożność jelit wskutek zakrzepu żyły krezkowej. Homburger: Leczenie atropiną przypadku porażenia jelit z ich niedrożnością, powstałego w przebiegu kiłowego zapalenia opon i mózgu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7. Shiga: Pierwszeństwo wykrycia prątka czerwonki i surowiczego jej leczenia. Rost: Czy kwas borowy i boraks są skuteczne a nieszkodliwe dla ustroju ludzkiego? Stadelmann: Późne zmiany w mózgu po urazie czaszki (dok.). Vessely: Doświadczenia z wstrzykiwaniami spojówkowemi. Bierens de Haan: Epidemia dzięgny *(stomacace)* podczas wojny południowo-afrykańskiej.

Redakcya otrzymała. Zanietowski: Beobachtungen über den Einfluss von Alboferin auf Blutdruck Nervenerregbarkeit bei Nervenkrank. Ciechanowski: Anatomical researches on the so-called „prostatic hypertophy“ and allied processes in the bladder and kindneys. Greene i Brooks: The nature of prostatic hypertrophy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 25. b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wachholz wyłoży rzecz: „Z historyi trucizn i otruć“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 28 Lutego 1903. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Sprawność lecznicza żelaza.

Napisał
Edmund Biernacki.

Działanie pożyteczne żelaza w niedokrewności, wzgl. w blednicy, należy do najbardziej uznanych faktów empiryi lekarskiej, uważane jest poniekąd za „pewnik" terapeutyczny. Zapewne i co do tego „pewnika" zdarzy się głos sceptyczny [1]): i np. F. A. Hoffmann w swej „Terapii ogólnej" mógł przytoczyć nazwiska kilku klinicystów, nieuznających swoistego działania żelaza, przynajmniej nie przypisujących mu większego znaczenia w leczeniu niedokrewności, niż takim czynnikom, jak dobre odżywianie, powietrze i t. p. Głosy tego rodzaju, częstsze dawniej, w ostatniem dziesięcioleciu stają się niewątpliwie coraz rzadsze, chociaż wielu zgadza się na to, iż w „uporczywej" blednicy i niedokrewności zwykle używane przetwory żelaza (nieorganiczne) nie zawsze są skuteczne, nawet nieraz zawodzą.

Że co do działania swoistego żelaza mogą powstawać wątpliwości, zależy to głównie, mniemam, od drogi, na jakiej żelazo uzyskało wstęp do lecznictwa. Otóż uczyniło je „specyfikiem" przeciw blednicy, „lekarstwem na anemię", podobnie jak i wiele innych środków leczniczych — zasadniczo „wrażenie" terapeutyczne, „doświadczenie" lekarskie, ale nie uświadomione postępowanie dowodowe w myśl wymagań teoryopoznawczych. Po używaniu żelaza w tylu przypadkach blednicy, czy niedokrewności, nastąpiła poprawa lub wyleczenie, nawet nastąpiła „szybko", — *ergo* poprawa lub wyleczenie nastąpiły przez żelazo. W tym sensie pisano i piszą jeszcze dotychczas wiele historyi chorób jako „dowody" działania tego lub innego przetworu żelaza. Dowody tego rodzaju byłyby napewno wystarczającymi, gdyby naprzód nie ulegało wątpliwości, że przebieg blednicy lub niedokrewności jest czemś nieruchomem, sama choroba czemś, co, że powiemy, tylko wyczekuje na przepisanie pigułek żelezistych. Tymczasem należy uznać samoleczenie blednicy równie podstawowo, jak je uznajemy względem całokształtu stanów patologicznych. Przecież o przypadkach śmierci z blednicy prawie się nigdy nie słyszy; po drugie — po przejściu okresu dojrzałości płciowej blednica zdarza się bardzo rzadko. A nareszcie — przy starannych wywiadach możemy się dość często dowiedzieć, że nasza pacyentka szpitalna w 15 czy 18 roku życia zbladła, osłabła, miesiączka stała się mniej obfitą lub znikła nawet zupełnie, — trwało to wszystko kilka tygodni, czy parę miesięcy i przeszło „bez lekarstwa". Właśnie względem „szpitalnej" klasy ludności, to jest względem warstw ludności uboższej, jest wysoce prawdopodobnem, że do lekarza i szpitala trafiają tylko najcięższe przypadki blednicy, natomiast liczne lżejsze ustępują wyłącznie dzięki samoleczeniu.

Wobec tego wszystkiego niejeden klinicysta mógł i może zapatrywać się sceptycznie na wyleczenia „przez" żelazo i uważać je zasadniczo za następstwo samoleczenia. Odkąd jednak (głównie dzięki pracy Duncana) zaczęto upatrywać istotę blednicy w zubożeniu krwi w hemoglobinę, łatwo mógł nastąpić zwrot w pojęciach na korzyść żelaza. Przyjmowanie żelaza przeciwdziała tą czy inną drogą zasadniczej szkodliwości chorobowej (porównaj dawniejsze teorye o działaniu żelaza przy blednicy), — ztąd „rozumie się samo przez się", iż żelazo leczy, nawet powinno leczyć blednicę i niedokrewność

Jednakże tego rodzaju „zrozumiałość" i nieodzowność działania żelaza przez długie lata natrafiała na silne przeszkody, z powodu, iż, jak wiadomo, jeszcze przed 10—15 laty nie uznawano wchłaniania żelaza z przewodu pokarmowego (Bunge, Kobert). Dzięki jednak pracom Gottlieba, Kunkela, Hochhausa i Quinckego, Gaulego, Halla, Honigmanna [2]) i t. d., nareszcie A. Hoffmanna [3]) rozstrzygnięto ostatecznie te pytania w znaczeniu dodatniem. Żelazo ulega wessaniu zarówno w dwunastnicy, jak w jelicie (Cloetta [4]), a wedle Hary [5]) nawet i w żołądku, przyczem żelazo przyswojone zostaje wydalanem z ustroju głównie przez żółć.

Stwierdzenie tych faktów usunęło pewną część wątpliwości. Z drugiej strony już od dość dawna starano się wykazać doświadczalnie działanie krwiotwórcze żelaza.

[1]) Por. Sobierański: Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza. *Przegląd lekarski*, Nr. 4 i 5. 1893. Nowsze prace nad farmakologią żelaza. *Nowiny lekarskie*, Nr. 1 i 2, 1895.

[2]) Gottlieb: Ueber die Ausscheidungsverhältnisse des Eisens. (Zeitschr. f. physiolog. Chemie, XV. 1891). Kunkel: Zur Frage der Eisenresorption. (Pflüger's Archiv, 1891, Bd. L.). Hochhaus und Quincke: Archiv. f. experiment. Pathologie und Pharmakologie, 1896. Gaule: Deutsche medicin. Wochenschr., 1896, Nr. 19 i 24. — Hall: Archiv f. Anatomie und Physiologie. Physiolog. Abtheilung, 1894 i 1896. Honigmann: Bemerkungen zur Frage über die Eisenresorption und Eisenausscheidung beim Menschen. (Virchow's Archiv, Bd. 152. Heft 1. 1898).

[3]) A. Hoffmann: Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. (München. medicin. Wochenschrift, 1899, Nr. 29). — Ten sam: Virchow's Archiv, Bd. 151, H. 3. 1898. Patrz także pracę Fr. Müllera: Experimentelle Beiträge zur Eisentherapie. Referat w München. medicin Wochenschrift, 1900, Nr 50. Także: H Landau: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Eisens im Organismus der Thiere und Menschen Zeitschr. f. klin. Medicin, 1902 Bd 46, H. 1—4 oraz: Książka jubileuszowa Dra T. Dunina.

[4]) M. Cloetta: Kann das medicamentöse Eisen nur im Duodenum resorbirt werden? Archiv f. experiment. Pathologie und Pharmakologie, 1900. Bd. 44, H. 5 i 6.

[5]) Hary: Ueber Eisenresorption im Magen und Duodenum. (Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. IV, 1898).

W tym kierunku bardzo zasługują na uwagę prace, niestety mało przystępne i mało znane, mego pierwszego nauczyciela i kierownika, już nieżyjącego prof. Thumasa z Warszawy. W licznych doświadczeniach porównawczych na psach prawidłowych i psach, sztucznie uczynionych niedokrwistymi, (po upuście 15—55% całej ilości krwi), Thumas[6]) stwierdził, iż przy dawaniu z pokarmem (lub podskórnem wprowadzaniu) żelaza *(ferrum hydrog. reductum, fer. pyrophosphoricum cum natrio citrico)* nietylko liczba ciałek czerwonych oraz zawartość barwnika, ale i ogólna ilość krwi szybciej powraca do stanu prawidłowego, niż bez żelaza. W każdym razie fakt ten niezawodnie stwierdzał Thumas dopiero przy większych upustach krwi. W tej samej pracowni zauważył Skworcow[7]) na psie, znajdującym się w równowadze azotowej, iż przy dawaniu z pokarmem żelaza *(fer. hydrog. reductum)* po upuście 26—34% całej ilości krwi zarówno zawartość hemoglobiny, jak waga zwierzęcia wracają do normy 2—3 razy szybciej, niż bez żelaza. Doświadczenie było urządzone w ten sposób, że żelazo zaczęto dawać zwierzęciu po drugim upuście krwi (34% całej ilości), kiedy po pierwszym (26% całej ilości) krew powróciła do stanu prawidłowego: nastąpiło zaś to w 15 dni po upuście krwi. Przy żelazie stwierdzono regeneracyę hemoglobiny już dnia 10-go; wtedy uczyniono dla kontroli jeszcze jeden upust krwi i żelaza nie dawano. Szybkość powrotu do normy była taka sama, jak po upuście pierwszym.

Podobne doświadczenia na królikach wykonywał w ostatnich czasach A. Hoffmann[8]). Wartość tych prac doświadczalnych, szczególnie dawniejszych, nieco umniejsza jedynie ta okoliczność, iż określenia hemoglobiny wykonywane były kolorymetrycznie, w dodatku pierwotnymi przyrządami (Malasseza). Poza tem nie można odmówić tym pracom siły dowodowej: niewątpliwie tego rodzaju poszukiwania wzmagały i wzmagają znaczenie wskazówek klinicznych co do swoistego wpływu żelaza w niedokrewności. Obecnie też nawet farmakolodzy zawodowi uważają działanie krwiotwórcze żelaza za fakt dokonany i punkt ciężkości poszukiwań teoretycznych przesuwa się w inną stronę. Chodzi mianowicie już mniej o kwestyę, czy, niż w jaki sposób żelazo działa krwiotwórczo. We względzie ostatnim zaczyna coraz bardziej przeważać pogląd, iż przy leczeniu niedokrewności nie chodzi właściwie o dowóz żelaza, jako materyału do wytwarzania barwika krwi, ile o podnietę, bodziec, jakim staje się wchłonięte żelazo dla narządów krwiotwórczych, przedewszystkiem dla szpiku kostnego (v. Noorden, A. Hoffmann i in).

Jak widzimy z powyższego streszczenia, działanie krwiotwórcze żelaza w stanach niedokrewnych u człowieka dowodzonem czy dowiedzionem jest tylko ubocznie, pośrednio; natomiast dotychczas brak w tym kierunku dowodu bezpośredniego, zyskanego na drodze empiryczno-klinicznej. Otóż pośród swych licznych spostrzeżeń hematologicznych posiadam szereg przypadków, które w zestawieniu z pewnymi materyałami z piśmiennictwa mogą przyczynić się do usunięcia tego braku. Bardzo ważną jest okoliczność, iż przypadki odnośne znajdowały się w warunkach jednakowych przy spostrzeganiu: wszystkie chore (w moim oddziale szpitalnym w Wolskim szpitalu w Warszawie lub w praktyce prywatnej) leżały w łóżku i zawsze leczone były jednym i tym samym przetworem żelaza *(ferrum hydrogenio reductum)* bez dodatku arszeniku (jak to bardzo często bywa), a tylko z małą ilością wyciągu rabarbarowego. Dawano w pigułkach od 0,4 (w dawkach stopniowo zwiększanych) do 1,0—1,2 grm. dziennie. Badanie krwi (z palca) dokonywane było zwykle tylko dwa razy: przed rozpoczęciem leczenia i po raz drugi, gdy chora zaczęła się uważać za zdrową i życzyła sobie opuścić szpital, wzgl. łóżko. Punkt ciężkości przy badaniu krwi, oprócz określenia liczby ciałek czerwonych, polegał na określeniu zawartości wody we krwi metodą wagową — stosownie do zasad, rozebranych przeze mnie szczegółowo w innem miejscu[9]). Zawartość wody, wzgl. zawartość pozostałości suchej we krwi ludzkiej jest wielkością równie stałą, wahającą się w równie określonych granicach, jak prawidłowa ciepłota ciała ludzkiego: we krwi zdrowego, dorosłego człowieka, mężczyzny czy kobiety, znajdujemy 20,5—22% pozostałości suchej. Stwierdzenie tej ilości, zamiast poprzednich 12—14—16%, jakie znajdujemy w mocno rozwiniętej blednicy, dowiedzie też powrotu do stanu prawidłowego Wogóle tego rodzaju określenia są, jak dotychczas, najpewniejszym miernikiem przebiegu choroby.

Otóż w całym szeregu przypadków blednicy prawidłową zawartość wody we krwi, zarówno jak prawidłową liczbę ciałek czerwonych, można było stwierdzić już po 15 do 28 dniach leczenia żelazem. Np.[10]).

I. *M. A.* lat 20, cierpi na ciężką blednicę i brak miesiączki od 6 tygodni. Spostrzeżenie szpitalne.

W dniu rozpoczęcia leczenia: ciałek czerwonych w 1 mlm. sz. 3.350.000; białych — 9375; pozostałości suchej — 14,52%.

Po 15 dniach leczenia: czerw. — 5,080.000; białych — 6250; substancyi suchej — 19,97%.

Miesiączka powróciła dnia 10-go leczenia.

II. *Galk.*, lat 16. Wybitna blednica ze szmerami w sercu, bladożółtą cerą i t. d. od 6—8 tygodni. Przy wstąpieniu na oddział dnia 20 V: ciałek czerwonych — 4,890,000; białych — 6250; pozostał. suchej — 16,59%.

Dnia 7. V, t. j. po 18 dniach leczenia: czerwonych — 5,520,000; białych — 6250; pozostał. such. — 20,02%.

Obfita miesiączka dnia 11-go leczenia.

III. *Zarz.*, lat 16. Chora od dwóch miesięcy. Ciałek czerwonych 3,850,000; białych — 6250; pozostał. suchej — 14,14%. (Przy wstąpieniu na oddział dnia 10. II).

Dnia 7. III, to jest po 25 dniach leczenia. Ciałek czerwonych — 5,650,000; białych — 12500; pozostał. suchej — 21,05%.

Miesiączka zjawiła się dnia 22-go leczenia.

IV. *Tr.*, lat 20, chora od kilku miesięcy (z praktyki prywatnej). Ciałek czerwonych — 4,330,000; biał. — 3125; substancyi suchej — 17,15%.

Po 28 dniach leczenia. czerwonych — 5,620,000; białych — 3125; pozostał suchej 22,16%.

---

[6]) Thumas: O farmakologii żelaza (jego znaczenie przy tworzeniu krwi). Prace rosyjskiego Towarz. lekarskiego w Warszawie, 1889, I. 1. (po rosyjsku). Ogłoszono tylko jako referat.

[7]) Skworcow: Przyczynek do farmakologii preparatów żelaza. (Wracz, 1888, Nr. 29 (po rosyjsku)).

[8]) *Loc. cit.*

[9]) Por. pracę moją: „O badaniu krwi we względzie praktycznym". (Gazeta lekarska, 1900, Nr. 50—52). Także: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin. (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 306. 1901).

[10]) Niektóre z rozbiorów poniższych uczynione były przy łaskawej pomocy dra J. Laskowskiego, byłego asystenta w moim oddziale Wolskiego szpitala w Warszawie.

V. U 19-letniej panny z praktyki prywatnej z silną bladnicą (szmery w sercu) znaleziono po 21 dniach leczenia: ciałek czerwon. — 5,420,000; biał. — 3125; pozostał. suchej — 19,36% Zdaje się, że to były wartości najwyższe, jakie u tej chorej w danym okresie choroby można było otrzymać, ponieważ po dalszych 34 dniach leczenia wynik badania krwi był taki sam: ciałek czerwonych — 5,010,000; białych — 6250; pozostał. such. — 19,62%. Zresztą osoba ta czuła się zupełnie dobrze już po 21 dniach leczenia i stan jej nie zmienił się wyraźnie po następnych 34 dniach.

VI. *Rad.*, 22 lat. Przy wstąpieniu do szpitala: ciałek czerwonych — 4,040,000; białych 6250; pozostał. suchej — 14,64%

Przy wypisaniu się z oddziału po 40 dniach leczenia znaleziono: ciałek czerwonych — 5,837,500; białych — 3250; pozostał. suchej — 21,44%.

Miesiączka zjawiła się w 20-tym dniu leczenia i chora już wtedy czuła się zupełnie zdrową: niestety zaniedbano uczynić badania krwi już w tym okresie.

Bynajmniej nie wszystkie moje przypadki wykazywały skłonność do tak szybkiej poprawy, wzgl. wyleczenia, jak powyższe. W dwóch innych po 16—35 dniach leczenia mimo powrotu liczby ciałek czerwonych do normy krew pozostawała jeszcze wodnistą w stopniu dość wysokim. Rzecz ciekawa, że chore, szczególnie druga, czuły się mimo to zupełnie dobrze.

VII. *Sad.*, lat 16, ciężka blednica, która już odnawiała się parę razy. Chora przebywała w moim oddziale prawie jednocześnie z chorą Nr. II. Przed rozpoczęciem leczenia: ciałek czerwonych — 3,750,000; białych — 3125; pozostałości suchej — 14,74%.

Po 16 dniach leczenia: ciałek czerwonych — 4,930,000; białych — 3125: pozostałości suchej — 17,26%.

VIII. *Saling.*, lat 17; blednica od kilku miesięcy. Przypadek z praktyki prywatnej: ciałek czerwonych — 3,390,000: biał. — 15625; pozostałości suchej — 15,03%.

Po 35 dniach leczenia: ciałek czerwonych — 5,370,000; białych 9375; pozostałości suchej — 18,79%

Zdarzają się, zapewne, przypadki z jeszcze mniejszą skłonnością do poprawy i wyzdrowienia; czytelnik może je znaleźć np. w dziele G r a w i t z a (kliniczna patologia krwi). Osobiście także posiadam spostrzeżenia tego rodzaju, chociaż nie rozporządzam przy nich określeniami kontrolującemi co do wpływu żelaza. Bądź co bądź w praktyce codziennej są to przypadki rzadsze. Znaczna większość tych licznych spostrzeżeń, w których mogłem zbadać krew tylko w celach dyagnostycznych, a nie miałem możności hematologicznie skontrolować wpływu żelaza (wszystkie te przypadki, że powtórzę, leczone były leżeniem w łóżku i *fer. hydrog. reduct.*, bez arszeniku) przedstawiały ogólno-kliniczne objawy polepszenia, wzgl. wyleczenia (obfita miesiączka, prawidłowe zabarwienie skóry, zniknięcie szmerów w sercu, podmiotowe poczucie zdrowia i t. p.) w tym samym czasie, jaki stwierdzono badaniem krwi dla przypadków I—VI, t. j. p o d w ó c h, t r z e c h, n a j p ó ź n i e j c z t e r e c h t y g o d n i a c h l e c z e n i a ż e l a z e m.

Jest to właśnie taki sam przeciąg czasu, w jakim jeszcze stary N i e m e y e r, w swoim czasie słynny „specyalista od blednicy", otrzymywał przy pomocy pigułek B l a u d a wyleczenie nawet, jak powiada, w najuporczywszych przypadkach tej choroby [11]). Mniemam, że może to potwierdzić każdy uważny lekarz.

Wobec tego wszystkiego, cośmy tylko co mówili o samoleczeniu blednicy, naturalnie i względem moich przypadków musiało powstać zapytanie, o ile spostrzegane wyleczenia wolno było sprowadzać do działania żelaza. Pomijając nawet samoleczenie, pytanie to powstać musiało tembardziej, iż wszystkie chore były leczone leżeniem w łóżku, które, jak wiadomo, uważanem jest przez wielu za ważny czynnik w leczeniu blednicy i niedokrwistości (F. N i e m e y e r, G l u z i ń s k i, O. R o s e n b a c h, D u n i n i inni). Szczególnie względem pacyentek szpitalnych, tych istot zwykle źle mieszkających, źle w domu odżywianych, przy tem wszystkiem nieraz ciężko pracujących, mogło powstawać przypuszczenie, iż sam pobyt w łóżku obok lepszych ogólnych warunków życiowych, niż je chore miały w domu, i bez żelaza dopomógłby do poprawy i wyleczenia w tym samym przeciągu czasu, jak przy żelazie.

Tego rodzaju sceptycyzm traci jednak punkt oparcia wobec jednej ważnej okoliczności, a mianowicie, iż p r z y p r z y j m o w a n i u ż e l a z a p o p r a w a i w y l e c z e n i e n a s t ę p o w a ł y, j a k t y l k o c o p o d k r e ś l i l i ś m y, w p e w n y m t e r m i n i e, w a h a j ą c y m s i ę ś r ó d d o ś ć w ą s k i c h g r a n i c. Otóż wszędzie, gdzie przy stosowaniu pewnego czynnika leczniczego następuje zmiana przebiegu choroby (polepszenie lub pogorszenie) w pewnym o k r e ś l o n y m czasie, zmianę tę wolno postawić w związek przyczynowy ze stosowanym czynnikiem leczniczym. Im większym jest materyał w tym kierunku, tem pewniejszym jest wpływ terapeutyczny danego czynnika [12]).

A więc już dzięki spostrzeżeniom czysto klinicznym, na co właśnie w tem miejscu zwracam szczegółową uwagę, — działanie lecznicze żelaza w blednicy było i jest bardzo prawdopodobne. Dowód ostateczny można jednak zyskać tutaj, podobnie jak w innych stanach chorobowych, tylko p r z e z p o r ó w n a n i e. Należy porównać, jak — *caeteris paribus* — przebiega blednica w obecności żelaza i bez żelaza, wzgl. jak szybko w tej chorobie wraca krew do stanu prawidłowego przy leczeniu i bez leczenia żelazem.

Osobiście nie posiadam spostrzeżeń nad przebiegiem blednicy nieleczonej, lub też leczonej inaczej, niż żelazem Istnieją jednak w piśmiennictwie materyały, które można zużytkować w celu omawianym. Mam tu przedewszystkiem na myśli spostrzeżenia dra Z. W ą s o w i c z a [13]) (z kliniki lekarskiej krakowskiej) nad przebiegiem blednicy i niedokrwistości przy stosowaniu krynickiej wody żelazistej (0,02996 — 0,0289 części dwuwęglanu żelaza na 1000 części wody). Spostrzeżenia te nadają się do innych celów właśnie dzięki temu, iż zachowana była przy nich identyczność warunków: chodziło także o chore leżące (kliniczne), które otrzymywały tylko wodę krynicką. Zapewne, nie wszystkie spostrzeżenia

[11]) N i e m e y e r potrzebował do wyleczenia nawet »najuporczywszej« blednicy prawidłowo trzy pudełka pigułek B l a u d a, każde po 96 sztuk, dając w dawce stopniowo zwiększanej od 9 do 12 i 15 pigułek dziennie. Wypada więc przeciętnie 20—30 dni leczenia. — Patrz »Wykład patologii i terapii szczegółowej« F. N i e m e y e r a, tłomaczenie polskie z roku 1870, t. II, str. 840.

Przy okazyi zauważę, że mimo powrotu krwi do stanu prawidłowego zalecałem zawsze pacyentkom badanym branie żelaza przez czas dłuższy (przez 2—3 miesięcy), wprawdzie w dawce mniejszej (6—8 pigułek dziennie), co też one wypełniały. Mimo to i przy takim sposobie leczenia zdarzają się nawroty choroby: np chora II w 9 miesięcy po wyleczeniu znowu wróciła (ambulatoryjnie) z wybitną blednicą, która również szybko, jak za pierwszym razem, ustąpiła przy leczeniu.

[12]) Szczegółowy rozbiór tych zasad patrz w pracy mojej: »Zasady poznania lekarskiego», Warszawa, 1902.

[13]) Z. W ą s o w i c z: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w blednicy i niedokrwności. Z kliniki lekarskiej radcy dworu prof. dra K o r c z y ń s k i e g o. «Gazeta lekarska«, 1900. Nr. 20 i 21.

Wąsowicza mogę zestawiać ze spostrzeżeniami własnemi. Na 8 przypadków, przytoczonych w jego pracy, właściwie tylko przypadki VI, VII i VIII należały do kategoryi błędnicy rozwiniętej, podczas gdy przypadki I i IV, poniekąd i III (niedokrwistość u 16-letniej epileptyczki), sądząc z załączonych liczb hemoglobiny, zdaje się, nie przedstawiały wybitniejszych zmian we krwi. Do zupełnie innej kategoryi należą przypadki V (niedokrwistość towarzysząca rozmiękczeniu kości) i II (niedokrwistość wobec olbrzymiej śledziony). Do zużytkowania pozostaje więc tylko 5—6 przypadków.

Ważniejszą jest okoliczność, iż — pomijając liczenie ciałek czerwonych i białych — autor badał krew tylko kolorymetrycznie (przyrząd Fleischla), co ze ściśle przedmiotowem, niemal matematycznie pewnem określaniem zawartości wody metodą wagową nie wytrzymuje konkurencyi. Nie ma także w pracy omawianej danych co do obliczania wartości hemometru na wartości hemoglobiny, a zarazem, czy przy tem autor stosował poprawkę do wykazów przyrządu Fleischla.

Tym sposobem do porównania można zużytkować tylko dane co do liczby ciałek czerwonych. W tym kierunku znajdujemy w pracy Wąsowicza, co następuje:

P. I. Modystka lat 24. Przed rozpoczęciem leczenia w 1 mlm. sz. ciałek czerwon. 4,100,000; po 10 dniach leczenia — 4,000,000; po dalszych 20 dniach (30 od początku) — 4,640,000, po dalszych 13 dniach (43 od początku) — 5,616,000.

P. III. Córka urzędnika, lat 16, epileptyczka. Przed leczeniem ciałek czerwonych — 3,776,000. po 14 dniach leczenia — 4,200,000; po dalszych 15 dniach (29 od początku) — 5,840,000.

P. IV. Służąca, lat 20. Przed leczeniem — 3,968,000; po 26 dniach leczenia — 4,956,000; po dalszych 9 dniach (35 od początku) — 4,980,000.

P. VI. Służąca, lat 24. Przed leczeniem — 3.632,000; po 23 dniach leczenia — 4,644,000; po dalszych 11 dniach (34 od początku) — 5,558,000.

P. VII. Córka urzędnika, lat 18. Przed leczeniem — 3,000,000; po 12 dniach leczenia — 3.500,000; po dalszych 19 dniach (31 od początku) — 4,200,000.

P. VIII. Służąca, lat 19. Przed leczeniem — 2,808,000; po 18 dniach leczenia — 3,920,000; po dalszych 14 dniach (32 od początku) — 4,160,000; po dalszych 13 dniach (45 od początku) — 4,520,000.

Zestawienie tych wyników z moimi wykazuje, iż przy leczeniu wodą żelazistą liczba ciałek czerwonych podnosi się wolniej, względnie w stopniu słabszym, niż przy leczeniu większemi dawkami nieorganicznego przetworu żelaza. Podczas gdy w wykazie powyższym liczba 5 milionów przekroczoną została 3 razy dopiero po 30—43 dniach leczenia, zaś po 12—26 pozostawała zawsze poniżej 5 milionów, w moich przypadkach wartości prawidłowe, kilka razy nawet nadnormalne, krążków czerwonych można było stwierdzić już po 15—20 dniach. Liczby ciałek czerwonych okazały się prawidłowemi nawet w obu tych przypadkach, w których pozostało jeszcze dość znaczne rozwodnienie krwi.

Wynik powyższy występuje, że powiemy, daleko plastyczniej przy obrachowaniu, ile — przeciętnie — ciałek czerwonych przybywało na dobę przy użyciu wody żelazistej i przy użyciu większych dawek *fer. hydrog. reducti*. Otóż w moich 7-miu przypadkach po 177 dniach leczenia przybyło 10.407 tysięcy krążków, czyli na dobę przeciętnie **58.790.** Przy leczeniu wodą krynicką po 217 dniach przybyło 9330 tysięcy krążków, czyli na dobę **43.000.** Biorąc do obrachunku pierwsze określenia, otrzymamy jeszcze mniej, bo za 113 dni leczenia 4576 tysięcy krążków, czyli na dobę **40.410** w 1 mlm. sz.

Te wyniki na korzyść większych dawek żelaza w przeciwstawieniu do wód żelazistych mogą być nie dla wszystkich przekonywającymi, a to z powodu niezbyt obfitego materyału z obu stron. Osobiście jednak nie mam żadnych wątpliwości w tym kierunku. W przeciągu mej działalności lekarskiej miałem np. dwa przypadki błędnicy, leczone przed zwróceniem się do mnie o poradę — prawie bez skutku przez 4—6 tygodni wodami żelazistemi (Krynica, Schwalbach). Zaleciłem zwykle *fer. hydrogenio reductum* i pacyentki po 2—3 tygodniach uważały się za zdrowe. Fakty tego rodzaju spostrzegali już i inni, a przedewszystkiem znów stary Niemeyer, u którego pigułki Blauda zawsze znacznie prędzej sprowadzały wyleczenie, niż wody żelaziste. Lekarze, praktykujący u wód żelazistych, istotnie uważają za potrzebne aż 4—6 tygodniową kuracyę.

Nie chcę przez te uwagi bynajmniej twierdzić, iż wody żelaziste mają tylko bardzo małe, albo wcale nie mają znaczenia przy leczeniu prawdziwej błędnicy. Znaczenie to jednak, — wedle powyżej wypowiedzianych uwag, — należy dopiero wykazać przez porównanie przebiegu przypadków nieleczonych i leczonych.

Sam fakt, iż przy użyciu żelaza w dawkach większych szybciej następuje odnowa krwi błędniczej, niż przy wodach mineralnych, ma natomiast znaczenie zasadnicze: okoliczność ta bowiem sama przez się stanowi postulowany dowód empiryczno-kliniczny, iż żelazo wywiera wpływ leczniczy przy błędnicy. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego *(favus)*.

Podał

Dr. J. T. Lenartowicz.

(Dokończenie).

Prócz tych mamy jednak przypadki mniej jasne, przebiegające z mniej klasycznymi, że się tak wyrażę, objawami i te wymagają odmiennego badania. Możemy je wszystkie objąć wspólną nazwą atypowego strupnia woszczynowatego, lub jak chcą autorowie francuzcy „favus sans favus“, t. j. strupień woszczynowaty bez głównej jego cechy charakterystycznej: bez tarczek. I tu znowu badania lat ostatnich znacznie rozszerzyły wiadomości nasze w tym kierunku. Wiemy teraz, że strupień woszczynowaty atypowy bez tarczek nie jest znowu taką rzadkością, a Bodin, opierając się na liczbach statystycznych, przez siebie zebranych, podaje, że na 100 przypadków zwykłego strupnia woszczyn. znaleźć możemy 8—10 atypowych. Tenże sam autor, idąc za Dubreuilhem i Aubertem, rozróżnia nawet trzy rozmaite postacie, a mianowicie:

1) strupień woszczynowaty łupieżowaty *(favus pityriasique)*.

2) strupień woszcz. liszajcowaty *(favus impetiginiforme)*

i 3) strupień wyłysiający *(favus à forme alopécique)*.

Postać pierwsza z ogólnego wejrzenia ma pewne podo-

bieństwo do łuszczycy głowy *(psoriasis)* i przy nieuważnem badaniu może być za nią wzięta. Znachodzimy bowiem w tej postaci tu i owdzie na skórze głowy partye lekko wyniosłe, ściśle ograniczone, łuszczące się silnie i przypominające barwą białą łusek, wykwity łuszczycowe. Dopiero po zdjęciu zupełnem łusek widzimy, że skóra w tem miejscu nie broczy, natomiast jest zaczerwieniona, a przy uważnem badaniu widzieć można na tle zaczerwienionem drobne kropkowate wyniosłości barwy żółtawej. Tu w rozpoznaniu ważną i może jedyną wskazówką jest zachowanie się i wejrzenie włosów; zachowują one bowiem najzupełniej charakter włosów dotkniętych strupniem woszczynowym. Są ćme, suche, jakby przyprószone, a za pociągnięciem łatwo wychodzą.

Druga postać przypomina żywo liszajec *(impetigo)*. I tu nigdzie śladów tarczek; natomiast liczne zmiany w postaci odosobnionych lub zlewających się strupów miękkich, wilgotnych, żółtych, jak przy liszaju. Dyrektywę i tu dają włosy, zachowujące się tak, jak wogóle przy strupniu woszczynowatym. Prócz tego, jeśli się ma dłuższy czas pacyenta w obserwacyi, można wykazać różnicę między liszajcem, a temi zmianami, bo zmiany przy strupniu woszczynowatym potrzebują kilku tygodni, nim dojdą do obrazu wyżej opisanego, a wogóle rozwijają się bardzo powoli. Jeśli się w końcu, nie zwróciwszy uwagi na wymienione cechy, weźmie zmianę chorobową za liszajec i leczy jako taki, leczenie pozostaje bez skutku, choroba nie ustępuje, a dopiero zastosowanie terapii, zwykle używanej przy strupniu woszczynowatym może ją usunąć.

Trzecią, stanowczo najtrudniejszą zdaniem Bodina do rozpoznania postacią jest *favus à forme alopécique*. Tu wszystkie zmiany odnoszą się do części skóry, pozbawionych zupełnie włosów, części niewielkich, 3—4 ctm. w średnicy, odosobnionych lub zlewających się ze sobą. Miejsca wyłysiałe mają tylko charakter bliznowaty, ale z wejrzenia ich nic orzec nie można; dopiero na granicy włosów dostrzega się zmiany, dotyczące mieszków, w postaci czerwonych punktów, tu i owdzie łuski przebite włosem. Rozstrzyga wejrzenie i zachowanie się włosów, a w trudnych przypadkach mikroskop.

Do jednego też z dwu pierwszych przypadków odnieść należy prawdopodobnie ten przypadek, który przed 4-ma laty opisał Petrini de Galatz z Bukaresztu[1]). Dotyczył on 16-letniej pacyentki, która od 7-go roku życia cierpiała na jakąś chorobę skórną na głowie, w zakresie prawej kości ciemieniowej. Próby leczenia prywatnego i ambulatoryjnego pozostały bez wyniku. Badanie wykazywało „w okolicy ciemieniowej po stronie prawej zmianę chorobową w postaci zaczerwienienia części skóry, 12 ctm. długiej, 7 ctm. szerokiej, kształtu owalnego. Miejsce to, rzadziej owłosione, pokryte było grubymi strupami barwy żółtej“. Badanie mikroskopowe wykazało obecność *achorion Schönleini*. Hodowle dały również wynik dodatni.

Sam autor uważa przypadek ten za ciekawy z dwu względów: raz dlatego, że „przez cały czas obserwacyi kilkomiesięcznej nie można było wykazać żadnej tarczki“, a powtóre dlatego, że „łuszczące się strupy, tworzące ogniska, zlokalizowane były na ograniczonej przestrzeni głowy i utrzymywały się na tem jedynie miejscu przez przeciąg kilku lat“. Kwestyę pierwszą wyjaśnia też autor twierdzeniem, iż przypadek był atypowy z grupy *favus sine favis;* jako objaśnienie drugiej podaje przypuszczenie, iż mogło chodzić albo o pewien gatunek *achorion* właściwy dla pewnych tylko gatunków zwierząt, a nie ludzi, lub też wprost o saprofityczny początek zwłaszcza, że w rodzinie pacyentki nikt na coś podobnego nie chorował. Przyjmuje też autor pewną wrodzoną odporność, jaką okazują często chorzy, dotknięci strupniem, u których w ciągu długiego trwania choroby wszystkie włosy zostają zniszczone, z wyjątkiem wązkiego ich rąbka w częściach obwodowych.

Z przytoczonego dopiero przypadku, jako też z wyżej podanego podziału dostatecznie widzimy, że strupień woszczynowaty niejednokrotnie może stawiać poważne w rozpoznaniu trudności i, aczkolwiek z większości przypadków sądząc, możnaby przyjąć, że zasadniczą cechą tej choroby są tarczki, to jednak coraz częściej opisywane przypadki atypowe znacznie obniżają ich znaczenie w dyagnostyce, a jak na teraz przynajmniej najważniejszym objawem rozpoznawczym musi być obecność lub brak *achorion*. Ważne też znaczenie przypisać musimy, jeśli nie chcemy lub nie możemy posługiwać się drobnowidem, wejrzeniu i zachowaniu się włosów.

Niemniej ciekawą i również na uwagę zasługującą jest sprawa umiejscowienia strupnia woszczynowatego. W ostatnich czasach leczono w klinice krakowskiej chorób skórnych przypadek, interesujący właśnie z powodu rzadko zdarzającego się miejsca usadowienia strupnia woszczynowatego; przypadek ten dał właśnie powód do napisania niniejszego artykułu.

Wiadomo, że strupień woszczynowaty pojawia się przeważnie na skórze owłosionej i to najczęściej na skórze głowy. Dawniej uważano to nawet za regułę i jeszcze Bazin[2]), jeden z bardziej znanych badaczy, mówiąc o lokalizacyi strupnia woszczynowatego, zaznacza wyraźnie: „*Il peut se montrer sur tous les points de la surface du corps, excepté là où il n'y a pas de poils*“. Nie rozumiał przez to naturalnie skóry owłosionej głowy tylko, lecz wogóle wszystkie te miejsca skóry, na których jest choćby meszek. Dziś wiemy, że i tak obszerne pojęcie nie jest dostateczne, bo mamy przypadki pojawiania się strupnia woszczynowatego i tam, gdzie włosów z reguły niema. I tak już w r. 1869 opisał Pick[3]) bardzo ciekawy przypadek, dotyczący 17-letniego pacyenta, izraelity, u którego na żołędzi prącia i w bróździe wieńcowej widoczne były typowe tarczki woszczynowe, a prócz tego na wewnętrznej stronie lewego uda, w miejscu, gdzie prącie i moszna dotykają powierzchni skóry, były zmiany o charakterze liszajowym (herpetycznym), odpowiadające początkowi strupnia woszczynowatego *(herpetisches Vorstadium)*. A przecie nikt nie przypuszcza, by na żołędzi prącia lub w bróździe wieńcowej znajdowały się włosy, a choćby i kto przyjmował możliwość takiej anomalii, to zbija to z góry sam Pick, zaznaczając wyraźnie, że „najtroskliwsze badanie szkłem powiększającem, ani na żołędzi prącia, ani w bróździe najdelikatniejszych nawet włosów nie wykazało“.

Drugi podobny przypadek ogłosił niedawno Glück[4])

[1]) Petrini de Galatz: Ein Fall von ungewöhnlichem Favus. (Archiv für Dermatologie und Syphilis XLIV Bd.).

[2]) Leçons sur les affections cut. parasitaires.

[3]) Pick: Ueber einen Fall von Favus an der Eichel des Gliedes (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. I.).

[4]) L. Glück: Ein Fall von Favus am Penis. (Archiv für Derm. und Syph. XLVIII. Bd.).

z Sarajewa: U chorego 33 lat liczącego, pasterza bydła, znajdowały się charakterystyczne tarczki woszczynowe barwy siarczano-żółtej, tak na napletku, jakoteż na żołędzi. Tarczki te bądź to odosobnione, bądź zlewające się z sobą, tworzyły rodzaj pasma, poczynającego się od napletka po stronie prawej, a schodzącego wzdłuż żołędzi aż do cewki moczowej, również do koła tarczkami objętej.

Już te dwa, choć niezmiernie rzadkie przypadki dowodzą, że strupień woszczynowaty niekoniecznie potrzebuje do rozwoju swego skóry owłosionej. Podnieść przytem należy, że obaj przytoczeni autorowie wyraźnie zaznaczają, iż u chorych, przez nich spostrzeganych, prócz zmian opisanych, nigdzie zresztą na ciele najlżejszych nawet objawów strupnia woszczynowatego znaleźć nie było można, czyli, że choroba odrazu te tylko wyjątkowe zajęła miejsca.

Jeszcze ciekawszym jest fakt przytoczony przez Kaposiego i Kundrata, odnoszący się do wystąpienia strupnia woszczynowatego na błonach śluzowych. U mężczyzny z ogólną woszczyną *(favus universalis)* skóry, w łączności z jej stanem zapalnym, wystąpiły nagle biegunki i wymioty bez żadnej wyraźnej przyczyny. Wyłoniła się możliwość przypuszczenia, czy też w przewodzie pokarmowym, wobec woszczyny ogólnej, niema zmian identycznych? Po śmierci, która nastąpiła w krótkim stosunkowo czasie wśród objawów ogólnego wyczerpania, dokonano sekcyi, a ta wykazała ogniska woszczynowe na błonie śluzowej przełyku i żołądka, prócz tego zmiany w jelitach, w postaci owrzodzeń o charakterze, nie dającym się odnieść do żadnych znanych dotąd zmian anatomicznych, a pochodzących najprawdopodobniej także ze strupnia woszczynowatego.

Tak więc, według tego, co dziś wiemy o strupniu woszczynowatym, podzielić go sobie możemy ze względu na umiejscowienie na dwie odrębne grupy: *a)* strupień woszczynowaty miejsc owłosionych; *b)* strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych (rzadszy).

Do grupy pierwszej zaliczamy wszystkie te przypadki, w których zmiany chorobowe zajmują bądź to skórę owłosioną głowy, bądź też brody, wzgórka łonowego, a nawet, jak to Pergens[5]) opisał, powieki.

Do grupy drugiej — przypadki rzadsze z umiejscowieniem na kończynach, na tułowiu, szyi i twarzy, a dział osobny tej grupy stanowi tak zwana *onychomycosis favosa* czyli woszczyna paznogci.

Ale i w grupie pierwszej pewne miejsca, jak wiemy, są częściej nagabywane, inne mniej, lub nawet wyjątkowo. I tak zaznaczyć wypada, że stosunkowo rzadko usadawia się strupień woszcz. na częściach sromowych, a Bodin nadmienia, iż zna jeden tylko przypadek strupnia woszczynowatego części sromnych, opisany przez Vidala i Leloira, a i w tym przypadku chodziło o osobnika z *favus universalis*.

Przypadek ten nie jest jednak istotnem *unicum* w piśmiennictwie, owszem, przy niezbyt ściśłem poszukiwaniu można ich znaleźć więcej, a samego strupnia moszen ogłoszono już kilka przypadków. Wszystkich szczegółowo opisywać nie będę; wspomnę tylko o przypadku podanym przez Nobla[6]). Chory zgłosił się z powodu przykrego swędzenia skóry moszen. Zbadany, okazywał tutaj typowe strupy o charakterystycznej barwie. Wywiady ściślejsze wykazały, że chory leczony był przed 6-ciu tygodniami na zapalenie przyjądrza i cewki moczowej, a leżał na sali obok chorego, dotkniętego woszczyną ogólną. Przeniesienie nastąpiło najprawdopodobniej przez służącego, opatrującego obu chorych bez uwzględnienia należytych ostrożności. Prócz tego notują przypadki strupnia woszczynowatego moszen Dubreuilh[7]) (dwukrotnie), Deutsch[8]) Favernier[9]).

Strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych występuje rzadko i z tego zakresu właśnie zamierzam przytoczyć przypadek, spostrzegany w klinice dermatologicznej krakowskiej, interesujący i ze względu na ściśle ograniczone a wyjątkowe umiejscowienie jego, oraz i ze względu na trudne rozpoznanie, które naprzód stawiano przypuszczalnie, a potem stwierdzono ostatecznie badaniem drobnowidowem.

Chora, K. K, lat 19, córka drukarza, zgłosiła się do ambulatoryum tutejszej kliniki chorób skórnych z prośbą o radę na wyrzut, usadowiony na szczycie nosa. Zmiana ta miała powstać na pięć dni przed zgłoszeniem się, a rozpoczęła się według podania chorej małym swędzącym pryszczykiem na samym szczycie nosa. Wyrzut ten po zdrapaniu miał się w 2-gim dniu pokryć strupem, dość szybko się powiększającym. Wywiady wykazały dalej, że chora bawiła się często z kotem, który według jej opowiadania okazywał zmiany chorobowe skórne w postaci 4 niedużych strupów barwy żółtej. Ponieważ z wejrzenia i z wywiadów można było przypuszczać włosozrost niszczący *(trichophyton tondens)*, lub woszczynę nosa, dokonano zaraz badania mikroskopowego, które stwierdziło rozpoznanie strupnia woszczynowatego.



Chora przyjęta do kliniki celem bliższego zbadania i leczenia.

Stan obecny: Budowa i odżywienie liche. Niedokrewność miernego stopnia. Skóra owłosiona głowy, jako też włosy same, bez zmian. Spojówki, wargi, błona śluzowa jamy ustnej blade, ale bez zmian. Gruczoły karkowe nie powiększone. Skóra twarzy, tułowia i kończyn blada, ale również bez zmian. Tylko na samym szczycie nosa zmiana choro-

[5]) Pergens: Favus des Augenliedes. (Archiv für Dermatologie und Syphilis XLVIII Bd. 282, XLIX Bd. 405).

[6]) Nobl: Favus am Scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XXX. Bd.).

[7]) Dubreuilh: Favus du scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLI. Bd.).

[8]) Deutsch: Favus am scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLV. Bd.).

[9]) Favernier: Un cas de favus du scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLIX. Bd.).

bowa w postaci strupa wielkości i kształtu halerza, barwy brudno-żółtej. Strup jest suchy, cząstki jego kruszą się łatwo; okazuje lekką wyniosłość w całości, a w środku nieznaczne zagłębienie. Objęty jest dokoła wązkim rąbkiem skóry zaczerwienionej i łuszczącej się delikatnie. Po jego mechanicznem zdjęciu daje się widzieć płytkie zagłębienie o dnie gładkiem, zaczerwienionem, niebroczącem.

Z opisu widać, iż sprawa chorobowa na pierwszy rzut oka mogła sprawiać pewne trudności rozpoznawcze, a to ze względu na wyjątkowe i tylko do jednego miejsca ograniczające się umiejscowienie, jak i na szybki stosunkowo swój rozwój, bo jak wywiady wykazują, od pojawienia się pierwszej zmiany (swędzącego pęcherzyka) aż do przybrania rozmiarów opisanej wyżej tarczki (bo tak ten okres już w czasie badania nazwać należało), upłynął niecały tydzień, podczas gdy w zwykłych warunkach strupień woszcz. skóry głowy potrzebuje na wytworzenie się typowej tarczki 4 do 5-ciu tygodni. Wytworzenie się przedewszystkiem na nosie a nie gdzieindziej tłómaczy zdaje się dostatecznie opowiadanie pacyentki, która twierdziła, że bawiąc się z kotem, często go całowała. Krótki stosunkowo czas dojścia do okresu tarczki zgadzałby się znowu ze spostrzeżeniami tych autorów, którzy opisując strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych, wyraźnie podnoszą, iż przebieg okazuje zwyczajnie charakter ostrzejszy, niż w zwykłych przypadkach, n. p. strupnia woszcz. głowy. Za to leczenie oczywiście jest łatwiejsze, bo w płytkich stosunkowo torebkach skóry, pokrytej choćby wybitnym meszkiem, pasorzyt długo utrzymać się nie może, a czasem samo mechaniczne usunięcie strupów i kilkorazowa zwykła kąpiel usuwa zmianę chorobową w zupełności. U pacyentki naszej zastosowaliśmy po usunięciu strupa zwykłe *unguent. Wilkinsoni*, a chora podleczona, na własne żądanie po paru dniach opuściła klinikę.

* * *

III. **Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.**

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki

(Ciąg dalszy).

Historya choroby naszego chorego przedstawia się, jak następuje:

J. K., zarobnik, lat 51. Rodzice i 9 z rodzeństwa umarli; przyczyny ich śmierci podać nie umie. Brat i siostra żyją zdrowi. Sam chory w 12 roku życia przebył jakąś chorobę żołądkowo-kiszkową, która trwała 4 lata. Dokładnie jej określić nie umie, ale pamięta, że każdego ranka naczczo, skoro się tylko przebudził, uczuwał w okolicy dołka podsercowego i pępka silny ból kurczowy, trwający około godziny. Powoli ból ten łagodniał i przez resztę dnia chory czuł się zdrowym. W 27 roku życia przebył kiłę.

Obecna choroba trwa od roku 1895. Od tego czasu mianowicie cierpi chory na jakieś bliżej nie określone bóle w okolicy żołądka, występujące nieregularnie, z kilkumiesięcznemi przerwami. Jako przyczynę ich podaje, że raz w lecie w czasie upału, zgrzany wypił kubek niedobrej wody. Bole te, chwilami pod postacią kurczów, występowały przeważnie w porze letniej, głównie po jedzeniu lub piciu. Z wiosną r. 1901 stan się pogorszył; bole coraz częstsze i silniejsze, często rozprzestrzeniające się popod oba łuki żebrowe i ku kręgosłupowi. Równocześnie z bolami występowały nudności, nadto uczucie, jakoby treść żołądka ustawicznie wracała się do gardła. Wymiotów nie miewał.

W październiku r. 1901 przebył, jak podaje, gruźlicę jądra lewego, na co leczył się w szpitalu prowincyonalnym. Na odjęcie jądra nie zgodził się. Jądro było wielkości pięści, bardzo bolesne. Już jednak w grudniu zmniejszyło się, a równocześnie ustąpiły bóle. Z chwilą wystąpienia choroby jądra (więc w październiku r. z.), zauważył chory w okolicy dołka podsercowego guz, przy dotyku bolesny, równo rozmieszczony po obu stronach linii środkowej ciała, wielkości pięści. Około grudnia r. z. guz po stronie lewej smugi białej zmniejszył się; natomiast po stronie prawej znacznie się powiększył i stwardniał. Nadto guz ten miał być ruchomy (jak chory podaje »guz po brzuchu chodził«). Z chwilą pojawienia się guza wystąpił brak łaknienia, a w ustach stały smak kwaśny. Bole, których dawniej określić nie mógł, od chwili pojawienia się guza nabrały głównie cechy bolów kurczowych. Chory podaje, że w środku guza powstaje kurcz, pochodzący do przełyku, a z drugiej strony rozprzestrzeniający się pod oba łuki żebrowe, ku kręgosłupowi i pod łopatki. Z chwilą, gdy ból dojdzie do przełyku, występuje silne odbijanie się treści, dawniej kwaśne, w ostatnich czasach nieraz gorzkie. Po chwili ból ten się rozchodzi, by za chwilę znowu wystąpić i to z większą siłą. Od grudnia bole te trwają stale.

Niezależnie od tych dolegliwości doznaje chory innego, nadzwyczaj mu „dokuczającego uczucia“, ustawicznego pukania w guzie.

Od tego czasu cierpi stale na zaparcie stolca. Stolec występuje zaledwie co kilka dni i to z trudnością, a ma kształt wązkich, cienkich „wstążek“.

Wymiotów nie miał nigdy. Raz je sobie sztucznie sprowadził dla zmniejszenia bolów, ale to nie pomogło. Obecnie nie ma też ani nudności, ani zgagi, lub pieczenia w żołądku, a skarży się głównie na bole, odbijania, zaparcie stolca i ogólne osłabienie. Chory przez całe życie nadmiernie nadużywał wyskoku tak, że czasem wypijał dziennie przeszło 30 kieliszków wódki.

Stan obecny.

Mężczyzna wzrostu średniego, budowy dobrej, odżywienia znacznie podupadłego, skóra wiotka, nie elastyczna. Gruczoły karkowe macalne, bardziej po stronie lewej. Na języku ku jego podstawie, szary nalot. Na skórze grzbietu liczne blizny promieniste, na obwodzie ciemno zabarwione. Objawów żółtaczki (skóra, spojówki) nie stwierdzono.

W płucach, prócz skąpych tu i ówdzie furczeń, wybitniejszych zmian niema. W sercu zmian również niema.

Brzuch: Na skórze nie można zauważyć jakichkolwiek zmian. Przy oglądaniu widzi się, że okolica podżebrza prawego jest znacznie wypuklona przez guz wielkości główki noworodka. Wypuklenie to w mniejszym stopniu przechodzi i na stronę lewą od linii środkowej ciała. Skóra nad guzem niezmieniona, z guzem niezrośnięta. Przy usiłowanem siadaniu chorego bez pomocy rąk guz znika, przy głębokich wdechach guz się obniża, dochodząc do pępka. Po obniżeniu guza przy głębokich wdechach można go przy pępku zatrzymać, a mimo to chory może nadal swobodnie oddechać. Wypuk nad guzem stłumiony bębenkowy, o tonie bardzo wysokim. W linii sutkowej prawej stłumienie nad wątrobą przechodzi bezpośrednio w stłumienie nad guzem, tutaj wyraźniejsze. Na wewnątrz od tej linii i nieco poniżej pomiędzy stłumieniem zależnem od wątroby, a takiemże od guza, wykazać można przy silnem pukaniu wązki pas wypuku wysoko bębenkowego. Powierzchnia guza gładka, zbitość elastyczna.

Zresztą w jamie brzusznej ani obmacaniem, ani opukiwaniem żadnych zmian wykazać nie można. Śledziona niemacalna; wypukiem niepowiększona.

Po wydęciu żołądka guz znika tak, że ani wzrokiem, ani wypukiem, ani obmacaniem stwierdzić go nie można. Górna granica żołądka wówczas zarysowuje się na 2 palce niżej wyrostka mieczykowatego, a dolna na 2 palce ponad pępkiem. Przez wydęcie grubych kiszek żadnych zmian w guzie i jego położeniu zauważyć nie można.

Na skórze tuż nad pachwiną blizny promieniste, ciemno-różowe. Gruczoły w obu pachwinach powiększone, wielkości fasoli i bobu, twarde. Lewe jądro w trójnasób większe, niż prawe. Guza w nim wykazać nie można. Chełbotania niema. Powiększenie zależy głównie od jądra samego.

Na podudziach obrzęków niema. Na podudziu lewem w górnej trzeciej, na prawem zaś w dolnej trzeciej — liczne blizny.

Badanie przez odbytnicę nie wykazuje żadnych nieprawidłowości.

Ciepłota ciała nie podwyższona (36·8). Tętno miarowe, dobrze napięte, wynosi 80 uderzeń na minutę.

Rozbiór moczu. Barwa — winowo-żółta *(sedimentum latericium)*, woń prawidłowa, oddziaływanie: kwaśne, ciężar gat.: 1020.

Białko: próbą: *a)* Hellera, *b)* kw. octowym i zagotowaniem, *c)* kwas octowy 30%, *d)* kwas octowy 3% i żelazosinek — obecne. Ilościowo: próbą Roberts-Stolnikowa wynosi 0·033%. Redukcya pr. Worma-Müllera — zwiększona. Cukru próbą Nylandra niema. Urobiliua nieco zwiększona. Na granicach smugi urobiliny absorbcya jest źle odgraniczona. Chlorki w przybliżeniu zmniejszone. Fosforany ziem i ogólne obfite. Osad obfity, składa się z przybłonków płaskich, ciałek wypocinowych i licznych bardzo moczanów.

Stolec, prócz kształtu (wązkie, krótkie zbite kawałki), zmian nie przedstawia.

Rozbiór treści żołądkowej.

a) Badanie chemiczne.

	17/2	18/2	18/2	18/2
	naczczo po wlaniu 50 grm. wody	naczczo po wlaniu 50 grm. wody	metoda białkowa po 3 kw bez wlania	obiad próbny Leubego w 4 godziny bez wlania
Ilość płynu aspirowanego, wejrzenie i własności fizykalne treści samej	50 mętna, z żółtymi strzępami	50 mętna, biaława	50 mętna, ze strzępami niestrawionymi białka	100 mętna, żółtawa
Przesącz .	wodo-jasny	jasny, przejrzysty	jasny	jasny
Oddziaływ. .	obojętne	obojętne	obojętne	kwaśne
Kwas solny	—	—	—	obecny
K. mlekowy	—	—	—	—
K. tłuszczowe	—	—	—	—
Stopień kwas.	—	—	—	18
Śluz . . .	wyraźny	wyraźny	wyraźny	ślad
Białko rozpuszczone	obecne	brak	brak	ślad
Pepton . .	obecny	brak	brak	ślad

b) Badanie mikroskopowe.

17/2	18/2	18/2	18/2
Bardzo wielka ilość ciałek wypocinowych, przybłonki płaskie, jąderka, drobnoustroje, nitki śluzu. Liczne twory okrągłe i kształtu gruszkowatego z rzęsą na jednym biegunie; okrągłe ze szczoteczką po jednej stronie. Protoplazma ziarnista, gdzieniegdzie wakuole. Ruchów nie zauważono.	Liczne ciałka wypocinowe, przybłonki płaskie, jąderka, pojedyncze ziarna skrobi, drobnoustroje śluz. Twory jak 17/2.	Miazga, ciałka wypocinowe, jąderka śluz.	Włókna mięsne z utrzymaniem prążkowaniem, kulki tłuszczu, przy błonki płaskie, drobnoustroje.

Rozpoznanie kliniczne: *cystis pancreatis* 24/2. Laparotomia po poprzedniem zwyczajnem przygotowaniu. Operował R. Dw. Prof. Dr. L. Rydygier. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny.

Cięcie skórne poprowadzono nieco na prawo od smugi białej przez największą wypukłość guza od wyrostka mieczykowatego na 2 palce poniżej pępka.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: w głębi guz wielkości głowy dorosłego człowieka, o wyraźnem chełbotaniu. Na guzie znajduje się żołądek wielkości prawidłowej, poniżej niego poprzecznica. Wątroba przesunięta przez guz ku górze, pod przeponę, nie powiększona, o powierzchni gładkiej, bez zmian. W sieci dużej liczne gruczoły, wielkości ziarnka fasoli i grochu. Żyły tamże znacznie poroszerzane. By dostać się do torbiela, trzeba było zrobić podłużną szczelinę w sieci, w miejscu położonem między żołądkiem a poprzecznicą. Torbiel nieruchomy, sięga aż pod wyrostek mieczykowaty, zrośnięty na znacznej przestrzeni z tylną ścianą żołądka. Z powodu tych i innych rozległych i silnych zrostów torbiela z otoczeniem musiano ograniczyć się do nacięcia i wszycia ściany jego w ranę powłok brzusznych. Po nacięciu więc i wypuszczeniu przeszło 2 litrów płynu brunatnawo-czarnego, pieniącego się, założono przez ściany torbiela po obu stronach szwy materacowe, których końce przeprowadzono przez powłoki brzuszne na zewnątrz i tu związano. U góry nadto dodano jeszcze przez obie ściany i powłoki jeden szew jedwabny, gruby, a to samo zrobiono i w dole.

Ranę w powłokach zmniejszono od dołu i góry szwami trójrzędowymi do wielkości talara. Jamę torbiela wytamponowano gazą jodoformową.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, zupełnie bezgorączkowy. Przy pierwszej zmianie opatrunku zastąpiono gazę jodoformową sączkami gumowymi. Okolica rany na objętość dłoni zaczerwieniona, zajęta wypryskiem, na co stosowano już to maść cynkową, już to okłady z płynu Bourowa w słabym rozczynie (1:5). Przetoka powoli, lecz stale zmniejszała się tak, że przy wypisaniu chorego z kliniki (17/5 1902) była jeszcze głęboką, zaledwie na 4 ctm.

Rozbiór chemiczny płynu wypuszczonego z torbiela. (Zakład chemii lekarskiej Prof. Dra Niemiłowicza).

Oddziaływanie słabo alkaliczne.
Płyn gęstawy, ciemno-brunatny, o ciężarze gatunkowym — 1019
Stosunek osadu do płynu — 0·5%.
*Polaryzacya po strąceniu białka — 0·25°.
Spektroskop: oksyhemoglobina i methemoglobina.

Substancya stała	5·336%.
Popiół	0·963%.
Azot ogólny	0·67%.
obliczony na białko . .	4·1875%.
Azot białka rodzimego	0·57%
obliczony na białko	3·6%.

Nukleoalbumina — jakościowo wykazana.
Tłuszcze — jakościowo wykazane.

Zestawienie:

Z substancyi stałej	5·336%	przypada
na białko rodzime	3·6%	
na nukleoalbuminy i inne substancye azotowe	0·5875%.	
Na popiół	0·963%.	
Reszta	0·1855%	przypada
na tłuszcze i mydło.		

Badanie, przeprowadzone w kierunku specyficznych składników soku trzustkowego, nie wykazało ani enzymu proteolitycznego, ani dyastatycznego; nie wykazano też peptonu, leucyny, tyrozyny, glikonukleoproteidu; jednem słowem nie wykazano nic takiego, coby pozytywnie świadczyło o jakimś bliższym związku tego torbiela z trzustką.

Osad składa się z limfocytów, małej ilości leukocytów i bardzo licznych ciałek czerwonych niezmienionych, nadto nielicznych przybłonków.

Bakteryologiczne badanie płynu wykazuje, że jest on zupełnie jałowym.

Mikroskopowo w ściankach guza, wyciętych podczas operacyi, wykazano tylko włókna tkanki łącznej. Przy obmacaniu worka torbiela podczas operacyi palcem, stwierdzić można było, że wewnętrzna jego powierzchnia była zupełnie gładka i nie przedstawiała nigdzie zaułków lub zatok. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Jacobson i Dr. L. Blau. **Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte u. Studirende.** Wydanie 3-cie przerobione, z 345 rycinami. (Georg Thieme. Lipsk 1902).

Szybkie wyczerpanie poprzedzających wydań przemawia najlepiej za pożytecznością i wartością tej książki, a jednocześnie wywołało potrzebę nowego wydania, które tym razem przyszło do skutku przy współpracownictwie zaszczytnie znanego w piśmiennictwie Dra Blaua. Licznemi uzupełnieniami i zmianami, będącemi następstwem postępu i rozwoju w nauce, wzbogacili autorowie to nowe wydanie, w którem znajdujemy wszelkie nowoczesne zdobycze na polu otyatryi tak, że podręcznik ten obejmuje całokształt wiedzy otyatrycznej w dobie obecnej. W ustępie o prawidłowej zdolności słuchu znajdujemy krytyczny przegląd nowszych teoryj słuchu Beckmanna i Zimmermanna, obok dawniejszej Helmholtza. Nowszym postępom nauki odpowiadają

dalej uzupełnienia w ustępach o „pneumomasażu“, o przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środk., o suchym nieżycie ucha środ., o operacyi doszczętnej, o głuchoniemocie, o powikłaniach śródczaszkowych, o zapaleniach uszów w chorobach zakaźnych i t. d. Zresztą podział jest ten sam, co w dawniejszych wydaniach. Dla tych czytelników jednak, którzy tamtych nie znają, podnieść należy, że autorowie, uwzględniając ograniczony czas uczącego się lekarza praktycznego, starali się przedstawić tylko to, co rzeczywiście godnem jest wiedzy. Odpowiednio do tego zamiaru podali z anatomii tylko szczegóły ważne dla lekarza pod względem praktycznym, a z fizyologii tylko to, co jest potrzebne dla zrozumienia przedmiotu. Jednak większe uwzględnienie anatomii kości skroniowej i błędnika byłoby, jak się nam zdaje, pożądanem.

Z kolei następuje część ogólna, rozpoznanie, symptomatologia, wywiady i leczenie ogólne. Przy roztrząsaniu prób słuchu podaje J. ostrej krytyce znane metody i wysnute z nich wnioski. Ujemne stanowisko tego autora w tej sprawie znane jest z dawniejszych jego prac; nam się jeszcze zdaje, że jest ono zbyt skrajne i przesadne. Wskazówki dla badania i kierowania narzędziami są ścisłe i dokładne.

W części szczegółowej autorowie podają możliwie zupełny i jasny obraz chorób usznych i ich leczenia, z uwzględnieniem ważnych zagadnień życia praktycznego. Uderzać musi, że w rozdziale o chorobach trąbki nie znajdujemy ani nieżytu, ani zapalenia, których opisu szukać należy dopiero w innych działach książki. Z uznaniem podnieść wypada przeglądowe przedstawienie historycznego rozwoju zabiegów operacyjnych na wyrostku sutkowym, jasne ich skreślenie, jakoteż powikłań wśródczaszkowych; dalej pożyteczne są uwagi do rozpoznawania lokalizacyi chorób mózgowych i do projekcyi ośrodków korowych, oraz brózd mózgowia na powierzchni czaszki.

Nakoniec znajdujemy ustępy o ubezpieczeniu na życie i o zdolności do służby wojskowej chorych na uszy, o stosunku tych chorób do innych cierpień, oraz o chorobach gardła i nosa.

Mimo istotnej zwięzłości autorowie oddali świetnie całokształt aotyatryi nowoczesnej, a przez gruntowne uwzględnienie rozpoznania i leczenia uczynili zadość wymaganiom praktycznej potrzeby. Jako zaletę pierwszorzędną uważamy to, że omawiając leczenie pewnych uporczywych stanów chorobowych, jak n. p. szumu w uszach, albo ropienia przewlekłego autorowie nie ograniczyli się do podania kilku najwięcej używanych metod leczniczych, lecz przedstawiają do wyboru lekarza cały ich szereg, zalecanych przez różnych autorów. Ten sposób przedstawienia uważamy za usprawiedliwiony z tego powodu, że jak uczy doświadczenie, właśnie w tych i podobnych cierpieniach zmiana leku, przechodzenie od jednej metody do drugiej nierzadko prowadzi do celu zamierzonego, zwłaszcza w przypadkach, w których konsekwentne obstawanie na jednym, choć zkądinąd najwięcej używanym sposobie leczenia zostaje bez skutku. Na uznanie zasługuje również dobitne podkreślenie konieczności i ważności wczesnego leczenia tych chorób. Liczne, umieszczone na 19 tablicach rysunki, których liczba urosła z 330 w ostatnim wydaniu do 343, ułatwiają zrozumienie stosunków anatomicznych.

Uznania godnym jest przegląd piśmiennictwa, zebranego z szczególną pilnością i sumienną gruntownością, sięgającego aż do ostatnich prac, ogłoszonych do końca roku 1901, co czyni to dzieło cennem źródłem dla każdego, zajmującego się naukowo na tem polu. Wydanie jest okazałe, godne treści. Skarcić należy zbyt często użyty nader mały, a nużący oczy druk; jest to wada, która przy najbliższem wydaniu łatwo da się usunąć, przez co wprawdzie podniesie się cena dzieła, lecz i podniesie się jeszcze w większej mierze jego pożyteczność. *Spira.*

V. Wyciągi.

Michelet. **Czy należy skrobać macicę przy poronieniu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1, 1903). W ostatnich latach pojawiały się prace, występujące przeciw skrobaniu macicy po poronieniu, a zalecające wydobycie resztek jaja palcem. W obronie skrobania występuje autor z okazyi przytoczonego przypadku. U pacyentki, która poprzednio kilka razy poroniła, wykonano przy ostatniem poronieniu z powodu zamknięcia ujścia wewnętrznego także skrobanie; w trzy dni później krwawienie znowu się pojawiło; rozszerzono więc w uśpieniu przewód szyi tak, że udało się palcem obmacać wnętrze macicy. Przy badaniu tem znaleziono w dnie twardą resztkę jaja płodowego, tak silnie do dna przymocowaną, iż palcem oddzielić się nie dała: musiano więc ponownie jamę macicy wyskrobać. Krwawienie po zabiegu tym ustało, a w rok później pacyentka porodziła płód donoszony, dobrze rozwinięty. W przypadkach więc tych, gdzie resztki trzymają się bardzo silnie ścian macicy, skrobanie jest konieczne. Dalszą zaletą skrobania jest całkowite usunięcie zmienionej błony śluzowej macicy i odrodzenie nowej, która jest zdolną do utrzymania ciąży, jak właśnie dowodzi opisany przypadek. *P.*

Elschner. **Częsty błąd w zastósowaniu zabiegu Credégo.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). W trzecim okresie porodowym prawie zawsze macica zbacza na jedną stronę. Podczas zastosowania zabiegu Credégo popełnia się ten błąd, iż się naciera i ugniata macicę w fałszywem miejscu, przez co tylko utrudniamy wydalenie łożyska. Naprzód należy pamiętać o odchyleniu macicy ku środkowej linii ciała, a potem wykonywać zabieg Credégo. Zdarza się to często położnym, wzywającym lekarza do rzekomego przyrośnięcia łożyska. *G. Grzybowski.*

Heil. **Zapobieganie wytwarzaniu się krwiaka zapomocą cięcia nadłonowego według Küstnera.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45, 1903). Opisawszy dokładnie sposób wykonania cięcia krzyżowego Küstnera, poleca autor w celu uniknięcia powstania krwiaka założyć w brzegach rany małe kawałki gazy, lub cienkie dreny. Zaletami cięcia krzyżowego jest bardzo silne trzymanie się powłok brzusznych i skutkiem tego nieprawdopodobieństwo powstania przepukliny, a nadto prawie niewidoczność blizny, która gubi się w fałdach poprzecznych skóry. Cięcie to poleca H. przy mniejszych operacyach trąbek i przy wentrofiksacyi. *P.*

K. Czerwenka. **Żylne kamienie w narządzie rodnym kobiety.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Zakrzep naczyniowy, jeśli tylko nie zropieje, ulega dwojakim zmianom: albo przeobrażeniu łącznotkankowemu, będącemu przyczyną zgrubienia wewnętrznej błony naczynia, albo też wytworzeniu się postronków zacieśniających i zamykających światło naczynia. W innych razach ogranicza się sprawa do powstania zwapniałych kamyków. Jakkolwiek zdawałoby się, że warunki krążenia w układzie naczyniowym ciężarnej kobiety sprzyjają tworzeniu się kamyków, przecież napotyka się je bardzo rzadko. Autor wspomina tylko o jednym przypadku Kossmanna i dołącza swój drugi. U wieloródki, krwawiącej od dwóch tygodni, znaleziono w bocznych ścianach pochwy twarde guzki, wielkości groszku, nieprzesuwalne, ułożone w szeregu, gdzieniegdzie porozrzucane. Rozciągały się od środka ścian pochwy w górę, mniejwięcej do wysokości środkowej części szyjki, a na bok w dolne części szerokiego więzadła. Chemiczny rozbiór wykazał głównie obecność fosforanu i węglanu wapniowego. Krwawienie z macicy pochodziło prawdopodobnie z zastoju żylnego, wywołanego utworzeniem się kamyków. Wyskrobanie wnętrza macicy nie dało pożądanego wyniku. *G. Grzybowski* (Kraków).

Jerusalem. **Związek między miesiączką, a różą.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 16, 1903). Według zapatrywań Flisa podczas miesiączki zachodzą pewne zmiany w całym ustroju; zmiany te specyalnie dają się spostrzegać w nosie. Po zmianach w nosie można rozpoznać tak zwane dni peryodowe, które u kobiet pojawiają się co 28 dni, u mężczyzn co 23 dni. Na poparcie niejako zapatrywań Flisa przytacza autor jako dowód zmian w czasie miesiączki w całym ustroju, pojawianie się róży u kobiet zwykle w czasie peryodu. W $^3/_4$ wszystkich przypadków róży u kobiet pojawiała się ona zawsze podczas miesiączki, albo w pierwszym lub w ostatnim jej dniu. Róża występowała na twarzy: u kobiet ze skąpą miesiączką objawy bywały zawsze cięższe. Przypuszcza J., że po pierwszym napadzie róży pozostają w zaułkach limfatycznych nosa paciorkowce, które skutkiem przekrwienia nosa w dniach peryodu nabierają żywotności i nowy sprowadzają wykwit; z drugiej strony obrzękła w tym czasie błona śluzowa nosa, tworząc małe nadżerki, jest więcej przystępna dla zakażenia. Aby uniknąć nawrotu cho-

roby, radzi J. przez dłuższy czas przepłókiwać nos i gardło jakimś środkiem antyseptycznym; różę zaś samą leczyć zapomocą ciepła. Przy wstrzykiwaniach surowicy w ilości od 50—150 ctm. nie widział żadnego skutku. *P.*

Ostrcil. **Przyczynek do leczenia drgawek.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1902). Autor rozporządza 92 przypadkami drgawek; 80 pierwiastek i 12 wieloródek. Ogólna śmiertelność 16%. Chcąc ocenić wartość pojedynczych środków leczniczych, trzeba mieć dokładne pojęcie o rokowaniu w tej chorobie. Jest ono najgorsze w ciąży, a najlepsze w połogu. Ilość napadów nie ma tak wielkiego znaczenia, jak tętno i ciepłota ciała. Tętno jest zwykle przyspieszone i dobrze napięte; tętno szybkie, ale miękkie, jest złym znakiem prognostycznym. Ciepłota jest podczas napadu zwykle podwyższoną; im wyższa ciepłota, tem gorsze rokowanie. Ilość białka w moczu niema tak wielkiego znaczenia, jak ilość samego moczu; skąpa ilość moczu, lub nawet bezmocz — są złym znakiem prognostycznym. Dla celów praktycznych dzieli autor przypadki drgawek na trzy grupy: 1) przypadki, gdzie w drugim okresie porodowym występują jeden, lub dwa napady (najczęściej w następstwie jakiegoś rękoczynu), które się jednak po porodzie nie powtarzają. Są to przypadki dobrotliwe, nazwane przez autora drgawkami odruchowemi „eclampsia reflectorica"; tu każde leczenie jest wystarczające; 2) przypadki kończące się śmiertelnie, w których sekcya wykazuje stare zmiany przewlekłe w narządach wewnętrznych (schorzenie nerek, serca); leczenie tej postaci jest bezskuteczne; 3) przypadki, w których sekcya wykazuje owe charakterystyczne zmiany dla drgawek, jak zwyrodnienia, zakrzepy i krwotoki; tu leczenie może mieć pewien wpływ dodatni. Zwykle w użyciu są środki nasenne: chloroform, morfina, chloral; nie mają one naturalnie żadnego wpływu na samą chorobę, lecz obniżając drażliwość układu nerwowego, mogą zmniejszyć liczbę napadów, chociaż i to niezawsze się udaje. Autor nie jest zwolennikiem tych środków, zamiast bowiem wydalić trucizny, których w ustroju aż nadto się znajduje, wcielamy trucizny świeże i to — jak powszechnie radzą — w wielkich ilościach; autor poleca w tym celu używanie soli bromowych w lewatywach. Sole jednak nie mają znaczenia leczniczego. Celem uzyskania obfitych potów radzi O. raczej zawijania w ciepłe prześcieradła, aniżeli ciepłe kąpiele; przy tych bowiem konieczne są pewne manipulacye, które mogą wywołać świeże napady drgawek. W ostatnich czasach zwrócono się znowu do upustów krwi, nieraz z bardzo dobrym skutkiem. Przez upust krwi jesteśmy w stanie zmniejszyć parcie w naczyniach i uchronić chorą niejednokrotnie przed krwotokami, szczególnie mózgowymi, które same przez się mogą być przyczyną śmierci. Autor zauważył, iż w przypadkach, gdzie zastosowano upust krwi, a które zakończyły się śmiercią, sekcya nie wykazała tych charakterystycznych krwotoków, albo tylko w miernej ilości. Nadto przez upust krwi wydalamy z ustroju trucizny, które zdają się być przyczyną samej choroby. Jeżeli po upuście krwi tętno staje się szybkie i miękkie, należy zastosować rozczyn soli kuchennej (0.6%) podskórnie, lub w lewatywie. Upust krwi należy zawsze robić dopiero po porodzie, ze względu na niedający się przewidzieć krwotok porodowy. Co się tyczy rozwiązania kobiety, to i autor jest zdania, że należy poród ukończyć o ile możności jaknajwcześniej i jaknajłagodniej, zawsze w głębokiem uśpieniu. Jeżeli szyjka jest jeszcze utrzymana i wązka, należy ją rozszerzyć przyrządem Bossiego, który w tych razach może oddać znakomite usługi; jeżeli zaś szyjka już zanikła, a tylko ujście macicy jest wązkie, należy je rozszerzyć zapomocą balonu nieelastycznego Champetiera lub Müllera. *Dr. E. Ehrenpreis.*

G. Zuelzer. **O leczeniu odmy piersiowej.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień). Przyczyną odmy piersiowej w 90% przypadków jest gruźlica płuc; dlatego rokowanie jest nader niekorzystne i jeśli niema otoku ropnego, ograniczamy leczenie do stosowania morfiny, baniek, środków ocucających i t. p. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach doszedł Aron do tychsamych wyników, jak Unverricht *), lecz podczas gdy ten ostatni zaleca każdą ostrą odmę piersiową zamkniętą i zastawkową zamieniać natychmiast na otwartą przez założenie otwartej przetoki piersiowej, Aron radzi zapomocą sączkowania lewarowego Bülaua ciągłe odprowadzanie nadmiaru powietrza, któryby wywołał znaczniejsze ciśnienie dodatnie w jamie opłucnowej. Wykonanie jest bardzo proste i łatwe: wyjałowioną igłę do nakłóć lub trójgraniec łączy się drenem, wypełnionym rozczynem borowym wyjałowionym i sięgającym do naczynia na podłodze napełnionego tym płynem. Po wbiciu w opłucnę przytwierdzamy igłę przylepcem i powietrze przechodzi w bańkach przez płyn. Co do wyboru tych dwóch sposobów radzi Z. jak następuje: Jeśli odma piersiowa jest następstwem daleko posuniętej gruźlicy, stanowczo należy się pierwszeństwo założeniu przetoki według Unverrichta, która choremu daje większą swobodę w ruchach. Jeśli zaś mamy przed sobą gruźlicę nieznaczną, lub tylko pęknięty pęcherzyk rozedmy, to sączkowanie lewarowe Bülaua jest korzystniejsze. Należy jednak o tem pamiętać, że sama zamiana odmy piersiowej na otwartą nie sprowadza jej wyleczenia, tylko że chory przebywa w względnie dobrym stanie ogólnym do zabliźnienia się otworu, t. j. do pierwszego stopnia wyleczenia. Jest to więc tylko wskazanie życiowe i jeśli już przedtem stan chorego był beznadziejnym, to mała ta operacya oszczędza choremu straszliwych mąk dni ostatnich. Skoro na kilka godzin zamykamy dren lewarowy i nie występują objawy wzmożonego ciśnienia w jamie opłucnowej, to zastawka płucna jest już zamkniętą i niebezpieczeństwa dla oddechu i ciśnienia krwi ustały.

Autor stosował sposób Arona w przypadku odmy piersiowej ostrej i zupełnej po stronie prawej i osiągnął w niespełna 4 dniach zupełne wyleczenie o tyle, że wypukiem odmy nie można było więcej stwierdzić. Z początku powietrze wychodziło z płynu bańkami, potem jednakże trzeba było od czasu do czasu wypompować powietrze tylko przez zaciśnięcie drenu, a nie strzykawką, co dziś słusznie jest zarzuconem. Wkrótce i zapomocą aspiracyi nie można było więcej powietrza wydobyć i po 34 godzinach usunięto igłę do nakłóć. Natychmiast po nakłóciu lub aspiracyi ustawały wszelkie ciężkie objawy, mimo że każdym razem wychodziło tylko kilka baniek powietrza. Postępowania Arona i Unverrichta są więc bardzo zachęcające; przynoszą one ulgę choremu, umożliwiają rychłe rozszerzenie się płuca i skracają czas odmy piersiowej do $^1/_5$—$^1/_{10}$ zwykłego jej trwania. *Dr. Fels.*

Doc. Dr. Ercklentz. **Leczenie zapomocą infuzyi.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1903). Leczenie zapomocą wlewań polega na systematycznem wprowadzaniu wielkich ilości izotonicznego rozczynu soli kuchennej do chorego ustroju ludzkiego. W klinicznem piśmiennictwie niema wzmianki o ujemnym wpływie tej metody leczenia. Do korzystnych objawów zaliczyć należy: wyraźną poprawę ogólnego stanu chorych, podniecenie serca, szybszą odnowę ciałek krwi czerwonych, podniesienie parcia tętniczego przez napełnienie układu krwionośnego przy upośledzonem działaniu nerwów naczynioruchowych w przebiegu chorób zakaźnych. Działanie wlewań polega na rozcieńczeniu krążących w ustroju wytworów trujących i szybsze ich wydzielenie naturalnemi drogami wydzielniczemi, względnie nerkami, zapomocą zwiększonego moczenia. Sanquirico wspomina o odtruciu ustroju zwierzęcego zapomocą wlewań w przebiegu zatrucia morfiną i strychniną. Ercklentz udowodnił działanie odtruwające wlewań przy zatruciu aniliną i chloranem potasowym, a zabiegi te, stale stosowane, niejako wypłókują pojedyncze tkaniny ustroju. Ujemny wynik wlewań w chorobach zakaźnych wyjaśnia Prof. Klecki, który udowodnił, że nietyle bakterye, ile właściwie wytwory ich życia trudno się wydzielają z ustroju. W klinice wrocławskiej otrzymano korzystne wyniki wlewań w przebiegu spraw posocznicowych, stanów mocznicowych i w ciężkich niedokrwenościach. Korzystne wyniki wlewań osięga się wtedy tylko, jeżeli postępuje się w myśl zasad Samuela i Lenhartza, t. j. jeżeli wprowadzimy do ustroju bądź przez podskórne wlewanie, bądź wprost do żył jednorazowo, lub nawet kilkakrotnie dziennie, 1 do 2 litrów rozczynu 0·9% do 0·92% soli kuchennej, który to rozczyn z powodu swojej izotonii przedstawia się jako płyn obojętny dla krwi i jej składników. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Boldyrew. **Okresowe objawy faliste w czynności dolnego odcinka przewodu pokarmowego.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 34). Czyniąc swoje spostrzeżenie na psach z przetokami żołądkową, trzustkową i jelitową, założonemi w górnym odcinku jelit cienkich i w kiszce ślepej, zauważył B. nadzwyczaj interesującą okoliczność, mianowicie, że czynność przewodu pokarmowego w stanie głodnym zwierzęcia jest okresową. Okresy czynnego stanu żołądka, trzustki i jelit zawsze występowały jednocześnie, trwały przez jednakowy przeciąg czasu i odznaczały się jednakową siłą czynności tych odcinków przewodu pokarmowego: stan czynny z zadziwiającą prawidłowością przechodził w okres bezczynności wszystkich tych narządów, który takoż obejmował zawsze stały przeciąg czasu: okres czynny trwał 15, — bezczynności $2^1/_4$ godziny.

Obraz ten zupełnie zmieniał się pod wpływem spożywania pokarmu lub rzekomego karmienia psów: okresowość czynności i spoczynku różnych odcinków przewodu pokarmowego znikała i sok trzustkowy wydzielał się bez przerwy. Okresowość występowała znowu dopiero po ukończeniu trawienia pokarmu w żołądku, cechując się pierwszym czynnym okresem o znacznej długotrwałości i energii, przewyższającej pod tym względem 2 do 3 razy następne okresy, jak również i okresy czynne głodnych psów. Wyjaśnienie znaczenia tego zjawiska stanowi przedmiot dalszej pracy autora. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

*) »Przegląd lekarski» 1902, Nr. 11.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lesser. **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami kalomelu.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1903, styczeń). Spostrzeganie dokładniejsze poucza, że różne sposoby stosowania rtęci mają zupełnie różną wartość nietylko ze względu na swój skutek ogólny, lecz także ze względu na poszczególne objawy przymiotu. Takim sposobem, dokładniej znanym, są wstrzykiwania kalomelu, zarzucone przez wielu z powodu sprowadzania ciężkich, a nawet śmiertelnych objawów zatrucia. L. za przykładem Fourniera poleca wstrzykiwania te wobec wrzodów kiły złośliwej galopującej i zapalenia języka, występującego w trzecim okresie kiły w kształcie uporczywego modzela (*glossitis indurativa syphilitica*), w których skutek wstrzykiwań kalomelu jest często wprost olśniewający, podczas gdy pod wpływem innych metod leczenia rtęcią sprawy te nawet się pogarszają. Również dla ciężkich postaci zapalenia tęczówki niema pewniejszego środka nad wstrzykiwania kalomelu. L. poleca rozczyn kalomelu w oliwie i pierwszy raz tylko 0,05, potem po 0,1 kalomelu, wstrzykiwać co 8 dni; najwyżej 4—5 zastrzyknięć po sobie następujących. Przykre są jednakże występujące często sprawy zapalne w miejscu zastrzyknięcia, szczególnie objawy ogólnego zatrucia rtęciowego, które w kilku przypadkach zakończyły się nawet śmiercią. Dlatego też należy wstrzykiwania kalomelu stosować z największą ostrożnością i tylko tam, gdzie są rzeczywiście potrzebne z powodu ciężkiego objawu, nie ustępującego przed innym sposobem leczenia; natomiast, jako ogólna metoda leczenia kiły, wstrzykiwania kalomelu się nie nadają. *Dr. Fels.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7. listopada 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 44.

1. Kol. Slęk przedstawia chorą z syringomyelią, u której są rozległe zmiany odżywcze w stawie barkowym prawym. Prelegent zamierza wykonać u chorej tej wycięcie stawu. (W kilka dni później wykonał kol. Slęk typową resekcyę stawu barkowego bez żadnego znieczulenia. Chora mimo tego nie czuła zupełnie bólu. Staw znaleziono w znacznym stopniu zniszczony, główka kości ramieniowej zupełnie zniekształcona).

Dyskusya: Kol. Gluziński potwierdza z swego doświadczenia, że syringomyelia jest dość częsta, a najczęstsze zmiany odżywcze znachodzą się w stawie barkowym, nie wie jednak jak operacya w tych przypadkach może działać. Kol. Ruff podaje, że w klinice chirurgicznej krakowskiej spostrzegał dwa przypadki syringomyelii ze zmianami w stawie łokciowym. Po wycięciu pozostał staw cepowy, który jednak przy użyciu odpowiedniego przyrządu był dla chorych bardzo dogodnym, w każdym razie chorzy mieli się lepiej i mogli łatwiej pracować, niż przed operacyą.

2. Kol. Gluziński A. przedstawia chorego, u którego żebra szyjne uciskają na naczynia tak, że w tętnicy sprychowej nie można wyczuć tętna. U tego chorego, liczącego lat 40, powstały te objawy ucisku na naczynia nagle, a G. tłómaczy to w ten sposób, że jak długo tętnice były zdrowe, mogły się usunąć z pod ucisku, kiedy jednak powstało stwardnienie, objawy nagle wystąpiły. To stwardnienie (*eudarteritis chronica*) można wykazać na wszystkich tętnicach chorego. To, że wśród pobytu w klinice stan chorego się polepszył, tłómaczy się wytworzeniem się powolnem krążenia obocznego.

Dalej przedstawia kol. Gluziński chorego z *eudarteritis obliterans*, liczącego lat 29, u którego żadnej ogólnej podstawy wykazać nie można (ani przymiotu ani cukrzycy).

Kol. G. przedstawia dalej chorą z chłoniakiem złośliwym (*lymphoma malignum*) i chorego z »myeloma«. Chory ten ma guzy na żebrach, a w moczu daje się wykazać reakcya Bence-Jonesa. (wywołana przez albumozę, nie dającą wszystkich reakcyi białka).

W dyskusyi zabierali głos koll. Kučera, Merunowicz, Feuerstein i prelegent. *Dr. Ruff,* sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 14. listopada 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 50.

1. kol. Przewodniczący przedstawia nowo przyjętych członków: koll. Wiktora Reisa i Edwarda Kikingera.

2. Kol. Lickendorf: O leczeniu histeryi zapomocą poddawania (hipnozy) (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll. Switalski, Stauber, Skałkowski i prelegent. *Dr. Ruff,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 Lutego 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 45.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Gertler przedstawia dziecko 14 miesięczne z wadą rozwojową części płciowych. Po urodzeniu się dziecka położna oznaczyła płeć jego, jako żeńską, co zostało zapisane do ksiąg metrykalnych. Po upływie niespełna 2 tygodni zauważyła matka, że między wargami większemi sromu i to w części górnej wystercza ciało, podobne do prącia, które do obecnej chwili się zwiększyło. Zmiany na częściach rodnych przedstawiają się w sposób następujący: W międzykroczu znajdują się wargi większe, a w górnej części w miejscu łechtaczki, wystaje członek męzki, o dobrze wykształconych ciałach jamistych, zakończony żołędzią, na której szczycie znajduje się małe zagłębienie, mogące odpowiadać ujściu cewkowemu. Długość prącia wynosi około 2 ctm. a podczas wzwodu około 4 ctm. W części dolnej znajduje się rynienka, wyścielona błoną śluzową, biegnącą ku tyłowi i kończącą się w otworze, znajdującym się między wargami. Po rozwarciu warg większych okazuje się brak warg mniejszych, jakoteż i błony dziewiczej. W górnej części przegrody warg jest otwór, prowadzący do pęcherza moczowego. Cewnik, wprowadzony pod rynienką prącia, wchodzi łatwo do pęcherza moczowego, wraca stamtąd dolną częścią otworu tak, że między obiema częściami cewnika znajduje się małe i cienkie połączenie mostkowe.

W wargach większych ani w okolicy więzu Pouparta nie można wyczuć ciał okrągłych, mogących odpowiadać jądrom i przyjądrzom męzkim. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje po za pęcherzem ciała, odpowiadającego macicy, ani też po bokach pęcherza niema ciał podłużnych, odpowiadających dwurożnej macicy lub jej dodatkom. Jąder ani w wargach większych, ani w kanale pachwinowym wykazać nie można. Ma się więc przed sobą przypadek obojnactwa, u którego przeważają części płciowe męzkie, t. z. obojnactwo wrzekome zewnętrzne u osobnika płci męzkiej, połączone z spodziectwem i wnętrowstwem.

W przypadku opisanym zależy rodzicom na oznaczeniu płci i na ewentualnym zabiegu operacyjnym dla naprawy prącia. Co do zabiegu operacyjnego kol. Gertler sądzi, że najlepiej, podobnie jak radzi Święcicki, zaczekać do 14 roku życia, wówczas bowiem zstępują jądra niżej, a i plastyka cewki moczowej staje się wówczas dostępniejszą z powodu większego pola operacyjnego.

Przypadek podobny z połączeniem mostkowem w ujściu zewnętrznem cewki moczowej opisał Kirmisson.

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Pieniążek i kol. Dobrowolski.

III. Kol. Prof. Pieniążek przedstawił wyłuszczony zwapniały ślinowy gruczoł podszczękowy wraz ze zwapniałym odlewem przewodu Wartona.

IV. Kol. Nowotny przedstawił dwa przypadki twardzieli (scleroma): w pierwszym przypadku schorzenie datuje się od lat ośmiu. — naciek twardzielowy wystąpił na tylnej powierzchni nagłośni, przechodząc na fałdy nalewkowo nagłośniowe i boczne ściany krtani, powodując zwężenie. Obecnie wytworzyło się bliznowate ściągnięcie wejścia do krtani tak, iż szczyty chrząstek nalewkowych przylegają wprost prawie do nagłośni, nagłośnia zaś silnie ku tyłowi ściągnięta.

Obok zmian w krtani wystąpiły jeszcze zmiany w tchawicy.

U drugiej chorej, obok zmian w nosie, krtani i tchawicy, przyszło do zmian twardzielowych na wyrostku podniebiennym górnym, powodujących zniszczenie przedniej części wyrostka zębodołowego; część tę wraz z 4 zębami siecznymi usunięto.

V. Kol. Nowotny przedstawił przypadek »pachydermii« krtani. U chorego, cierpiącego już od lat 20. na chrypkę, badaniem wykazano guz, składający się z pojedynczych brodawek, barwy kredowo-białej. Guz wychodził z więzadła prawdziwego lewego i zajmował prawie całe światło krtani. Guz ten operowano najpierw śródkrtaniowo, skoro jednak ciągle tworzył nawroty, wyłuszczono go doszczętnie drogą rozcięcia krtani (laryngofissura). Badanie mikroskopowe wykazało utkanie, zbliżone bardzo do utkania rakowego. *(autoreferat).*

VI. Kol. Borzęcki wygłosił odczyt: »Rzerzączka u mężczyzn, a pozwolenie żenienia się« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Gertler, Prof. Bujwid, Prof. Klecki i kol. Prelegent. *Dr. Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Legrand (Aleksandrya). *Przyczynek do zadania, mającego na celu ochronę Egiptu przed cholerą.*

Dr. Legrand, delegat francuski do Rady kwarantanowej w Aleksandryi, omawia epidemie cholery w Egipcie, począwszy od r. 1865. Było ich cztery. Pierwsza w r. 1865 wybuchła w Suezie wskutek fałszywej deklaracyi kapitana okrętu, przewożącego pielgrzymów z Mekki. Druga w 1883 w Damiecie w następstwie potajemnego wylądowania palaczy i kupców indyjskich. Trzecia w 1895 w Salkieh nad kanałem Suezkim, miejscu łączącem zapomocą promu Egipt z półwyspem Synajskim, zakażonym natenczas przez pielgrzymów, wymykających się potajemnie ze stacyi kwarantanowej w Tor. Wreszcie czwarta w r. 1902 w Muszy, wsi położonej w górnym Egipcie, tuż koło Kosseir, portu nad morzem Czerwonem. W porcie tym przychwycono kilka gromad pielgrzymów, którzy wylądowali potajemnie bez odbycia przepisanej kwarantany w Tor. Takich przekradających się do Egiptu pielgrzymów musiało być więcej, skoro, jak się dowiadujemy z raportu urzędu kwarantanowego w Dżeddah, 38 łodzi żaglowych z 1582 pielgrzymami odpłynęło w stronę Egiptu. Z tych 451 odbyło kwarantanę w Suakim, 23 w Kosseir, a 140 przychwyconych na kontrabandzie — bądź w Kosseir, bądź w Suakim, — razem 614. Pozostaje zatem 968 pielgrzymów, o których miejscu wylądowania niewiadomo.

Brzeg egipski morza Czerwonego wynosi przeszło 800 mil morskich, i jak się okazało, był niedostatecznie strzeżony. Suez, Damietta, Salkieh, Musza leżą na wschodnich granicach Egiptu i są łatwo dostępne. Wszystkie cztery epidemie były spowodowane przez potajemne wylądowanie, a największe niebezpieczeństwo zagraża od Wschodu.

Wśród tego okresu czasu było w Hedżas 10 epidemij cholery i 100.000 pielgrzymów egipskich wracało do Egiptu z mnóstwem tobołów: mimo tego cholera nigdy nie wybuchnęła w mieście lub wsi, położonej w środku Egiptu. Jestto wymowny dowód, świadczący przeciw teoryi odradzania się form inwolucyjnych bakteryj, którą mowca nazywa „hipokryzyą bakteryologiczną“. Przyznaje, że istnieje „mikrobizm“ ukryty, tj. że bakterye cholery mogą istnieć czas pewien w jelitach osobnika, nie wywołując napadu cholery, lub wywołując tylko nic nieznaczącą biegunkę, ale nie wykazano, aby on był niebezpieczny dłużej nad okres wylęgania u tych, którzy mają uledz napadowi cholery. Co się zaś tyczy teoryi odradzania zarodników osłabionych, form inwolucyjnych, któreby miały przetrwać w stanie saprofitycznym 40—50 dni w jelitach osobnika, to ona zdaniem autora nigdy nie została udowodnioną. Dwie ostatnie epidemie należy przypisać złemu wykonaniu, lub usunięciu niektórych przepisów, podyktowanych przez Radę kwarantanową w celu ochrony granic, przez osoby nowo przybyłe, rządzące, nie obeznane ze zwyczajami kraju. Najlepiej byłoby zakazać pielgrzymki; ale że taki krok byłby nie polityczny i nie liberalny, a nadto dałby tembardziej pochop do pielgrzymki potajemnej, dlatego, aby złemu zaradzić, zaleca prelegent strzedz dokładniej, niż dotąd, brzegów wschodnich, wypełniać przepisy kwarantanowe, wzbronić w czasie pielgrzymki komersu łodziami żaglowemi między brzegami Arabii i Egiptu, lub też w porozumieniu z Radą kwarantanową turecką czuwać nad łodziami, przewożącemi pielgrzymów do Egiptu i Sudanu. Wsadzać na każdą łódź po kilku strażników sanitarnych, gromadzić je w grupy, a następnie konwojować przez kilka lekkich krążowników straży granicznej aż do stacyj kwarantanowych w Tor i Suakim.

Dr. Lipa. *Przyczynek do studyum ostatniej epidemii cholery w Egipcie.*

Według autora bakterye Kocha nie są jedynym czynnikiem, wywołującym cholerę. Istnieją przypadki cholery, w których nie wykazano przecinka Kocha, w których jednak bakterye z grupy *b. coli* były bardzo jadowite. Z drugiej strony znajdowano przecinki Kocha w jelitach ludzi zupełnie zdrowych. Podział zatem cholery na »*cholera asiatica*« i »*cholera nostras*« nie wydaje mu się całkiem uzasadniony. Autor twierdzi, że Nil jest nowym czynnikiem, powodującym cholerę. Woda nilowa, sama przez się bardzo nieczysta, w ostatnich czasach z powodu robót, wykonywanych w górnym Egipcie, była jeszcze bardziej zanieczyszczona. Woda zatrzymana tamą w Assuan ma być według raportu Willcocksa tak złą, że ryby w niej zamierają i gniją; nic więc dziwnego, że taka woda może sprowadzać różne choroby, a temsamem i cholerę.

Prelegent radzi zaniechać używania do picia wody nilowej, natomiast kopać studnie artezyjskie i zniewalać mieszkańców Egiptu do zaopatrywania się w wodę, czerpaną z tego źródła.

Dr. Gottschlich (Aleksandrya). *Spostrzeżenia poczynione w Egipcie nad morem.*

Z punktu widzenia klinicznego trzeba odróżnić dwie epidemie moru w Egipcie: letnią i zimową. Epidemia letnia jest wynikiem epidemii między szczurami, które się szczególniej w tym czasie roz mnażają. Dotyka ona osoby, które przez swoje zajęcie wystawione są na zetknięcie się ze szczurami, a więc kupców składów korzennych, rolników, robotników portowych itd. Ma ona szczególne upodobanie do formy dymieniczej, nie jest przeto tak ciężka, jak epidemia zimowa.

Zapobieganie epidemii polega na niszczeniu całkowitem szczurów.

Epidemia zimowa jest wynikiem stykania się człowieka z człowiekiem. Występuje w zimie, bo gromadzenie się w domach sprzyja zakażeniu. W Bombayu, gdzie epidemia szerzy się przez przeniesienie z człowieka na człowieka, wzmaganie się moru w tym czasie jest peryodyczne. Forma płucna, która się uleczа tylko wyjątkowo, jest najczęstszą w zimie.

Zapobieganie jest tu łatwe i polega na natychmiastowem odosobnieniu chorych, dotkniętych morem.

Dr. Langlois (Paryż). *Niszczenie szczurów i odkażanie okrętów sposobem Claytona.*

Niszczenie szczurów, będące najlepszym środkiem do zwalczania moru, zajmuje w ostatnich czasach umysły higienistów, z których jedni zachwalają kwas węglowy, drudzy kwas siarkowy. Według autora najlepszy jest kwas siarkowy suchy, wywiązujący się w piecu Claytona. Zapomocą tego przyrządu można łatwo otrzymać zagęszczenie kwasu siarkowego 14—15% i utrzymywać ten stosunek w przedziale okrętowym tak długo, jak długo się chce. Gaz, wydobywający się z przyrządu Claytona, pozwala zniszczyć z pewnością wszystkie szczury i owady takie, jak pchły, pluskwy, prusaki, karakony itp., bez widocznego nadwerężenia najdelikatniejszych towarów, jak skóry, zboże, cukry, mięso, owoce — i bez najmniejszego uszkodzenia przedmiotów metalowych. Przyjęcie tego sposobu przez służbę sanitarną morską pozwoliłoby okrętom towarowym uniknąć długich kwarantan, szkodliwych dla handlu międzynarodowego — i uchronić porty przed epidemiami moru i cholery. Byłoby też do życzenia, kończy autor, aby zaprowadzono niektóre zmiany w uchwałach Konferencyi weneckiej i nakazano niszczenie szczurów na okrętach, jako środek ochronny międzynarodowy. (Ciąg dalszy nast.).

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

Jak całą prawie fizyologię i patologię ciąży, porodu i połogu opiera Galen na relacyach położnych, tak znowu cały dział jego o chorobach kobiecych polega na tem, co mu położne i inne *ad hoc* wzywane kobiety „γυναῖκες ὀστεριχαί“ *„medicae foeminae“ (de locis affectis lib. VI. cap. V.)* opowiadały. Wśród tych ostatnich istniał obok położnych drugi rodzaj służby lekarskiej, wyzyskującej chore kobiety. O ile bowiem nie można nic przeciw temu mieć, by cierpiąca kobieta mogła się właśnie do kobiety udać po poradę lekarską, o tyle musimy uważać osoby nie wykształcone odpowiednio, a korzystające z nieświadomości drugich, jedynie za wyzyskujące. Naturalnie, że wyniki badania przedmiotowego nie mogły wobec tego stać na tej wysokości, na jakiej stała reszta nauki Galena. Jak się zaś cała patologia chorób kobiecych u niego przedstawia, to właśnie niżej zobaczymy.

Tu należą choroby samych części rodnych, oraz takie, które im zawdzięczają swoje powstanie. Z chorób pierwszej kategoryi znane były Galenowi sprawy, będące następstwem zaburzeń odżywczych, zmiany w ich położeniu, nowotwory, wady rozwojowe, choroby sutków i choroby bez podstawy anatomicznej. Do chorób drugiej kategoryi należą zaburzenia w miesiączkowaniu, niepłodność i histerya.

W etyologii tych cierpień odgrywają wielką rolę nieprawidłowości połogu, miesiączka, a mianowicie sztuczne jej wstrzymywanie, spółkowanie, choroby mężczyzny lub kobiety, z powodu których dostaje się do macicy nasienie już zepsute. Najbardziej zajmującą jest ostatnia przyczyna;

bo podczas gdy wszystkie inne spotykamy już u poprzedników Galena, to po raz pierwszy wspomina on o wpływie chorobliwego nasienia na części rodne kobiece. Naturalnie nie ma on tu na myśli chorób wenerycznych jako przyczyny. My jednakowoż możemy z dzisiejszego punktu widzenia napewno przyjąć, że nie nasienie chorobę powodowało, ale jedynie choroby weneryczne, których przenośnikiem było nasienie. Choroby zaś weneryczne w ówczesnym Rzymie z pewnością nie były rzadkością.

Wszystkie tu wymienione okoliczności wpływają w pierwszym rzędzie na zmianę soków, a za pośrednictwem tych na „temperament" macicy, która przestaje pod tym względem zajmować miejsce pośrednie i staje się zanadto wilgotną lub suchą, albo zanadto ciepłą lub zimną. W następstwie zmienionego „temperamentu", powstają także zmiany anatomiczne, które lekarz palcem wybadać może

Tu należy przedewszystkiem zapalenie macicy, *inflammatio uteri*. Już powyżej wspomnieliśmy o tem cierpieniu przy wykładzie patologii połogu. Poza połogiem nie jest to cierpienie tak groźnem, a przedmiotowo można stwierdzić zmianę zbitości macicy, tj. jej stwardnienie i zamknięcie ujścia wewnętrznego. Ten ostatni objaw nie jest patognomoniczny, gdyż zdarza się i w czasie ciąży. Pod tym względem rozstrzyga zbitość macicy. Na zewnątrz objawia się to cierpienie zmianami w miesiączkowaniu, przypadłościami ze strony pęcherza, na który się często przenosi z powodu sąsiedztwa *(in aph. Hippocr. com. quint. 59)*, a czasem napadami histerycznymi. Podmiotowo odczuwają kobiety ból głowy, wstręt do jedzenia i brak łaknienia. Następstwem choroby bywa często niepłodność kobiety. Leczenie polega na użyciu gałek, składających się z roztartego kminku, smoły i tłuszczu baraniego *(de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.)*, a przedewszystkiem na wprowadzaniu wprost do pochwy mięszaniny z roztartych liści i korzeni liliowych *(de simpl. medicam. temp. ac. facultat. lib. VII. cap. X. K. XII.)* i na upustach krwi, gdy się miesiączka zatrzymuje.

Opisowi zapalenia macicy wedle Galena nie można uczynić żadnego zarzutu. Wszystkie przez niego podane objawy są prawdziwe, a stanowczo bardziej do rzeczywistości zbliżone, aniżeli te, które podał Hipokrates. Według tego bowiem *(de mul. morb. lib. II.)* zapalenie macicy, które zawdzięcza często swój początek sprawom połogowym, nie jest czem innem, jak różą macicy, a więc chorobą bardzo ciężką, kończącą się częstokroć śmiertelnie. Galen zbliża się pod tym względem jeszcze bardziej do naszych pojęć, aniżeli nawet Soranus, który mięsza często pojęcie zapalenia samej macicy z zapaleniem jej więzadeł, identyfikując te dwa cierpienia *(Soranus lib. II. cap. II, 18)*.

W zapaleniu macicy nie musi być cały ten narząd zajęty, ale pojedyncze jego części, jak np. same rogi *(de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*, lub nawet pojedyncze jej warstwy mogą być dotknięte sprawą chorobową. Dla tej to przyczyny budowa macicy jest warstwowana, by się w ten sposób cierpienie mogło ograniczyć do jednej warstwy, nie udzielając się drugiej, bezpośrednio do niej przylegającej *(de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIII.)* Badaniem powinna położna stwierdzić, która część macicy jest zajętą, gdyż to jest ważne dla rokowania Mimo tej ważności nie ma podanych u Galena objawów zapalenia wnętrza macicy. Nie opisuje ich także Hipokrates, ani pod tym względem znacznie od niego ściślejszy Soranus.

Dalszą zmianą macicy są choroby części pochwowej, których wyrazem jest nadżerka *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*, dająca się już palcem wyczuć. Czy cierpienia te są natury zapalnej, czy też innej, tego Galen nie powiada. Soranus *(lib. II. cap. II.)* uważa sprawy, toczące się w części pochwowej, za zapalne. Zewnętrznym ich objawem jest krwawienie, które daje zarazem pewną wskazówkę w kierunku leczenia, wymagając przedewszystkiem upustu krwi i to nie na kończynie dolnej, lecz tylko na górnej.

Wszystkie objawy przedmiotowe, o których dotych, czas wspomnieliśmy, mogą występować przy guzach macicyktóre mogą być natury dobrotliwej lub złośliwej. Guzy natury dobrotliwej sprowadzają powiększenie macicy, jej stwardnienie i zamknięcie ujścia macicznego. Pierwszy i ostatni objaw występuje regularnie w czasie ciąży i jest dla niej charakterystycznym. Natomiast staje się stwardnienie macicy przy uwzględnieniu tamtych dwóch objawów dla nowotworów patognomonicznem. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że przy nowotworach miesiączka występuje zazwyczaj obficiej, a objawy ze strony pęcherza również dokuczają pacyentce, jakoteż nie mniej, że ruchów płodowych niema, będziemy mieli wszystkie objawy różniczkowe wedle Galena, które są tembardziej potrzebne, że przy guzach macicy występuje często pokarm w sutkach, na co już przed Galenem wskazal Soranus. Leczenie tego cierpienia, które najprawdopodobniej niczem innem nie było, jak włókniakiem macicy, polega na tych samych zasadach, jak i leczenie zapaleń macicy.

Obok tych guzów znał Galen jeszcze i nowotwory złośliwe macicy, a przedewszystkiem raka, którego trudności rozpoznawcze nie były mu obce. Pod tym względem wedle Galena pamiętać trzeba o zapaleniu macicy, o nowotworach niezłośliwych i o róży macicy. Rokowanie w tem cierpieniu uważał Galen za bezwzględnie niedobre, co wynika już z porównania jego z różą macicy *(in aph. Hippocr. com. quint. 58)*. Podobnie jak to ostatnie cierpienie niszczy i rak cały ustrój, a leczenie jego wobec bezsilności wszelkiej terapii i wobec tego, że właściwe środki lecznicze swojem drażnieniem raczej szkodzą, a nawet i o śmierć przyprawić mogą i tak już ciężko chore osoby, *(in aph. Hippocr. com. sext. 38)*, polega na stosowaniu środków, łagodzących pojedyncze przypadłości. *(Methodi medendi lib. XIV. cap. V. K. X.)*.

Nie o wiele obszerniej, lecz stanowczo dokładniej zastanawia się nad rakiem macicy Hipokrates *(de nat. muliebri)*, a odpowiedni rozdział u Soranusa *(lib. II. cap. XIII.)* wcale nas nie doszedł.

Na zakończenie nauki o nowotworach wypada wspomnieć o zaśniadzie, nad którym z powodu zapatrywań większości lekarzy starożytnych na istotę tego cierpienia, zastanawiamy się tu, a nie przy patologii ciąży. Jestto bezsprzecznie najbardziej zajmujący rozdział ginekologii starożytnej, który dawał ówczesnym lekarzom zarówno dużo do myślenia, jak i nowożytnym. Faktem jest, że oni pod to pojęcie podporządkowywali najrozmaitsze stany patologiczne, którym towarzyszyło nieregularne krwawienie, brak miesiączki, powiększenie objętości jamy brzusznej itd.

Rozpoczynając nasz przegląd od Hipokratesa, musimy powiedzieć, że tłómaczy on powstawanie zaśniadu dostaniem się chorego nasienia męzkiego, i to w skąpej ilości, w czasie silnej miesiączki do jamy macicznej *(Hippocr. de mulier. morbis. lib. I.)*. Jako charakterystyczny objaw tego stanu patologicznego podaje brak pokarmu w sutkach, powiększanie się macicy i wypełnienie jej jamy guzami, wreszcie krwawienie i brak ruchów płodowych. Stan ten może trwać 2—3 lat, a kończy się czasem śmiercią wśród objawów krwotoku. Nie uważa więc Hipokrates tego stanu za ciężarny, gdyż w sutkach niema pokarmu i ponieważ to cierpienie trwać może 2—3 lat. Celsus nie wspomina o tej chorobie wcale, czego nam tylko żałować wypada, gdyż od niego, dzięki jego wyrazistości i zwięzłości, najwięcej może dowiedzielibyśmy się. Soranus zajmuje się tym przedmiotem bardzo obszernie i nikt, — rzec można, — z wyjątkiem Moschiona, nie określił tak dokładnie, jak on, pojęcia o zaśniadzie i stanowiska, jakie wobec niego zajmuje. *(Soranus lib. II. cap. IX.)* On zalicza do zaśniadu wszelkie stwardnienia macicy, a więc bez względu na to, czy one są natury zapalnej, czy też nowotworowej. Co się zaś tyczy jego umiejscowienia, to może on być w jakiejkolwiek części macicy, występując już to pod postacią guza

„twardego jak kamień“, już to pod postacią stwardniałej macicy. Objawami zaś, towarzyszącymi temu cierpieniu, które się może stać złośliwem, są: obrzęk sutków, opuchlina dolnej części ciała i pojawianie się czasowe nowotworu w sromie, brak miesiączki, ogólne wyniszczenie, nudności, niestrawność i bezsenność. Leczenie polega na upustach krwi, łagodzących przestrzykiwaniach, noszeniu opaski, lekkiej gimnastyce i kąpielach morskich. Moschion jedyny oświadcza stanowczo, że tego stanu nie należy uważać za ciążę, a z tego, co o nim pisze, można przypuszczać, że ma na myśli włókniaki, gdyż guzy, wyrastające w macicy, są szczególniej twarde *„aliquando etiam et de vulnere in matrice posito plus caro excrescit, unde obstetrix immisso digito in orificio vel in collo hoc ipsud invenit aliquando omnis matrix talem valetudinem patitur, ut venter omnis cum duritia lapidis excrescat et relicum corpus cum malo colore et fastidio tenuctur*........ separamus autem molam habentem a gravida muliere......“ *(Moschion lib. II. cap. IX.)*. Leczy zaś ten stan kąpielami morskiemi, czegoby z pewnością nie czynił, gdyby tylko przypuszczał ciążę.

Z późniejszych autorów, obchodzących nas tu bliżej, nie wspomina Caelius Aurelianus wcale o zaśniadzie, a Oribasius podporządkowuje pod jego pojęcie jedynie włókniaki. Co się zaś tyczy ich powstawania, to ten ostatni przypomina swojemi zapatrywaniami o tyle Hipokratesa, że uważa znowu zaśniad za wytwór nasienia. Gdy on jednak uważa tu za niezbędne tylko nasienie żeńskie, to przeciwnie Hipokrates sądzi, że do powstania zaśniadu potrzeba zaledwie cokolwiek i to chorego nasienia mężkiego. Jak widzimy, nie uważa ani Hipokrates, ani znacznie od niego późniejszy Oribasius, tego stanu za ciężarny, gdyż do tego potrzebne jest podług nich nasienie mężkie i żeńskie, lecz za coś pośredniego, do czego wystarcza zupełnie nasienie jednego rodzaju.

A teraz wrócimy po tej małej wycieczce do Galena, który się również zajmuje zaśniadem, poświęcając mu jednakowoż zaledwie kilka tylko słów. Wychodząc z zapatrywania, że ciąża jest stanem, spowodowanym przez współdziałanie nasienia mężkiego z żeńskiem, sprzeciwia się twierdzeniu, jakoby jednego rodzaju nasienie mogło spowodować ciążę, lub przynajmniej stan, do niej podobny. Jeżeli zaś Galen uważa stan, podczas którego się zaśniad w macicy znajduje, za ciążę *„κύησις μύλης“*, to z konieczności musimy przyjąć, że zaśniad powstaje wedle niego przez wzajemne działanie na siebie obydwóch rodzajów nasienia, lecz przez działanie, którego nam bliżej nie określa. W następstwie tego wytwarza się w macicy mięsny twór bezkształtny *„σὰρξ ἀργὴ καὶ ἀδιάπλαστος“ („caro otiosa atque informis“ de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VII.)*, przypominający raczej nowotwór, aniżeli płód. Jak się Galen zapatruje na przebieg, rokowanie i leczenie zaśniadu, tego nigdzie nie zdradza, tak, że jak się on z jednej strony pod względem swego zapatrywania na powstawanie zaśniadu najbardziej zbliża do rzeczywistości ze wszystkich starożytnych lekarzy, tak się znowu z drugiej strony od niego stanowczo najmniej dowiadujemy pod względem patologii zaśniadu. (C. d. n.)

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół z II. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, odbytego dnia 11. lutego 1903.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, prof. Dr. Mars, Dr Mehrer, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Szymański, Dr Ruczka, Dr Papée. Nieobecni: Dr. Żukowski, Dr Eckbardt, Dr Stöckl i Dr Biegelmayer, którzy nieobecność swoją usprawiedliwili.

1) Prezydent zawiadamia o dokonanych wyborach uzupełniających, a mianowicie zostali wybrani: z okręgu obejmującego powiaty: rawski, sokalski, kamionecki, żółkiewski, gródecki — członkiem Izby Dr Henryk Szymański ze Lwowa 5 głosami na 18 głosujących, zaś zastępcą członka Dr Sylwester Drzymalik z Żółkwi 7 głosami na 18 głosujących; z okręgu obejmującego powiaty: lwowski, rudecki, żydaczowski, bóbrecki, przemyślański, rohatyński zastępcą członka Dr. Krzyształowicz z Mikołajowa.

2) Następnie zawiadamia o podziale czynności w Wydziale, przyczem sekretarzem został wybrany Dr. Papée, zaś skarbnikiem Dr. Mehrer. Zawiadamia również o posiedzeniu komitetu Izb w sprawie zmiany ustawy o Izbach, które odbyło się we Wiedniu dnia 23 listopada 1902 i w którem prezydent jako delegat Izby brał udział.

3) Podaje do wiadomości o wysłaniu okólnika w sprawie obejmowania czynności przez lekarzy w Kasach majstrów i o zamiarze wydania okólnika w sprawie partactwa.

4) Zawiadamia, że do Kasy chorych lekarzy, której statuta Namiestnictwo zatwierdziło, zgłosiło się około 90 lekarzy. W sprawie tej odbyło się zgromadzenie lekarzy lwowskich, na którem oprócz tego omawiano sprawę honoraryów lekarskich i wybrano komitet, który ma się zająć organizacyą lekarzy.

5) Pismo, wychodzące w Wiedniu, »Aerztl. Standeszeitung«, zwróciło się do Izby z prośbą, by anonsowała w tym tygodniku konkursy na posady lekarskie w obrębie Izby. Izba odpowiedziała odmownie.

6) Izba gospodarcza (bukowińska) poruszyła zeszłego roku sprawę lekarzy przy domenach. Na to otrzymała odpowiedź odmowną Ministerstwa, co do uregulowania płacy tych lekarzy.

7) Następnie zawiadamia o kilku sprawach osobistych, w których Izba już to interweniowała, już też interwencya jej nie była wskazaną.

8) Zapomóg udzielono trzy: chir. S. 100 kor., Dr. K. i wdowie po Drze F. po 100 kor., tej ostatniej jako zwrot kosztów pogrzebowych, dwie prośby wdów po lekarzach odesłano Tow. lekarskiemu, jednej prośbie o pożyczkę odmówiono.

9) Od opłaty uwolniono 8 lekarzy w całości, trzech od połowy, a 7 podań nieuwzględniono.

10) *Rada honorowa.* W czasie od 1 lipca 1902 do stycznia 1903 rozpatrywano spraw ogółem 15; z tych załatwiono: ugodowo 2, udzielono upomnień 4, wytknięto niewłaściwość postępowania 1; w toku jest jeszcze spraw 7.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Dr Piaskiewicz zawiadamia, że na zebraniu lekarzy kołomyjskich przyjęto projekt kasy chorych dla lekarzy przychylnie. Prócz tego poruszono tam kwestyę taryfy lekarskiej i sprawę rzeczoznawców sądowych.

Sprawozdanie kasowe. W obec tego, że członkowie komisyi kontrolującej, Dr. Eckhard i Dr. Żukowski, na posiedzenie przybyć nie mogli, prezydent zaprosił do tej czynności Dra Ruczkę i Dra Szymańskiego. W roku 1902 było 13487 kor. 83 h. przychodu, rozchodu zaś 5195 kor. 96 h. — pozostała zatem nadwyżka z końcem roku 8291 kor. 87 h. Majątek Izby wynosi 30,609 kor., prócz kwot zapisanych na fundusz gremiów chirurgicznych we Lwowie i Złoczowie, które wynoszą 2496 kor. 56 h. Imieniem komisyi kontrolującej wnosi Dr. Ruczka udzielenie Wydziałowi absolutoryum. Wniosek przyjęto.

Majątek gremiów chirurgicznych uchwalono przelać do funduszu ogólnego.

Na wniosek Dra Mehrera uchwalono na rok 1903. opłatę do Izby w wysokości 12 koron rocznie. — Lwów dnia 11 lutego 1903. *Dr. Festenburg, Dr. Papée, Dr. Mars, Dr. Piaskiewicz, Dr. Szymański, Dr. Ruczka, Dr. Mehrer, Dr. Pisek.*

Otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Udaję się do Szanownej Redakcyi z prośbą o podniesienie w łamach „Przeglądu lekarskiego“ następującej aktualnej sprawy: Wydział krajowy przyznał mi w partykularzu za szczepienie ospy w okręgu II i III samborskiego powiatu w r. 1902. — za 76 dni dyet *po 6 koron* za jeden dzień, podczas gdy Rozp. z dnia 20 marca 1901 r., umieszczone w Dz. U. P. Nr. 34, §. 1 poz. 17, przyznaje wyraźnie lekarzom prywatnym, do jakich ja się zaliczam, należytości dniowe *po 8 koron za jeden dzień*, — a dotychczas *jure caduco* przyznawano je zawsze po 7 koron, — mimo, że rozporządzenie ministeryalne jeszcze z dnia 18 czerwca 1873, Dz. U. P. Nr. 115, również wyraźnie orzeka, że lekarzom prywatnym przysługuje zaliczanie należytości dniowych IX rangi, tj. po 8 koron za jeden dzień.

Pokrzywdzony zostałem tedy po 2 korony na 76 dniach, tj. o sumę łączną 152 koron, a na mój rekurs Wydział krajowy oka-

zał się zupełnie nieczułym. Ja sam pójdę w danym razie aż do trybunału administracyjnego z moim rekursem; — sprawę jednak powyższą podnoszę w interesie ogółu lekarskiego, na każdym kroku prawie wyzyskiwanego, gdyż przypuszczam, że podobnego załatwienia partykularzy za szczepienie ospy w r. 1902 doznali i inni koledzy *).

Prosząc tedy o podniesienie tej sprawy w „Przeglądzie lek.“, pozostaję z poważaniem

Dr. Wojciech Chrząszczewski, ze Sambora.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26. lutego.

* Płockie Towarz. lekarskie przysyła nam następującą odezwę: »Istniejący przy Towarzystwie lekarskiem Komitet popularyzacyi wiedzy higienicznej wśród szerszych warstw społeczeństwa, pragnąc wysunąć na pierwszy plan sprawę rozpowszechniania wiadomości i zasad zdrowotności w Królestwie Polskiem, uważa za rzecz konieczną przyjęcie udziału w naradach i Wystawie warszawskiego Towarzystwa higienicznego, które odbędą się w kwietniu r. b. Wobec tego Komitet zamierza zobrazować możliwie wszystko, co dotychczas u nas w tym kierunku zdziałano, jak również co w tej dziedzinie już zrobiono w innych krajach. Tego rodzaju Wystawa ma też na celu zaznajomienie uczestników tych narad z jakością, rodzajem, cenami i t. d. różnych przedmiotów pomocniczych, mających związek z szerzeniem oświaty higienicznej wśród ludu. W tym celu uważamy za rzecz niezbędną zebrać jak największą ilość: 1) popularnych wydawnictw, broszur z dziedziny higieny i medycyny w językach polskim i obcych, 2) katalogów, wydawnictw informacyjnych cenników firm, naszych i zagranicznych, 3) atlasów ściennych, tablic, map, ilustracyj i 4) dyapozytywów, modeli i preparatów.

Prosimy zatem uprzejmie pp. lekarzy i wszystkich wogóle, którzy posiadają tego rodzaju zbiory, o jaknajrychlejsze przysłanie nam takowych dla wystawy z jednoczesnem nadmienieniem, co może zostać własnością naszego Towarzystwa, w celu ufundowania muzeum. Okazy nie ofiarowane nam na ten cel będą z wdzięcznością zwrócone pp. właścicielom w czasie właściwym«.

Prezes Towarzystwa *A. Zaleski*. Przewodniczący Komitetu *dr. Al. Maciesza*. Sekretarz Komitetu *dr. M. Themerson*.

XIV. kongres międzynarodowy lekarski w Madrycie (23—30 kwietnia 1903 r.).

Sekretarz generalny wzywa wszystkich członków kongresu, którzy zgłosili odczyty, aby w jak najkrótszym czasie przesłali tematy z krótkiemi streszczeniami, napisanemi po francusku pod adresem: *Secrétaire général du XIV Congrès International de Madrid (Facultad de Medicina)*, a to w celu, aby mogły być wydrukowane przed kongresem.

Podróż. Hiszpania, Francya, Włochy, Norwegia, Rumunia, Serbia przyznały dla kongresistów upusty na kolejach 50%, na statkach 30—33%.

Kto po zapłaceniu taksy otrzyma legitymacyę (*carte d'identité*), może z upustów kolejowych korzystać, począwszy od 4. kwietnia aż do 20 maja. Do Francyi i do Hiszpanii można wjeżdżać jedną drogą, a wyjeżdżać inną, z upustem 50%. Wszystkie wycieczki po całej Hiszpanii mogą kongresiści odbywać z upustem 50% na kolejach. Najtaniej i najwygodniej odbyć można całą podróż i zwiedzanie Hiszpanii, zapisując się do jednej z ośmiu wycieczek ajencyi paryskiej. (*Voyages pratiques 9, rue de Rome, Paris*) Należy więc napisać wprost do tej ajencyi z prośbą o przysłanie drukowanych informacyj i wybrać sobie jedną z ośmiu dróg, która najlepiej dogadza, a następnie zamówić sobie w tej agencyi bilety zestawione na całą drogę z domu i do domu. »Les Voyages pratiques« mają także agencyę w Wiedniu (*Franz-Josephs-Quai, Direct. Russel*). «Les Voyages pratiques» w cenie podróży dają wszystko, t. j. kolej, powozy, mieszkanie w Madrycie podczas kongresu i w innych miastach z całem utrzymaniem i przewodnikami.

Mieszkania (jeżeli się nie należy do »Voyages pratiques«) dostać można w Madrycie w cenie od 13 do 50 pesetas (12—40 frcs) z całem utrzymaniem dziennie i należy się zgłosić o nie wprost pod adresem: *XIV. Congrès International de Médecine. Le Service des Logements. Madrid. Facultad de Medicina.* Mieszkania w prywatnych domach bez utrzymania (pension) w cenie po 7 pesetas. Należy więc wymienić przy zamawianiu, ile pokoi, w jakiej cenie z utrzymaniem lub bez i na ile osób, najpóźniej do 16 marca 1903.

Podczas kongresu odbędą się przyjęcia w pałacu królewskim w municypalności, przedstawienia w teatrze królewskim, oraz walki byków na cześć kongresistów. Prócz tego każda sekcya ugości swoich członków.

Poczta w czasie kongresu. Listy do Madrytu należy kazać sobie adresować: *Mr. le Docteur . . . Membre du XIV Congrès internat. de médecine Section de . .* (wskazać swój kraj lub miasto) *Madrid.*

Kto chce korzystać z upustu na kolejach, to przy zapisywaniu się powinien przesłać równocześnie taksę wpisową na członka kongresu czekiem przez Bank lyoński w Paryżu wprost do Madrytu, po 25 frcs. a za panie po 12 frcs. Do 10 marca b. r. można przesyłać pieniądze do skarbnika komitetu polskiego, Prof. Dr. Reissa, Kraków, Basztowa 25, po 29 koron od osoby, tyle bowiem wynoszą koszta bankowe wraz z przesyłką czeku. Zgłaszanie się na członka kongresu bez załączenia taksy nie ma żadnego znaczenia.

Od Dr. B. Motza z Paryża, znającego dobrze Madryt, otrzymał komitet ważne szczegóły co do mieszkań: «Porządne, lecz niezbytkowne utrzymanie w Madrycie kosztuje 5 pesetas (4 korony) dziennie. Pensyonat w tej cenie można znaleźć przy ulicy *Calle Barco Nr. 8 u pani Estrella del Moral.*

Utrzymanie bardzo wykwintne można mieć za 13 pesetas (10 koron) w bardzo wielu hotelach, n. p. *Hotel Quatronaciones, calle de Arenal, 19.*

Koszta jazdy: z Paryża do Madrytu: Süd-Expressem (26 godzin jazdy) 246 fr., tylko I. klasa. Pospiesznym: I. kl. (32 godzin) 164 fr. II-ga kl. (42 godzin) 116 fr. — Wobec opustu 50% ceny te uważać należy, jako *aller et retour*«.

Szan. Redakcye lekarskich pism polskich zechcą łaskawie powtórzyć powyższe uwiadomienie.

Polski komitet dla XIV międzynar. kongresu lek. w Madrycie.
Prof. Dr. Wicherkiewicz, prezes. *Dr. Buzdygan, sekretarz.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorych przez kolegów: J. Landaua i Wachtla, miał odczyt kol. prof. Wachholz »Z historyi trucizn i otruć«.

* D. 24 b. m. odbyło się skrutynium uzupełniających wyborów do Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej: członkiem zarządu wybrany został Dr. Adam Langie.

* W jednym z powiatów południowej Galicyi lekarz powiatowy został wybrany z większej własności do Rady powiatowej. Przeciwnicy tego wyboru zakwestyonowali wybieralność lekarzy powiatowych do Rad powiatowych i założyli protest do namiestnictwa przeciw wspomnianemu wyborowi lekarza powiatowego; namiestnictwo protest uwzględniło. Lepiej jednak poinformowani wyborcy lekarza wnieśli rekurs do ministerstwa, które uznało wybór za prawomocny. Przeciwnicy wyboru lekarza nie dali za wygraną i odnieśli się do trybunału administracyjnego, który ostatecznie orzekł, że wybór jest ważny.

Tym sposobem rozstrzygniętą została zasadnicza sprawa wybieralności lekarzy powiatowych do Rad powiatowych. W Galicyi jest blizko 100 lekarzy powiatowych, ludzi wpływowych, wykształconych i dobrze z natury swego zawodu poinformowanych. Udział ich w zarządzie powiatu, bodaj tylko w zakresie zdrowia publicznego, przynieść musi zbawienne skutki i z tego względu orzeczenie trybunału administracyjnego powinno dojść do wiadomości nietylko lekarzy powiatowych, lecz i wyborców.

* Okólnik ministra spraw wewnętrznych, wydany d. 14 lipca 1902 r., w sprawie zwalczania gruźlicy, został przełożony na język polski i rozesłany przez Magistrat krakowski lekarzom miejscowym. Magistrat zwraca uwagę lekarzy na obowiązek donoszenia władzy o chorobach zakaźnych, który p. minister rozciągnął i na gruźlicę.

Ponieważ gruźlica stanowi typ odrębny, nie dający się zestawić z typem innych chorób zakaźnych, przeto i obowiązek, włożony na lekarzy donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy, musi ulegać odrębnej normie, o której niezawodnie pouczy lekarzy gminny zarząd sanitarny.

* D. 21 b. m. odbyła się pod przewodnictwem ministra oświaty Dr. Hartla konferencya w sprawie rewizyi nowej ordynacyi dla ścisłych

*) List Dra Chrząszczewskiego umieszczamy ze względu na to, że opisuje on fakt ponoś wcale nie odosobniony, a znamionujący raz jeszcze nałogową skłonność do wyzyskiwania lekarzy, tak nie licującą z powagą najwyższej władzy w kraju.

egzaminów lekarskich, w której wziął udział szef sekcyi Dr. Kusy, oraz referenci ministerstwa oświaty i zastępcy wydziałów lekarskich wszystkich uniwersytetów.

Niebawem, jako wynik tych konferencyj, ma się ukazać rozporządzenie ministerstwa wyznań i oświaty, a z ustawy rygorozalnej, wydanej przed kilku laty, pozostanie ponoś tylko wspomnienie i ogólne przeświadczenie, że została wydaną pośpiesznie, bez gruntownego zbadania przedmiotu.

* Wydział lekarski Uniw. lwowskiego zamianował Dr. Teodora Bohosiewicza docentem dentystyki.

* Lekarze pracujący w zakładach teoretycznych i klinikach Uniwersytetu lwowskiego złożyli za pośrednictwem kol. Dr. Stanisława Eljasza-Radzikowskiego kwotę 33 K. na fundusz wdów i sierot po lekarzach w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Prof. Dr. Wacława Sobierańskiego.

* W statystyce samobójstw w miastach, Wiedeń ciągle jeszcze zajmuje naczelne miejsce. Dwa najsilniejsze czynniki życia: miłość i głód odgrywają, co do częstości, pierwszorzędną rolę. Liczba samobójstw w Wiedniu w r. 1902 wynosiła 453, nie licząc 467 targnięć się na własne życie nie zakończonych śmiercią. Liczba samobójczyń podskoczyła z 57 na 124. Nieszczęśliwa miłość podała broń w rękę 160 razy, ubóstwo — 158, zaburzenia umysłowe — 127, domowe utrapienia — 72, straty pieniężne — 19.

* Kongres niemieckich chirurgów, z powodu międzynarodowego Kongresu madryckiego, nie odbędzie się jak zwykle podczas Wielkiejnocy, lecz dopiero 2 czerwca.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień V. (1—7—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 45, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 56, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 14 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 4.

* Między 11 a 17 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), rohatyńskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docent Wołkowicz mianowany profesorem chirurgicznej kliniki. Profesorowie nadzwyczajni: Kosorotow, T. Pawłow i Czystowicz mianowani prof. zwyczajnymi w Petersburgu.

Nekrologia. Dr. Mieczysław Marynowski, starszy lekarz powiatowy zmarł w Jarosławiu, nabawiwszy się duru w czasie pełnienia obowiązków swego urzędu. Dr. Teofila Cohnówna zmarła we wsi kowale Pańskie (gub. kaliska). Dr. Władysław Bujnicki, lat 53, zmarł w Ekaterynoburgu. Dr. Galozzi, prof. chirurgii, zmarł w Neapolu.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Hoyer: O pracowniach naukowych (dok.). Wrzosek: Listy Jędrzeja Śniadeckiego do ks. Ad. Czartoryskiego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Wróblewski: Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych. Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Iacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 7. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej. Steinhaus: Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn. Jakimiak: Przypadek obustronnego podkrukowego wywichnięcia ramion.

— *Postęp okulistyczny* (styczeń). Strzemiński: Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki *(retinitis circinata)*. Bałaban: Mięczak zaraźliwy *(molluscum contagiosum)* spojówki gałkowej.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. J. Rosner: Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902. Szpilman: Dr. Behringa jeneryzacya jako środek zwalczania gruźlicy bydła (dok.).

Liečnički Viestnik Nr. 2 Biankini: Slučaj 20 dnevne absolutne corticalno- otorične aphazie, izlečene trepanaciom. Tausz: Gynaekoložka kazuistika. Ernst: Keratitis marginalis superficialis.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 7. Wiesner: Pathologie smichu (c. d.). Babák: O podnětech činných v ontogenese. Hausman: Operativni léčeni rakoviny dělozni (c. d.). Slavik: Zločin dle čl. 152 a 155 lit *a)* tr. z. ci. přestupek dle čl. 411 tr. z.?

— *La Presse médicale* Nr. 13. Vaguez: O niektórych arytmiach tętna w stosunku do nowych postulatów fizyologii. Guiset: Leczenie chirurgiczne ropnego zapalenia kości sitowej. Béclère: Radiografia bryłowata (stereoskopijna) kamyków moczowych.

— Nr. 14 Tuffier i Mauté: Oznaczenie sprawności nerek z chirurgicznego punktu widzenia. Bonnier: Nowy spółobjaw opuszkowy *(bulbaire)*.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Hausmann: Gruźlica z prątków które dostały się do przewodu pokarmowego. Krebs: W sprawie hartowania. Bittorf: Ostre zapalenie jelita esowatego, wywołane zastoiną zbitego kału. Albu: Dalsze przyczynki do nauki o gniciu w kiszkach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Schopf: Przepuklina zatyczna *(hernia obturatoria)* trąbki i jajnika po stronie lewej. Würzel: Rumień lombardzki z uwzględnieniem jego występowania w południowej części Bukowiny. Blau: O rozszerzaniu szyi macicznej przyrządem Bossiego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7. Pfister: Wychowanie i leczenie w domu i szkole obciążonych umysłowo. Curschmann: Histeryczne przyśpieszenie oddechania przy organicznych schorzeniach serca. Lange: Nowe wkłady z celuloidu i druta stalowego przy nodze płaskiej. Stadler: Przypadek porażenia u grających na dętych instrumentach. Zia: Szkolna epidemia zapalenia spojówek, oraz niektóre ogólne uwagi o zarządzeniach lekarskich podczas szkolnych epidemij. Bender: Etyologia wyższego ustawienia łopatki. Gessner: Kazuistyczny przypadek rodzinnego niedołęstwa umysłowego w połączeniu ze ślepotą. Traugott: Przypadek histeryi urazowej, wywołanej przez wypadek, nie kwalifikujący się do wypłacenia policy ubezpieczeniowej, prędko wyleczony na drodze leczenia psychicznego. Burger: Czy łożysko przodujące może występować bez krwawienia?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8. Most: O nadżarciach wywołanych wcieraniem mydła. Enslin: O rozpoznawczej wartości tuberkuliny w miąższowem zapaleniu rogówki. Moser: Mięśnio-mięsak żołądka. Heusner: Nowy przyrząd do następowego leczenia wrodzonego zwichnięcia w stawie kulszowym. Vessely: Doświadczenia z wstrzykiwaniami spojówkowemi (dok.). Rost: Czy kw. borowy i boraks są skuteczne a nieszkodliwe dla ustroju ludzkiego? (dok.)

Redakcya otrzymała. Rozprawy wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności (Serya III Tom II Dział A. i Dział B). Biegański: Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych i Sokołowski: Choroby górnego odcinka dróg oddechowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 4 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w klinice chirurgicznej* posiedzenie zwyczajne, na którem kolega prof. Kader przedstawi i omówi przypadki kliniczne z dziedziny chirurgii: czaszki i mózgu, nerek, jelit, narządu słuchowego, wreszcie chirurgii ortopedycznej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 7 Marca 1903. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag z dziedziny sfigmografii i sfigmomanometryi.

Podał

Kazimierz Rzętkowski (Warszawa).

W ostatnich czasach kwestya mierzenia ciśnienia tętniczego u ludzi stanęła na gruncie praktyczniejszym. Dzięki zastosowaniu w tym celu takich prostych przyrządów, jak powszechnie znany tonometr Gärtnera, lub sfigmomanometr Riva-Rocciego, które, a zwłaszcza ten ostatni, przewyższają dawniej używane przyrządy von Bascha i Potaina, mamy możność łatwego oryentowania się co do wysokości ciśnienia tętniczego u każdego nieledwie pacyenta, a nadto potrafimy przez przerabianie metodyczne pomiarów w danym okresie czasu u danego osobnika zyskać szereg liczb, pozwalających nam drogą porównania mniej lub więcej poznawać warunki krążenia w danym przypadku.

Niewątpliwie i dawniej, zanim stigmomanometry wprowadzono w użycie, mieliśmy możność zdawania sobie sprawy z ciśnienia tętniczego. Prosta palpacya tętna pouczała nas w każdym poszczególnym przypadku o tem, czy tętno jest „twarde", czy też „miękkie". Atoli sprawdzanie naszych podmiotowych wrażeń przy pomocy przyrządów wykazało, że bardzo często uczuciu twardości tętna nie odpowiada w rzeczywistości wysokie napięcie ciśnienia tętniczego. Odwrotnie — przekonano się również, że w tych przypadkach, kiedy tętno — na zasadzie palpacyi — uważaliśmy za miękkie, — za dwubitne nawet, — co świadczyć miało o znacznem obniżeniu się ciśnienia tętniczego, — po sprawdzeniu wrażeń podmiotowych przy pomocy sfigmomanometru ciśnienie wcale niższem nie było. Doszliśmy tedy do wniosku, że łączone z podmiotowem wrażeniem „twardości" tętna przeświadczenie o wysokiem ciśnieniu tętniczem i odwrotnie, przeświadczenie o nizkiem napięciu ciśnienia przy podmiotowem wrażeniu „miękkości" tętna, daleko częściej zawodzi nas, niżby się zdawało. A już o porównaniu tych wrażeń w różnych, nawet stosunkowo krótkich odstępach czasu nie było nawet mowy. Tak więc nie możemy rozpoznawać wysokiego ciśnienia tętniczego przy pomocy zwykłego obmacywania tętna. Daleko pewniejsze wskazówki w tych razach otrzymywaliśmy przy pomocy wykreślania krzywych sfigmograficznych. Wszak każdy poszczególny odcinek krzywej sfigmograficznej, — odpowiadający pojedynczemu okresowi czynnemu serca, nie jest czem innem, jak tylko graficznym wyobrazicielem zmian, zachodzących w ciśnieniu w układzie krwionośnym. Atoli i tu o żadnych danych liczbowych, mogących nam posłużyć za punkt wyjścia do porównań, niema mowy, ponieważ na krzywej sfigmograficznej widzimy, że ciśnienie to podnosi się, to opada, ale jak wysoko podnosi się, ilu milimetrom *Hg* to podniesienie się jego skurczowe odpowiada, o tem żadnego pojęcia przed zastosowaniem sfigmografów mieć nie mogliśmy.

Krótko mówiąc, wówczas zaczęliśmy rozpoznawać istotny stan ciśnienia tętniczego, kiedy nauczyliśmy się mierzyć je przy pomocy sfigmomanometrów.

Sfigmomanometr daje nam równoważnik liczbowy ciśnienia w tętnicach obwodowych, które, — jak wiadomo, — zależy ogólnie od 1) siły serca, t. j. energii jego skurczów; 2) od wysokości oporów na obwodzie tętniczym, i 3) od ilości krwi. Wiemy jednak z fizyologii krążenia, że pomiędzy tętnicami ciała wewnętrznemi — trzewnemi i tętnicami obwodowemi istnieje stosunek, polegający na kurczeniu się pierwszych, kiedy drugie ulegną rozszerzeniu i rozszerzaniu się pierwszych, kiedy ostatnie ulegną zwężeniu. Przecież w ten tylko sposób możemy wytłómaczyć sobie mieszczenie się niezmiennej masy krwi w układzie krwionośnym, przy nieustannej a tak szybkiej zmianie w objętościach poszczególnych jego części. Jeżeli na obwodzie skutkiem mocnego skurczu tętnic powstanie duży opór dla krwi, to ta, — dążąc do miejsca najmniejszego oporu, spłynie w większej masie do tętnic trzewnych, które objętościowo rozszerzyły się o tyle, o ile tętnice obwodowe skurczyły się. Odwrotnie, — jeśli tętnice obwodowe, — jak przy chorobach zakaźnych, ulegną rozszerzeniu, to wówczas kurczą się tętnice trzewne, przez co ciśnienie w tętniczym układzie powraca do niezbędnej dla utrzymania życia równowagi. W tych to razach wyczuwamy na tętnicy promieniowej tętno miękkie, nawet dwubitne, a sfigmomanometr poucza nas o tem, że ciśnienie w układzie tętniczym danego osobnika jest prawidłowe — 11—13 ctm.

Jeżeli tak jest, to na co właściwie wskazują nam liczby sfigmomanometrów? Czy wykazują nam one ciśnienie obwodowe, czy też ciśnienie ogólne, panujące w całym układzie i lewej komorze? Powyższe uwagi pouczają, że niepodobna odróżniać ciśnienia obwodowego od ogólnego, ponieważ to, co się dzieje w danym obwodowym odcinku tętnicy, na który nałożyliśmy uciskającą część sfigmomanometru, jest wypadkową z czynników czysto lokalnych i czynników oddalonych, powstających wskutek przystosowywania się do siebie rozmaitych części układu tętniczego. Wszak dosyć jest nacisnąć przez powłoki brzuszne aortę brzuszną, iżby podnieść ciśnienie, mierzone na tętnicy promieniowej, o kilkadziesiąt milimetrów *Hg*.

Z powyższego widzimy, że o stopniu rozszerzalności i kurczliwości tętnic trzewnych sam sfigmomanometr pojęcia nam dać nie może. Liczby, które otrzymujemy przy jego pomocy, są wypadkowemi wielu czynników, zsumowanych w je-

dną całość, której bez pomocy innych danych rozwikłać niepodobna. Należy się jednak zastanowić nad okolicznościami następującemi. Mamy przed sobą np. chorego na dur brzuszny, gorączkującego, który ma wyraźne tętno dwubitne, doskonale wyczuwane palcem jako takie i jako takie występujące na sfigmograficznej krzywej. Dawniej powiedzielibyśmy o nim, że „ma nizkie ciśnienie tętnicze“.

Dziś mierzymy to ciśnienie przy pomocy sfigmomanometru i przekonywamy się, że ma ciśnienie nie nizkie, ale — prawidłowe, np. jakieś 125—130 mm. *Hg*. Jak powiązać fakt istnienia dwubitności tętna, — świadczący o całkowitem zwiotczeniu ścianek naczyń, z prawidłowem ciśnieniem tętniczem? Wszak powinno tu było wystąpić raczej obniżenie ciśnienia przy tak znacznem zmniejszeniu oporu obwodowego. Mimoto ciśnienie pozostaje prawidłowem. Co tu właściwie zaszło? Masa krwi pozostała niezmieniona. Może serce zaczęło energicznie pracować? Niewątpliwie, ale musiało ono zaczerpnąć zkądciś materyału do pracy — krwi. Oczywiście, zaczerpnęło ono krwi z naczyń trzewnych, które musiały na tyle się skurczyć, iżby dostarczyć sercu masę krwi, niezbędną do zapełnienia pustki, powstałej na obwodzie. Z powyższego musimy wywnioskować, że istnienie prawidłowego ciśnienia przy stwierdzonej dwubitności tętna obwodowego jest objawem zachowanego kurczenia się w zakresie prawidłowym naczyń trzewnych.

Weźmy teraz przypadek odwrotny. Mamy przed sobą chorego z stwardnieniem tętnic. Wymacywanie tętna poucza nas, że chory ma tętnicę promieniową wężykowato pokręconą i z paciorkowatemi zgrubieniami. Krzywa sfigmograficzna tętnicy promieniowej tego chorego posiada na katakrocie mnóstwo falistych wyniosłości i spuszcza się powoli; tętno kwalifikujemy jako twarde i rzadkie. Oczekujemy tu naturalnie silnego podniesienia się ciśnienia tętniczego, tembardziej, że i tętnica skroniowa naszego chorego jest mocno wężykowata, zwapniała. Mierzymy ciśnienie przy pomocy sfigmomanometru i stwierdzamy, że nie przewyższa ono 130 mm. *Hg.*, że jest zatem prawidłowe. Jak sobie wytłómaczyć to wszystko? Wszak opór na obwodzie doszedł tu do rozmiarów poważnych; tętnica promieniowa i inne obwodowe uległy niewątpliwie zwężeniu, a mimoto ciśnienie pozostało prawidłowem. Masa krwi ogólna i tym razem pozostała prawdopodobnie niezmieniona. Zatem serce słabiej ciśnie krew do tętnic obwodowych? Niewątpliwie, ale gdzież się podziała ta ilość krwi, która nie może się pomieścić w zwężonych tętnicach obwodowych? Część jej pomieściła się niewątpliwie w rozszerzonem, niedostatecznie opróżniającem się sercu, ale tylko część. Reszta musiała znaleźć miejsce w naczyniach trzewnych, które w tym celu musiały koniecznie uledz rozszerzeniu.

W ten sposób przy zestawieniu danych sfigmomanometrycznych z danemi, zdobytemi przy pomocy obmacywania tętna i rysowania krzywej sfigmograficznej, możemy zyskać wskazówki co do ewentualnej kurczliwości tętnic trzewnych — wskazówki bardzo cenne przy rozpoznawaniu umiejscowienia miażdżycy tętnic, ewentualnie stwardnienia ich.

Tak więc: 1) obecność tętna miękkiego przy ciśnieniu prawidłowem świadczy o skurczu naczyń trzewnych.

2) Obecność tętna twardego przy ciśnieniu prawidłowem świadczy o rozszerzeniu tętnic trzewnych.

Prognostycznie biorąc, obecność tętna miękkiego przy ciśnieniu prawidłowem jest objawem dodatnim, świadczącym, że poszczególne części układu tętniczego zdolne są jeszcze do samodzielnego regulowania ciśnienia tętniczego bez obciążania w tym celu zbytnio pracy serca. Obecność zaś tętna twardego przy ciśnieniu prawidłowem pozwala mniemać, że proces stwardnienia nie zajął tętnic trzewnych. A przecież stan serca u chorych na stwardnienie tętnic zależnym jest przeważnie od stanu tętnic trzewnych: to, czego ich skurcz lub rozluźnienie nie sprawi, musi sprawić wzmożenie lub osłabienie pracy serca. Tak więc chory na stwardnienie tętnic z twardem tętnem i ciśnieniem prawidłowem *caeteris paritas* prognostycznie znajduje się w warunkach lepszych, niż ten chory, u którego twardemu tętnu towarzyszy podniesione ciśnienie w układzie tętniczym.

Z powyższego widzimy, że zestawienie danych sfigmograficznych z danemi sfigmomanometrycznemi może nam dać bardzo ciekawe wskazówki co do stanu wewnętrznych tętnic ciała. To też palpacyi tętna, która nas poucza o „twardości“ lub „miękkości“ tętna, nie należy lekceważyć, jeśli ma ona być poparta w dążeniu do zdania sobie sprawy z istotnego stanu całego układu tętniczego danemi sfigmomanometrycznemi.

II. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podali

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc o torbielach trzustki, przypomnieć należy, że przez wyrażenie *cystis pancreatis* rozumiemy różne sprawy chorobowe, które pod względem anatomo-patologicznym znacznie między sobą się różnią, pod względem zaś klinicznym bardzo podobne przedstawiają objawy. Anatomo-patologicznie musimy odróżnić prawdziwe torbiele trzustki od rzekomych, t. j. umieszczonych pod blaszką otrzewnej, pokrywającą trzustkę, lub powstających z wylewów do torebki sieciowej w następstwie urazu lub zapalenia. A że pod względem klinicznym torbiele te, rozwijające się czy to w trzustce samej, czy też w jej otoczeniu, tak co do etyologii, jak i symptomatologii lub terapii wiele między sobą okazują podobieństwa, — i ponieważ nawet anatomicznie nie zawsze można dokładnie postaci te od siebie odróżnić, przeto za przykładem Körtego wszyscy chirurdzy przyjęli tę wspólną nazwę: *cystis pancreatis*.

Körte dzieli torbiele trzustki na:

I. Torbiele trzustki prawdziwe.

1. Torbiele z zatrzymania (retencyjne) przewodu odprowadzającego, wyróżniane głównie przez Virchowa.

2. Torbiele z bujaniem (proliferacyjne) tkanki gruczołowej trzustki *(cystadenoma — epithelioma cysticum)*.

3. Torbiele z zatrzymania (retencyjne), powstałe z pę-

cherzyków gruczołowych i małych przewodów odprowadzających przez odsznurowanie w następstwie urazu lub przewlekłego zapalenia łączno tkankowego (n. p. alkoholizm, zapalenia przewodu pokarmowego, przechodzące na przewód trzustki i t. p).

II. Torbiele trzustki rzekome:

1. Skutkiem urazu lub zapalnych spraw trzustki; wylew, czy wysięk gromadzić się może podotrzewnowo na tylnej ścianie torebki sieciowej, lub w niej samej, jako puchlina torebki, która etyologicznie od trzustki zależy.

2. Torbiele powstałe w okolicy trzustki, nie pozostające z nią w żadnym związku, ale dające podobne kliniczne objawy (tak zw. *peripancreatische Pseudocysten).*

3. Są jeszcze opisane torbiele, które stoją w związku z rakiem lub mięsakiem trzustki, ale te nie przedstawiają żadnego interesu dla chirurga.

Torbiele z zatrzymania (retencyjne) w znaczeniu Virchowa, powstające z zatkania, zwężenia lub zagięcia przewodu Wirsunga przez kamyczki, blizny lub przemieszczenie narządu i wynikającego ztąd zastoju wydzieliny gruczołowej aż do wytworzenia się torbieli, mogą mieć dwojaki kształt: przewód rozszerza się niejednostajnie i w ten sposób, że powstały torbiel ma kształt różańcowaty, lub też przewód rozszerza się jednostajnie workowato. Te torbiele wyjątkowo tylko mogą dać powód do chirurgicznego zabiegu, gdyż nigdy nie osięgają większych rozmiarów (największy spostrzegany był wielkości główki dziecka). Potwierdziły to doświadczenia Körtego i innych na zwierzętach, które nadto wykazały, że miąższ gruczołowy po podwiązaniu przewodu w znacznej części zanika przez zwyrodnienie tłuszczowe i bujanie tkanki łącznej.

Reszta miąższu gruczołowego ulega zazwyczaj zapaleniu śródmiąższowemu i następowej marskości.

Torbiele proliferacyjne *(cystadenoma)* mikroskopową budową odpowiadają zupełnie takim torbielom w innych gruczołach, jak n. p. w jajnikach, nerkach, nadnerczach, jądrach i sutkach. Według Waldeyera musimy je uważać za prawdziwe nowotwory *(glanduläre Cystome).* W ścianach ich wytwarzają się coraz to świeże kosmki gruczołowe, które przechodzą w torbiele o zawartości śluzowej lub surowiczo-śluzowej i w końcu zlewają się razem przez zanik przegród ściennych. Powiększenie się rozmiarów torbieli jest częściowo sprawą następową, a zostaje wywołane przez nagromadzenie i koloidowe lub śluzowe zwyrodnienie komórek złuszczonych z wewnętrznej powierzchni ściany. Głównym jednak czynnikiem coraz dalszego rozrostu jest energia proliferacyjna tkanki w ścianach torbiela, co wykazano mikroskopowo. To ciągłe wytwarzanie się coraz to nowych małych torbieli, to ustawiczne bujanie, jest dla nas wskazówką, że przy tego rodzaju torbielach samo wszycie ścian jego w powłoki brzuszne i założenie przetoki nie jest doszczętnym środkiem leczniczym, gdyż choć główny torbiel ulegnie zanikowi, to jednak te poboczne ciągle bujać i rozrastać się będą. Jako przykład posłużyć mogą te przypadki *kystoma ovarii,* gdzie z powodu bądźto znacznej wielkości guza, bądź też znacznych zrostów z otoczeniem, nie usunięto ich doszczętnie, lecz musiano się zadowolnić nacięciem ścian i wszyciem ich w powłoki brzuszne. Powstała przetoka nie goi się, a w sąsiedztwie jej wskutek bujania komórek powstają nowe guzy. A i w piśmiennictwie, traktującem o torbielach trzustki, znajdujemy kilka przypadków, gdzie po nacięciu i sączkowaniu wyleczenie nie nastąpiło. Jedynym uzasadnionym zabiegiem jest tu zupełne wyłuszczenie guza, jeżeli to jest możliwem, t. j. gdy nie ma silnych i licznych zrostów z otoczeniem.

W piśmiennictwie znajdujemy 18 przypadków opisanych podobnych torbieli trzustki (Körte wspomina o 13, Brackel[1]) dodaje 3, a Starck[2]) i Fitz[3]) (Richardson) po 1). Są to zazwyczaj torbiele wielokomorowe, wyścielone przybłonkiem wałeczkowym, posiadające liczne, rozgałęzione zagłębienia.

Charakteryzują się tem, że bardzo powoli rosną, a sprawiają dolegliwości dopiero wtedy, gdy dojdą do większych rozmiarów. Etyologia tej odmiany torbieli trzustki zupełnie ciemna. W żadnym z opisanych przypadków nie można podejrzywać urazu lub jakiejś sprawy zapalnej.

Objawy zapalne, jakie klinicznie spostrzegano przy torbielach trzustki, wskazują, że sprawy zapalne gruczołu, wywołane przez uraz lub jakiś bodziec wewnętrzny odgrywają w tworzeniu się torbieli pierwszorzędną rolę. Zdanie to podzielało oddawna wielu autorów, a Tilger oparł nawet na tem swą teoryę. Autor ten przyjmuje, że skutkiem przewlekłego zapalenia śródmiąższowego *(pancreatitis chr. interstitialis)* i następowego bujania tkanki łącznej przychodzi do odsznurowania się drobnych pęcherzyków gruczołowych i ich przewodów. Następuje zastój wydzieliny, a równocześnie skutkiem zwyrodnienia przybłonków zraziki gruczołowe przemieniają się w maleńkie torbiele. Gdy zaś zaniknie tkanka łączna między tymi małymi torbielkami, powstają coraz to większe jamki. Na chorobowo zmienioną tkankę działa ferment gruczołu i prawdopodobnie z nadżarcia naczyń, licznie przebiegających w ścianie i zwykle rozszerzonych, powstają krwotoki w utworzone już małe torbiele. Za teoryą tą przemawia bardzo często znajdowane *pancreatitis chronica,* nadto na jej korzyść świadczy i to, że w ścianach torbiela głównego lub w sąsiednim miąższu gruczołowym spotykano często małe torbiele. Obecność zaś beleczków i komunikujących ze sobą zatok świadczy, że większe przestwory powstały przez zlanie się mniejszych. To przewlekłe zapalenie prawdopodobnie wywołują czynniki, przechodzące do przewodu trzustki z przewodu pokarmowego; w pierwszym rzędzie więc uwzględnić należy cierpienia żołądka i jelit, alkoholizm, zatkania lub zwężenia przewodu Wirsunga (przez nieżytowy obrzęk błony śluzowej, przez blizny lub przez złogi, kamyki, konkrementy).

Powstawanie torbieli rzekomych tłómaczy Körte w ten sposób, że podobnie jak ogniska zapalne lub martwicze trzustki, tak samo też jakiś zrazik, zwyrodniały torbielowato, a znajdujący się na obwodzie trzustki, może przebić do torebki sieciowej i tu przez zlepienie otworu Winslowa może powstać pozostająca jeszcze w związku z trzustką przestrzeń torbielowata otorbiona. Przemawiałoby za tem to, że w ropnych sprawach trzustki spostrzegano otorbione ogniska ropne w torebce sieciowej.

[1]) v. Brackel: Zur Kenntniss der Pancreascysten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1898. 49 Bd. 2 i 3 Heft.

[2]) Dr. J. Starck: Zwei Fälle cystischer Pancreasgeschwülste. Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie. 1901. 29 Bd. 3 Heft.

[3]) R. H. Fitz: Multilocular cystoma of the pancreas. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 1284.

O ile uraz może być czynnikiem, wywołującym torbiele rzekome, nie jest dotychczas rzeczą należycie wyświetloną. Kliniczne spostrzeganie wskazuje, że po urazach w górną część brzucha u ludzi przedtem zdrowych wytworzyć się może torbiel, wychodzący z okolicy trzustki, wśród gwałtownych bolów, zaraz lub też w jakiś czas po zadziałaniu urazu. Treść ich zazwyczaj krwawa, choć zdarzają się przypadki o treści jasnej, surowiczej, lub śluzowej.

Jordan Lloyd pierwszy podniósł, że tak zw. urazowe torbiele trzustki w większości przypadków są właściwie otorbionymi wylewami lub wysiękami w sąsiedztwie gruczołu.

Za Körtem należy tu odróżnić 2 rodzaje torbieli: *a)* przypadki, gdzie po urazie w przebiegu dłuższego czasu powoli wśród napadowych objawów zapalnych rozwija się torbiel, — i *b)* gdzie ten powstaje w czasie krótkim po urazie, np. parę tygodni.

W pierwszych przypadkach objawy kliniczne wskazują, że po urazie nastąpiły objawy zapalne. Skutkiem zatem urazu gruczoł uległ uszkodzeniu, a wynaczyniona krew i wydzielający się ferment trzustkowy wznieciły przewlekłą sprawę zapalną i zainicyowały bujanie tkanki łącznej śródmiąższowej. W dalszym ciągu, w myśl teoryi Tilgera, nastąpiło odsznurowanie pęcherzyków i ich przewodów, a następnie torbielowate zwyrodnienie. Doświadczenia Körtego na psach wykazały ten sposób powstawania. Choć więc u ludzi podobnej sprawy nie stwierdzono, przez analogię możnaby przyjąć, że uraz wywołuje zapalenie trzustki, a w następstwie tego powolne powstawanie torbiela trzustki rzeczywistego.

Przypadki zaś torbieli urazowych, powstałych w krótkim czasie po urazie, zalicza Körte do torbieli rzekomych, do wylewów natury krwotokowej czy też zapalnej w torebce sieciowej, lub pod blaszkę otrzewnej, przykrywającej trzustkę.

Mniejsza lub większa domieszka krwi do płynu wypełniającego torbiel stała się powodem, że niektórzy autorowie (Friedreich[4]) osobno wyróżniali torbiele krwotokowe.

Tilger[5]), a za nim wielu innych, nie zgadza się z tym podziałem na torbiele krwotokowe i retencyjne, o ile przez pierwsze rozumie się osobną grupę pod względem etyologicznym. Dotychczas niema żadnego pozytywnego dowodu na to, by krwotok uważać za pierwotny, dla powstania torbiela ważny czynnik. Według Tilgera krwotoki są zjawiskiem następowem i podrzędnem, nie mającem żadnej roli czynnej w powstawaniu torbieli.

Wiadomości nasze o budowie ściany torbieli dotychczas jeszcze są skąpe. Większość przypadków była operowaną zapomocą nacięcia i wszycia ścian torbiela w ranę powłok brzusznych, a z wyciętych kawałeczków nie można było nakreślić należytego obrazu. Kilkanaście razy tylko udało się torbiel wyłuszczyć i te przypadki obok sekcyjnych, przeważnie posłużyły za materyał mikroskopowy. W przeważnej liczbie przypadków ściana składała się ze zbitej tkanki łącznej, ubogiej w komórki. W nielicznych torbielach wewnętrzna powierzchnia była wyścieloną przybłonkiem wałeczkowym, w innych w głównym torbielu przybłonka nie było, a natomiast znachodzono go w torbielach pobocznych. Zwykle jednak przybłonka brakowało, co tłómaczą niszczącem działaniem płynu torbiela.

Często znajdowano liczne porozszerzane naczynia, a z reguły złogi barwika krwi, jako pozostałość po dawniejszych krwotokach. Wewnętrzna ściana była już to gładką, już to nierówną; w pojedynczych przypadkach znajdowano na niej wiotkie naloty włóknikowe, łatwo dające się oddzielić, wypuklenia, wybujałości i złogi podobne do wapna; w kilku przypadkach opisano beleczki, listewki, które wskazywały, że torbiel powstał przez zlanie się kilku torbielków mniejszych. W niewielu przypadkach znaleziono w ścianie miąższ trzustki, a Rydygier w przypadku operowanym w roku 1891 wprawdzie wyraźnego miąższu gruczołowego nie znalazł, ale widział komórki gruczołowe w gromadkach, które oznaczył, jako resztki gruczołu.

W niektórych przypadkach obok torbiela znachodzono zaledwie maleńkie cząstki gruczołu; w innych zaś zachował się gruczoł w przeważnej części i przechodził w ścianę w postaci przegrody, przyczem tak był wyciągnięty, że tworzył niejako szypułę, co znacznie ułatwiało całkowite wyłuszczenie guza.

Co się tyczy sprawy umiejscowienia torbieli rzeczywistych, to podania autorów są nieraz sprzeczne z sobą. I tak: Körte twierdzi, że najczęściej spostrzegano w głowie trzustki, Heinricius zaś przeciwnie, że najrzadziej w głowie, a najczęściej w trzonie. (Ciąg dalszy nastąpi)

[4]) Friedrich: Krankheiten des Pancreas. Handb. d. spec. Path. u. Ther. redig. v. Ziemssen. Bd. VIII. 2. Leipzig 1878.

[5]) Tilger: Beiträge zur patholog. Anat. und Aetiologie der Pancreascysten. (Virchows Archiv. Bd. 137, str. 348).

III Sprawność lecznicza żelaza.

Napisał

Edmund Biernacki.

(Dokończenie).

Twierdzenie powyższe musi być uzupełnione dwoma zdaniami: 1) żelazo zawodzi w błednicy bardzo rzadko, wolno rzec, wyjątkowo: 2) również wyjątkowo bywa nieznoszonem w błednicy, nawet wobec dolegliwości żołądkowych.

Jak już raz wspominaliśmy, istnieją bardzo ciężkie przypadki błednicy, przypadki, ciągnące się niemal lata całe, poprawiające się, ale i nader łatwo nawracające: w tego rodzaju przypadkach w danym okresie choroby nieraz niemożna uzyskać ostatecznego wyleczenia zapomocą żelaza. Niektóre z takich przypadków zdradzają silne pokrewieństwo z niedokrwistością złośliwą; w innych znowu trudno pozbyć się podejrzeń, iż przyczyną uporczywości przebiegu jest ukryty wrzód żołądka, względnie, że mamy przed sobą nietyle błednicę, ile niedokrewność następową wskutek ciężkiego cierpienia organicznego. Nawet jednak i w takich uporczywych przypadkach żelazo rzadko pozostaje bez wszelkiego działania.

Z drugiej strony niełatwo przypomnieć sobie mogę przypadek błednicy prawdziwej, przy którymby żelazo było „nieznoszone“: jeden z takich dotyczy pacyentki z 15,63% pozostałości suchej we krwi, z przewlekłym przebiegiem błednicy. Tutaj chora istotnie nie mogła znosić żelaza (silne dolegliwości żołądkowe) i leczenie ograniczało się na ciepłych kąpielach, środkach objawowych itp.

Wywody powyższe dla wielu przeczyć będą doświadczeniu powszechnemu. Przecież nietylko że w licznych przypadkach „błednicy“ lub „niedokrewności“ żelazo źle bywa

znoszone, ale i w wielu pozostaje bez wszelkiego działania terapeutycznego (w obu względach przetwory organiczne mają być lepsze od nieorganicznych). To też często w przypadkach blednicy przed rozpoczęciem leczenia żelazem radzą oddziaływać terapeutycznie na żołądek, z drugiej zaś strony zjawiło się tyle nowych „łatwo strawnych“, czy „łatwo przyswajalnych“ nieorganicznych i organicznych preparatów żelaza.

Na możebne zarzuty tego rodzaju odpowiedzieć można, iż różnice zapatrywań na sprawność leczniczą żelaza bynajmniej nie zależą od zawodności tego środka, ale zasadniczo od różnic pojmowania i rozpoznawania blednicy i niedokrwistości. A co się tyczy znaczenia żelaza dla prawdziwej blednicy, to twierdzenie odnośne wolno nawet wzmocnić w następujący sposób: żelazo jest do tego stopnia „specyfikiem“ przeciw blednicy, że przy zupełnym braku jego działania, wzgl. *ex nocentibus* możemy wykluczyć ten stan chorobowy.

Na tem miejscu muszę powtórzyć w krótkości to, co gdzieindziej już raz szczegółowo rozbierałem z odmiennego punktu widzenia [14]). Cała sprawa ściąga się do tego, iż na podstawie ogólnych cech klinicznych, przedewszystkiem bladości skóry i błon śluzowych, niedokrewność, a u młodych kobiet blednica, bywają rozpoznawane daleko częściej, niż one istnieją w rzeczywistości. Wogóle, jak wiadomo, w pojmowaniu współczesnem „anemia“ jest jedną z najczęstszych szkodliwości chorobowych, t. j. jedną z najczęstszych przyczyn różnych miejscowych i ogólnych przejawów. Cóż nie istnieje na „tle anemicznem“! — równie dobrze cierpienia oczu,jak gardła, oraz nosa, — żołądka, jak kiszek itd. Szczególnie zaś często „anemia“ ma być punktem wyjścia nerwic czynnościowych (histeroneurastenii): to też żelazo jest jednym z podstawowych leków arsenału farmaceutycznego w leczeniu tych stanów chorobowych.

Tymczasem jeśli każdy przypadek niedokrwistości klinicznej będziemy kontrolować hematologicznie, przedewszystkiem we względzie zawartości wody we krwi, oraz liczby ciałek czerwonych, to mimo bladość skóry i błon śluzowych u wielkiej liczby „anemicznych“ (w 60—70% wszystkich przypadków) bynajmniej nie stwierdzimy „anemii“ hematologicznej, to jest rozwodnienia krwi (hidremii) i spadku liczby ciałek czerwonych. Nawet przeciwnie w wielu przypadkach właśnie u bladych histeroneurasteników znajdziemy nierzadko wzmożenie liczby ciałek czerwonych (do 7 milionów i więcej w 1 mlm. sz.), obok pewnego zagęszczenia krwi [15]).

Co do szczegółów odsyłam czytelnika do pracy przytoczonej [16]). W tem miejscu podniosę jeszcze, iż omawianych „pseudoanemików“ nie należy mięszać z blednicą czy niedokrwistością „rzekomą“ wskutek gruźlicy, cierpienia nerek itp. Ostatniego rodzaju przypadki są zazwyczaj istotnemi niedokrwistościami, wprawdzie mniejszego natężenia (18 do 19% substancyi suchej). Co się zaś tyczy „pseudoanemii“ z prawidłowym, nawet „nadprawidłowym“ składem krwi, są to w istocie swej — wedle wszystkiego — takie same przypadki nerwicy czynnościowej, jak przypadki histeryi, czy neurastenii, dobrze wyglądające. Bladość skóry i błon śluzowych powstaje w tych razach prawdopodobnie poczęści wskutek wrodzonej wązkości naczyń powierzchownych, poczęści wskutek ich skurczu; nareszcie ma pewno niemałe znaczenie i ta osobliwa jasność krwi, jaka uderza w wielu przypadkach nerwic czynnościowych mimo obecność hiperglobulii i zgęszczenia krwi.

Neuropatyczne niedokrwistości rzekome bywają rozpoznawane przez wielu jako istotna blednica właśnie dzięki tej okoliczności, iż zdarzają się one w wieku dojrzałości płciowej równie dobrze, jak blednica prawdziwa. Rozpoznanie prawidłowe w tego rodzaju przypadkach, jak widzimy, może być dokonane jedynie przy pomocy badania krwi, wzgl. określenia zawartości wody we krwi metodą wagową.

A więc jedynie badanie krwi może rozstrzygnąć o wskazaniu terapeutycznem! Jeśli nie stwierdzimy wcale rozwodnienia krwi, nawet przeciwnie wzmożenie liczby ciałek czerwonych, to wypadnie ztąd właściwie przeciwwskazanie do użycia żelaza.

Tego rodzaju racyonalizm mógłby — wbrew wszelkiemu oczekiwaniu — bardzo łatwo zawieść, jak już nieraz zawodził i zawodzi w przypadkach analogicznych. Należy się przedewszystkiem dowiedzieć, co mówi w tym względzie „empirya“ kliniczna.

Otóż na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń ośmielam się twierdzić, iż u „niedokrwistych“ z prawidłową zawartością wody we krwi i prawidłową czy wzmożoną liczbą ciałek czerwonych żelazo nietylko nie wywiera żadnego wpływu leczniczego, ale właśnie często bywa źle znoszone.

Fakt ten mogłem stwierdzić głównie dzięki klienteli cudzej. Odkąd zajmuję się badaniami hematologicznemi, koledzy kierowali i kierują do mnie różnych chorych w celu zbadania krwi, przeważnie właśnie dlatego, że cierpienie tych chorych nieraz przez długie lata uchodziło za niedokrewność, „uporczywą“ blednicę, nareszcie neurastenię na „tle anemicznem“; z tej racyi chorzy często poddawani byli leczeniu żelazem, czy wodami żelazistemi, zazwyczaj bez jakiegokolwiek pomyślnego wyniku: w dodatku nieraz leczenie to było źle znoszone. Otóż w tego rodzaju przypadkach stwierdzałem prawidłowo normalną zawartość wody obok normalnej czy wzmożonej liczby ciałek czerwonych.

Przytoczę kilka przykładów.

1) *Litt.*, adwokat, lat 33. Liczne dolegliwości neurasteniczne, cera bardzo blada, pacyent przez długie lata uchodził za ciężko niedokrwistego. Różne leczenia żelazem, arszenikiem, w domu i w zdrojowiskach żelazistych, zwykle źle były znoszone. We krwi ku wielkiemu zdziwieniu chorego: ciałek czerwonych — 6,840.000; białych 6250. substancyi suchej — 23,15%

2) *Sw.*, żona lekarza, od wielu lat neurasteniczka, z powodu bladości błon śluzowych jako »niedokrwista«, często leczona żelazem; Ostatnia kuracya żelazem oraz arszenikiem przy leżeniu w łóżku przed ½ rokiem. «Poprawa», lecz wkrótce potem — mimo to znowu liczne dolegliwości. Ciałek czerwonych 6,260 000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,55%.

3) *Zaw.*, 18 lat, córka lekarza, od kilku lat »uporczywa niedokrwistość». Parę razy leczenie żelazem, wszystko jednak po dawnemu. Ciałek czerwonych — 6,060 000.

4) *Nap.*, lat 14, córka właściciela majątku, od 2—3 lat z powodu bladości skóry uważana za bledniczkę i wobec tego leczona kilkakrotnie pigułkami żelaznemi, ostatni raz przed pół rokiem, ale zawsze

[14]) Por. »O badaniu krwi we względzie praktycznym«.

[15]) Por. Luxenburg: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. (Pamiętnik Towarz. lekarsk. warszawskiego. 1898. — Centralblatt für innere Medicin, 1899).

[16]) O badaniu krwi etc.

bez skutku. Liczne dolegliwości bistero-neurasteniczne. Ciałek czerwonych 5,230.000; białych — 6250; pozostałości suchej — 22.93%

5) *Geb.*, lat 26. żona ogrodnika; dolegliwości neurasteniczne obok bladej cery. Kilkakrotnie sezony w Krynicy, ostatni raz przed rokiem. Ciałek czerwonych — 5,400 000; białych 6250; pozostałości suchej — 20,47%.

6) *Olsz.*, lat 32, panna z ciężką histeroneurastenią od kilku lat; rozpoznawano również prawie stale »ciężką anemię“ wobec bladości pacyentki. Próbowano kilkakrotnie leczenia żelazem, ale bezskutecznie; przytem żelazo źle było znoszonem. Ciałek czerwonych — 7.240.000 (!); białych — 3125; — pozostałości suchej — 23,93%.

7) *Geisl.*, lat 15. panna; rozpoznano »błednicę« i chorą przysłano do potwierdzenia rozpoznania. Mimoto czerwonych ciałek — 5,000.000; białych — 6250; pozostałości suchej — 21.92%

8) *Kam.*, kupiec lat 37, wyglądający niedokrewnie. od wielu lat cierpiał na dolegliwości neurasteniczne; kilkakrotne leczenie żelazem. Czerwonych ciałek — 5,860.000; białych 3125; pozostałości suchej — 23,27%.

9) *N.*, kupiec, lat 33. Wejrzenie nalane, blade, od 2—3 lat cierpi na dolegliwości neurasteniczne; przebył różnorodne leczenia żelazem arszenikiem itd. bez skutku. Ciałek czerwonych — 5,583.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,18%.

10) *Sim.*, lat 18, córka kupca. Objawy nerwowe. Żelazo bez wpływu. Czerwonych 5,260.000; białych 9375; pozostałości suchej — 20.89%.

We wszystkich przypadkach powyższych cierpienie nerek zostało wykluczone przez badanie moczu.

Tego rodzaju przypadków obecnie jestem w stanie przytoczyć już setki [17]). Posiadam także spostrzeżenia własne, gdzie wobec przypuszczalnej błednicy, czy niedokrewności (ogólne objawy kliniczne), żelazo zostało zalecone bez badania krwi i odrazu było źle znoszone. Otóż w tych przypadkach przy kontroli hematologicznej znowu stwierdzałem prawidłową zawartość wody we krwi obok prawidłowej lub wzmożonej liczby ciałek czerwonych. To też uważałem za dozwolone wypowiedzenie twierdzenia, iż przy leczeniu żelazem błednica może być wykluczona *ex nocentibus* [18]).

Zapewne przy wywiadach pewna, wprawdzie drobna część omawianych „pseudoanemików“ z prawidłowym składem krwi, podawała, iż po tem czy innem leczeniu żelazem nastąpiła „poprawa“. Na czem ta poprawa polegała, trudno było dokładnie określić; jedna jedyna chora (przytoczona sub 4), która zresztą straciła wszelkie zaufanie do żelaza, równie dobrze przed, jak po niem, cierpiała na różne dolegliwości nerwowe, sama zwróciła na to uwagę, iż podczas używania pigułek żelazistych miesiączka stała się bardziej prawidłowa, zjawiając się co cztery tygodnie, zamiast poprzednich co trzy. W innych przypadkach chodziło właściwie tylko o poprawę podmiotową, jak „zwiększenie sił“ itp. Że to jednak nie były tak stanowcze poprawy i wyleczenia, jakie spostrzegamy przy stosowaniu żelaza w błednicy prawdziwej, wprost wypadało z faktu. iż chorzy w dalszym ciągu z powodu dolegliwości — nie tych, to innych, — zwracali się do lekarza. To też wątpię mocno, czy ktokolwiek zdołałby przedstawić przypadek dowodzący wyraźnie pożyteczności żelaza w omawianych „pseudoanemiach“ lub wogóle u neurasteników (pomijając, naturalnie, poprawę czysto podmiotową, sugestyjną). Niechaj nawet niektórzy z pośród neurasteników, zbadanych przezemnie hematologicznie, doświadczyli niezłudnej poprawy po leczeniu żelazem, to bardzo trudno było fakt ten uczynić wyłącznie, lub głównie zależnym od żelaza z powodu, iż często jednocześnie z żelazem stosowane były i inne czynniki lecznicze, jak usilne odżywianie, hidroterapia, mięsienie ogólne itp. Otóż w przeciwstawieniu do błednicy prawdziwej właśnie takie czynniki, jak hidroterapia, kąpiele morskie itd. i bez żelaza zdolne są warunkować poprawę u pozornie niedokrwistych neurasteników. Co najważniejsza, w bardzo wielu z pośród moich przypadków żelazo bywało stosowane j e d n o c z e ś n i e z a r s z e n i k i e m; z tym zaś lekiem zdobywa się u bladych neuropatów daleko wyraźniejsze „wrażenia terapeutyczne“, niż z żelazem. Przynajmniej niejeden z pośród nich po leczeniu arszenikiem wykazuje wyraźną poprawę wejrzenia zewnętrznego, zwiększenie napięcia skóry itd.

Bladzi neuropaci i neuropatki stanowią duży kontyngens chorych, szukających poprawy u wód żelazistych. Wracają oni ztamtąd z pewną poprawą, albo zupełnie bez poprawy. Ile w pierwszym przypadku zależy ona od samej wody żelazistej, a nie od zmiany trybu życia, pobytu na świeżem powietrzu itd., — pytanie to jeszcze otwarte, podobnie jak względem wielu wód mineralnych. Ale w konsekwencyi do wszystkich wywodów powyższych już *a priori* nie wydaje się nieprawdopodobnem przypuszczenie, że minimalne ilości żelaza, obecne w wodzie żelazistej, mogą w tych razach nic nie mieć wspólnego z ewentualną poprawą, że wpływ pożyteczny zależy raczej od innych składników wody, jak sól kuchenna, zasady itd.

Nareszcie zwrócić należy specyalną uwagę na to, że liczne „łatwo strawne“, czy „łatwo przyswajalne“, a silnie reklamowane preparaty żelaza, jakie w ostatnich czasach zjawiły się na rynku farmaceutycznym, zawdzięczają swe istnienie właśnie omówionym „uporczywym“, „przewlekłym“ niedokrwistościom z prawidłowym składem krwi. Do leczenia błednicy prawdziwej są one właściwie zbyteczne i trudno mi przypomnieć przypadek, w którymbym odczuł potrzebę zmiany preparatu zwykle stosowanego (każdy lekarz posiada, jak wiadomo, swój ulubiony) na inny, bardziej modny

---

Pozostałe wskazania do użycia żelaza nie wymagają dłuższego omówienia. W niedokrewnościach następowych, zależnych od przewlekłych cierpień narządów, np. nerek, wątroby, czy też od nowotworu, od żelaza można oczekiwać tylko tyle pożytku, na ile, że powiemy, pozwoli w tym kierunku choroba podstawowa. Niewielu też znajdzie się lekarzy, którzyby próbowali leczyć żelazem np. niedokrwistość nowotworową. Rzadko także stosują żelazo w gruźlicy, wzgl. w t. zw. gruźliczej niedokrwistości rzekomej, a to z powodu obaw, mających pewną podstawę, iż leczenie żelazem w tym stanie chorobowym może ułatwić powstanie krwotoku płu-

[17]) Że w tych przypadkach prawidłowy skład krwi, względnie hiperglobulia nie były skutkiem stosowanych leczeń żelazem, wypadało wprost z tego, iż leczenia te odbyły się w wielu przypadkach po raz ostatni na długo przed badaniem krwi ($^1/_2$—1 rok); po drugie, — co najważniejsza, iż u całego szeregu bladych neuropatów, którzy jeszcze ani razu nie leczyli się żelazem, stwierdzano takiesamo zachowanie się krwi.

[18]) O wszystkich faktach powyższych mówiłem już w krótkości w pracy »Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin«. Dr. R. W y b a u w, lekarz konsultant w znanem zdrojowisku żelazistem Spa w Belgii, który pracę powyższą szczegółowo omawiał w »Journal médical de Bruxelles«, 1901, Nr. 38, str. 547, potwierdza moje spostrzeżenia. »Widywaliśmy także młode dziewczęta«, mówi on pomiędzy innemi — »przysłane do Spa z powodu błednicy, a przedstawiające wszystkie objawy przedmiotowe lekkiej błednicy, choć posiadające krew prawidłową; zauważyliśmy, że w tych przypadkach leczenie żelazem nie sprowadzało poprawy, a nawet często źle bywało znoszone«.

cnego. Osobiście tak rzadko stosowałem preparaty żelazne przy niedokrewności gruźliczej, czy wskutek choroby nerek albo wątroby, nowotworu itd., iż nie rozporządzam zupełnie obfitszymi materyałami do rozstrzygnięcia jeszcze nierozstrzyganego pytania, jak często i czy wogóle we wszystkich niedokrwistościach wtórnych żelazo jest w stanie wywierać działanie krwiotwórcze.

Co do znaczenia żelaza w krzywicy i zołzach, zdaje się, zupełnie nie znajdziemy w piśmiennictwie spostrzeżeń „czystych“, nie mówiąc już o porównawczych; jak wiadomo, w tych stanach jednocześnie zwykle z żelazem stosuje się tran rybi, arszenik, jod, fosfor, chininę itp. Zasadniczo w tego rodzaju stanach chorobowych wolnoby oczekiwać pożytku od żelaza o tyle, o ile chorzy tacy nietylko wyglądają blado, ale przy badaniu hematologicznem wykazują hidremię krwi, względnie spadek liczby ciałek czerwonych. Tymczasem na podstawie własnych, wprawdzie nielicznych rozbiorów, mogę wskazać na to, iż bynajmniej nie wszyscy bladzi skrofulicy posiadają krew rozwodnioną i zubożałą w ciałka czerwone: przeciwnie w tych przypadkach można niekiedy stwierdzić, podobnie jak u bladych neuropatów, nawet nadmierną liczbę ciałek czerwonych przy prawidłowej zawartości wody.

W niedokrwistościach po krwotoku, oraz w niedokrwistościach po przebyciu chorób zakaźnych żelazo, już wedle wyników doświadczeń na zwierzętach, powinnoby działać niezawodnie. Tego rodzaju niedokrwistości jednak zwykle, a szczególnie u młodych osobników, tak szybko ustępują przy ogólnych warunkach dyetetyczno-higienicznych, iż empiryczno-kliniczne udowodnienie działania żelaza w tych razach może napotykać na znaczne trudności, wprost wskutek zbyt małego okresu czasu. Jak szybko krew wraca do stanu prawidłowego w tych razach, niechaj zaświadczą choćby dwa następujące spostrzeżenia, które właśnie są wymownym dowodem sił samoleczniczych ustroju.

1) Rekonwalescent, lat 34, po przebyciu duru brzusznego. Dnia 8-go po ustąpieniu gorączki ciałek czerwonych w 1 mlm. sz. — 4,375.000; białych — 12.500; pozostałości suchej — 17.31% (czyli dość znaczna hidremia).

W dziesięć dni później bez żelaza: czerwon. — 4.730.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 20,31%, czyli stan bardzo nieznacznie różniący się od prawidłowego.

2) Dziewczyna, lat 14, po otruciu kwasem siarkowym. W ośm dni po wypadku, kiedy chora czuła się pozornie zupełnie dobrze, kilkakrotne obfite wymioty krwawe. Wielki zapad i niedokrwistość, podskórne wstrzykiwania ergotyny, kamfory, do wewnątrz bismut. W cztery dni potem, gdy chora zaczęła wstawać i chodzić, we krwi ciałek czerwonych — 3.570.000; białych — 31.250; pozostałości suchej — 16,51%.

W siedm dni później — ciałek czerwonych — 4.450.000; białych — 18.750, pozostałości suchej 16,69%; w 18 dni później (25 od początku) czerwonych — 5210000; pozostał suchej — 18,31%.

Przez cały ten czas chora pozostawała na bardzo szczupłej płynnej dyecie; ze strony żołądka zaczęły występować coraz bardziej objawy wrzodu (bóle, wymioty), — a mimoto wszystko po tygodniu liczba ciałek czerwonych podniosła się prawie o milion!

Co się nareszcie tyczy niedokrewności złośliwej, to tutaj ewentualne poprawy przy i po leczeniu żelazem wolno przyjąć za skutek takiego leczenia daleko śmielej i częściej, niż w innych stanach chorobowych, jako iż przebieg niedokrewności złośliwej jest wogóle daleko mniej „ruchomy“, niż np. przebieg błednicy, a tembardziej niedokrwistości po krwotoku. W piśmiennictwie istnieje też dosyć spostrzeżeń, iż w tej chorobie przy energicznem leczeniu żelazem i arszenikiem zjawiają się dość znaczne poprawy. Osobiście posiadam spostrzeżenie, gdzie w przeciągu $1^1/_2$ roku występowało 3 razy wybitne polepszenie w 3-cim, 4-tym tygodniu leczenia arszenikiem i żelazem; w rezultacie i ten pacyent zginął taksamo, jak inni.

„Czystych“ poszukiwań (t. j. z samem żelazem) nad przebiegiem niedokrewności złośliwej przy leczeniu jej żelazem, podobnie jak nad przebiegiem białaczki i białaczki rzekomej, zdaje się, także niema w piśmiennictwie; zresztą tego rodzaju poszukiwania co do wartości żelaza, posiadałyby przeważnie znaczenie teoretyczne, jako choroby te, jak wiadomo, nawet przy leczeniu najstaranniejszem przedstawiają złe rokowanie. Nawet przy białaczce rzekomej nieraz niemożebnem byłoby stwierdzenie wartości leczniczej żelaza na drodze hematologicznej, ponieważ — wedle własnych dość licznych spostrzeżeń — w wielu przypadkach tej choroby brak zupełny wybitniejszych zmian krwi, w znaczeniu spadku liczby ciałek czerwonych i stopnia hidremii[19]).

Streszczając wywody powyższe, widzimy, iż wśród licznych wskazań do stosowania żelaza, właściwie tylko jedno — prawdziwą błednicę okresu dojrzałości płciowej, można uważać za ustalone i niezawodzące. Natomiast częste obecnie stosowanie żelaza u bladych neuropatów, zazwyczaj nie wykazujących zmian hidremicznych we krwi, i wogóle w nerwicach czynnościowych, nie posiada podstaw ani czysto logicznych, ani, co najważniejsza, empiryczno-klinicznych. Wskazanie to istnieje w medycynie współczesnej, śmiało twierdzić wolno, dzięki tradycyi i naśladownictwu. Dodać nareszcie należy, iż działanie pożyteczne żelaza w błednicy dotychczas można uważać za dowiedzione tylko względem większych dawek tego leku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Blau. Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. (Lipsk. S. Hirzel, 1902).

W latach poprzednich (1896 i 1898) podaliśmy na tem miejscu ocenę książki podobnej treści tego samego autora, obejmującej streszczenia prac oryginalnych z dziedziny otyatryi, ogłoszonych w latach 1893 i 1894, względnie 1895 i 1896. Obecnie mamy przed sobą streszczenia prac, które ukazały się w latach 1897, 1898, 1899 i 1900. Stosownie do tego rozmiary tego dziełka są większe, niż poprzednich. Zresztą sprawozdanie to cechuje się temi samemi zaletami, jak poprzednie. Zawiera ono treściwe wyciągi z piśmiennictwa otyatrycznego z wyżej przytoczonego okresu czasu, odznaczające się gruntowną znajomością przedmiotu i świadczące o ogromnej pilności i wytrwałości autora. Nie zapuszczając się w krytykę poszczególnych prac, podaje Blau w streszczeniu tylko zdania autorów, wyniki ich doświadczeń, ważniejsze spostrzeżenia i twierdzenia. Wobec szybko wzrastającego piśmiennictwa, streszczenia takie mają znaczną wartość, o ile że przypominają już dawniej czytane, a po części może już zapomniane prace naukowe, dalej, że

[19]) Np. 1) Perl., żona inżyniera, lat 36. Ciałek czerwonych — 5,790 000; białych — 9375; pozostałości suchej — 21,37%. W rok później: czerwonych 5,730.000; białych — 6125; pozostałości suchej — 22,78%. — 2) Silb., panna, lat 32. Czerwonych 5.750.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,15%. — 3) Buk., lat 28, kobieta: czerwonych — 5.890.050; białych — 6250; pozostałości suchej — 20,75%.

umożliwiają poznanie prac i źródeł, któremi nie każdy czytelnik w całości i w oryginale rozporządzać może. ułatwiają przegląd piśmiennictwa pewnego okresu czasu i podają wierny i zupełny obraz stanu otyatryi w tymże okresie.

Niestety musimy tu powtórzyć zarzuty, dawniej już poczynione. Czytając tę pracę. odbiera się w niektórych miejscach wrażenie, jakoby autor nie postępował z równą przedmiotością w wyborze prac, przez niego przytoczonych i streszczonych. Nie może ulegać żadnej wątpliwości. że przez większe uwzględnienie piśmiennictwa także nie niemieckiego i prac obcojęzycznych, między innemi także polskich, z których wyciągi i sprawozdania nie mogą autorowi być nieprzystępnemi (wskazujemy tylko na „Archiv Virchowa“, „Archiv f. Ohrenh.“), dzieło jego zyskując na zupełności, zyskałoby też na wartości. Jako dalsze *desiderata* dla dobra dzieła i w interesie czytelników wyrażamy życzenie, żeby sprawozdania te na przyszłość okazywały się wcześniej, żeby na końcu każdego dziełka był spis alfabetyczny treści i wykaz autorów, podobnie jak to się znajduje np. na końcu każdego tomu „Archiv f. Ohrenheilk.“ itp., a to dla łatwiejszego zoryentowania się przy wyszukiwaniu potrzebnej informacyi

Zresztą korzyści z tego rodzaju sprawozdań są wogóle, a w szczególności dla zajmujących się tym przedmiotem lekarzy. tak bijące w oczy, że należy się autorowi szczere podziękowanie za jego mozolne trudy, których wymaga przeczytanie i streszczenie tak wielkiej liczby rozpraw i książek.

Spira.

V. Wyciągi.

Baumbach. **Przyczynek do kazuistyki pęknięć pochwy w okresie wydalenia płodu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Chora wątłej budowy, z garbem i bocznem skrzywieniem kręgosłupa i zesztywnieniem prawego stawu biodrowego, rodziła sześć razy prawidłowo, w tem raz bliźnięta. Za siódmym razem również bliźnięta, z których pierwsze urodziło się samo. Pomimo silnych bólów wydalenie drugiego płodu bezskuteczne, wreszcie ustanie bólów wśród nagłego zapadu. Stwierdzono znaczne pęknięcie tylnej ściany pochwy, przez które urodziło się całe jaje płodowe do brzucha. Macica próżna, dobrze skurczona za spojeniem łonowem. W pochwie zwój jelit i sieć. Po przebiciu pęcherza płodowego z trudem sprowadzono nóżkę i wydobyto płód. Następowe leczenie polegało tylko na zatykaniu pochwy gazą jodoformową. Po kilku tygodniach wyzdrowienie zupełne. W dwa lata później ósmy poród. Położenie płodu poprzeczne, wczesny odpływ wód. Lekarz wezwany próbował bezskutecznie obrotu; bóle trwały dalej, aż wreszcie znowu nagły zapad. Stan podobny, jak przy poprzednim porodzie. Macica próżna, dobrze skurczona, łożysko i pętle jelit w pochwie, płód w brzuchu Na tylnej ścianie pochwy długa szczelina. Wydobycie łatwiejsze: w połogu niewyraźne objawy zapalenia otrzewnej i tkanek okołomacicznych, jakoteż lekkie zapalenie żyły lewego podudzia. Opatrywanie pochwy, jak poprzednio. Chora wstała po dwóch tygodniach.

W półtora roku później dziewiąty poród. Płód miał leżeć w położeniu miednicowem, wody odeszły wśród silnych bólów na pięć godzin przed wezwaniem B. Podobny zapad, brak bólów, nieznaczny krwotok. Płód z łożyskiem w jamie otrzewnowej, w tylnej ścianie pochwy pęknięcie, którędy płód wpadł do brzucha. Postępowanie jak wyżej. Chora wstała 14-go dnia. Chociaż autor nie miał sposobności badać chorej w przerwie między ciążami, mimoto przypuszcza, że pęknięcie pochwy powstawało za każdym razem w temsamem miejscu. Przyczyną usposabiającą do pęknięcia było zwiotczenie części miękkich częstymi porodami, rozdęcie brzucha ciążą bliźniaczą i jego obwisłość, skrzywienie kręgosłupa i silne wystercżanie wzgórka kości krzyżowej. *G. Grzybowski* (Kraków).

Kleinwächter. **Uwagi krytyczne nad skracaniem więzadeł sposobem Alexandra.** (*Wiener med. Presse* Nr. 49, 1903). Opierając się na przypadku, spostrzeganym w miesiąc po wykonaniu operacyi Alexandra-Adamsa, gdzie autor znalazł macicę w tyłozgięciu i tesame przypadłości, co i przed operacyą, wykazuje on wady tej operacyi. Nie otwierając jamy brzusznej, nie wiemy w jakim stanie znajdują się przydatki, dlatego nie możemy być pewni, czy przez przemieszczenie macicy nie pogorszymy zmian w przydatkach. Blizny, pomijając już oszpecenie, często się rozstępują i tworzą następowe przepukliny. Największą jednak wadą skracania więzadeł jest następowe ich wydłużanie się, skutkiem czego tyłozgięcie macicy powraca. K. jest przekonany, że nawroty takie dosyć często się zdarzają, tylko nie są ogłaszane, lub giną z pod obserwacyi operatora. Nawroty będą zawsze występować tam, gdzie istnieje i po operacyi przyczyna, sprowadzająca tyłozgięcie, n. p. duża, ciężka macica; ta po dłuższym lub krótszym czasie na nowo naciągnie więzadła do tej długości, że tyłozgięcie powstanie. Tylko tam, gdzie przyczyna sprowadzająca tyłozgięcie po operacyi zostanie usunięta, skutek operacyi może pozostać dobry. *P.*

Lederer. **O gwałtownem rozszerzaniu ujścia macicy zapomocą rozszerzadła Bossiego.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1903). W klinice praskiej używają przyrządu tego już od szeregu lat i zawsze ze świetnym skutkiem — mimo, że w użyciu jest jeszcze ciągle stary model o trzech tylko ramionach (nowy ma cztery). Przeciętnie potrzebowano 20′—35′ do zupełnego rozwarcia ujścia macicy. Przytem zauważono, na co zresztą i sam Bossi zwrócił uwagę, że lepiej jest rozszerzyć więcej, aniżeli mniej; tylko przy takiem postępowaniu unika się niejednokrotnie następowych zaciągnięć ujścia macicy zaraz po wyjęciu przyrządu. Głównie stosowano go w drgawkach i tu należy mu oddać pierwszeństwo przed balonem, z powodu 1) pewnej aseptyki, 2) możliwości zastosowania go przy zupełnie utrzymanej i zamkniętej szyjce; 3) o wiele krótszego czasu, potrzebnego do rozwarcia ujścia. Złych następstw nigdy nie zauważono. Skaleczenia szyjki przy powolnem, spokojnem i cierpliwem zastosowaniu nie są częstsze ani większe od tych, które się przytrafiają w porodach prawidłowych; znaczniejsze naddarcia należy może odnieść do następowego wyciągnięcia płodu.

W tymsamym zeszycie „Archiwu“ podaje Dr. Keller w pracy p. t. „Doświadczenia nad szybkiem rozszerzaniem szyjki przyrządem Bossiego“ również dodatnie wyniki, jakie osiągnięto przy użyciu tego przyrządu w berlińskiej „Charité“. Autor używał zwykle balonu, w celu szybkiego ukończenia porodu; przekonał się jednak, że oprócz wad, wyżej podanych, przez Lederera posiada założenie balonu do macicy jeszcze następujące: niemożność użycia go w przypadkach, gdzie główka jest już ustalona; niemożność badania bez poprzedniego usunięcia balonu; nadto poród trwał od chwili założenia balonu aż do urodzenia się płodu przeciętnie 9 godzin, czas stanowczo za długi tam, gdzie idzie o szybkie działanie

Dr. E. Ehrenpreis

Bern. S. de Smitt. **Przyczynek do kazuistyki poronień wywołanych (zbrodniczych).** (*Arch. f. Gyn.* t. 67, z. 3, 1902). I. Do autora zgłosiła się kobieta, skarżąca się na bóle w brzuchu, trwające od $2^1/_2$ lat i występujące głównie przy szybkiem chodzeniu. Badanie wykazało znaczny rozstęp mięśni prostych, a w odległości jednego palca poniżej pępka guz podłużny, łatwo przesuwalny, niebolesny; części rodne nie przedstawiały żadnych zmian. Pewnego rozpoznania nie postawiono. Ponieważ chora tymczasem zastąpiła, a bóle się wzmogły, wykonano laparotomię. Pokazało się, że guz tworzyła wolna pętla jelita, z której po nacięciu wyciągnięto elastyczny cewnik (Charière Nr. 22), nieco nadtrawiony. Po zeszyciu jelita zamknięto jamę brzuszną. Bóle ustały. Po operacyi zeznała chora, że przed $2^1/_2$ laty radziła się akuszerki, w celu spędzenia płodu i że ta włożyła jej coś do pochwy. Istotnie chora poroniła wtenczas, przedmiotu jednak włożonego do pochwy więcej nie widziała. Po zupełnie prawidłowym połogu wstała i od tego czasu odczuwała owe bóle w brzuchu. Autor sądzi, że akuszerka przy wprowadzaniu cewnika przedziurawiła macicę; wskutek następowego ograniczonego zapalenia otrzewnej nastąpił zrost macicy z pętlą jelita, w dalszym ciągu cewnik przedziurawił jelito i przesunął się tamże w całości. Że przy operacyi nie znaleziono zrostów, tłómaczyć należy częściowem ich naciągnięciem i częściowem rozerwaniem wskutek ruchów robaczkowych jelita w ciągu $2^1/_2$ lat. Nawiązując do tego przypadku, podaje autor dość obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu.

II. Do kliniki zgłosiła się wieloródka (XIII poród) w 7 miesiącu ciąży, podając, że przed 4 tygodniami upadła na ulicy i od tego czasu czuje się chorą. Mimoto wychodziła dalej. Przed dwoma dniami, chodząc po ulicy, uczuła nagle, że jej się coś w brzuchu przesunęło na stronę prawą, przyczem doznała silnych bólów. Od tego czasu nie czuje ruchów płodu, gorączkuje i ma krwawe odchody. Po dokładnem zbadaniu przystąpiono do laparotomii. Po stronie prawej leżała macica, okazująca znaczne pęknięcie lewej ściany; po lewej guz, utworzony częścią z olbrzymiego krwiaka więzadła szerokiego, częścią z płodu, przeświecającego pod otrzewną; łożysko jeszcze w macicy. Ponieważ chora gorączkowała (38·9°), wyjęto całą macicę. Ani makro- ani mikroskopowe badanie macicy nie wykazało przyczyny tego pęknięcia. Przy oglądaniu jednak płodu zauważono na czaszce w okolicy małego ciemiączka mały okrągły

otwór w skórze, o brzegach czarnych; w jego okolicy liczne stare podbiegnięcia krwawe. Skóra w miejscu rany była silnie zrośniętą z czaszką. Autor tłómaczy ten przypadek w następujący sposób: Przed 4 tygodniami (upadek na ulicy) była chora u kogoś (akuszerka?), — który w celu spędzenia płodu przebił zgłębnikiem błony płodowe i zranił przytem czaszkę płodu. Ponieważ próba ta pozostała bez skutku, udała się chora przed dwoma dniami powtórnie do owej osoby, która, chcąc już teraz działać energiczniej, przedziurawiła przytem macicę. Przy powrocie chorej do domu otwór w macicy rozszerzył się i płód wyszedł do jamy brzusznej; wtedy to doznała chora uczucia, jakby jej się coś w brzuchu przesunęło na stronę prawą (macica). Pęknięcie to nie nastąpiło w następstwie bólów, w przeciwnym razie byłoby i łożysko również wyszło z macicy; nadto kobieta, która odczuwa bóle (XIII poród), nie wyszłaby na ulicę. Ze stanowiska medycyny sądowej przypadek ma bardzo wielkie znaczenie; sprawa dotyczyć może rozstrzygnięcia 3 pytań: 1) czy przedarcie macicy nastąpiło dobrowolnie? 2) czy ono zostało wywołane gwałtownie przy istniejącem usposobieniu? 3) czy ono zostało wywołane gwałtownie wśród zresztą prawidłowych stosunków? Dobrowolne pęknięcia macicy zdarzają się zwykle z końcem ciąży, najczęściej dopiero przy porodzie. Przyczyny należy szukać w nadmiernem rozciągnięciu dolnego odcinka macicy, spowodowanem niestosunkiem między miednicą a poprzedzającą częścią płodu. Sprawa zresztą dobrowolnego pęknięcia macicy nie jest jeszcze rozstrzygniętą; jedni bowiem przyjmują koniecznie obecność przyczyn usposabiających, drudzy je zaprzeczają. Nawiązując do tego, przedstawia autor bardzo obszerne piśmiennictwo, dotyczące tego sporu, i decyduje się ostatecznie na następujące orzeczenie: Pęknięcie macicy nastąpiło tu wprawdzie w późniejszym okresie ciąży (7 m.), jednak z wykluczeniem działania bólów porodowych i niestosunku między miednicą a płodem; również niema mowy o usposobieniu, gdyż nigdy przedtem nie wykonano żadnego zabiegu na macicy, a badanie mikroskopowe mięśnia macicy wykazało zupełnie prawidłowe stosunki. Uraz, o którym wspomina chora, zbyt był mały i nie mógł żadną miarą tłómaczyć tak poważnych następstw, jakie tu zaszły. Wobec więc tych danych i owego skaleczenia powłok czaszkowych płodu, które dla orzeczenia ma wielkie znaczenie, nie waha się autor ani na chwilę twierdzić, że tu wywołano poronienie zbrodnicze, a to spowodowało pęknięcie macicy i śmierć płodu. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Fasching. **O leczeniu mięszaniną jodoformu i kalomelu.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 1903). Ostrzeżenie Schlaefkego, że się nigdy nie powinno podawać jodu wewnętrznie, gdy się stosuje kalomel w chorobach oczu, kalomel bowiem łączy się z jodem, wydzielającym się we łzach, na jodek rtęci i jodochlorek rtęci, połączenia, działające bardzo żrąco, ostrzeżenie to nasunęło autorowi myśl zastosowania tego połączenia w ranach o licznych zaułkach i fałdach, na które w zwykły sposób antyseptycznie działać nie można. Początkowo (w r. 1895) bojaźliwie, potem coraz odważniej stosował mięszaninę kalomelu i jodoformu w równych częściach, tembardziej, że w r. 1897 potwierdził Sprengel wyniki autora co do działania podanej mięszaniny. Sprengel stosował ją z szczególnem upodobaniem przy tracheotomii z powodu błonicy i przy zabiegach operacyjnych w gruźlicy stawów i kości. Dochodził nawet do 4½ grm. tej mięszaniny i to bez żadnych przypadków następowych. Autor poleca ją w zapaleniach ropnych różnego rodzaju, w zropiałych gruczołach gruźliczych, dymienicach, świeżych ranach, próchnicy kości itd. Stosował ją z góry w 250 przypadkach i opatruje w ten sposób, że posypuje pędzelkiem najpierw kalomelem, potem jodoformem i przykrywa ranę 20% gazą jodoformową. Powinno się używać kalomelu *via humida*, albo jeszcze lepiej *vapore paratum*. Pod tą mięszaniną odpadają części obumarłe, rana oczyszcza się, powstaje świeża czerwona ziarnina i obejść się można zupełnie bez kamienia piekielnego. Do zalet wielkich tej mięszaniny należy, że zapobiega przyklejaniu się gazy do rany, przez co uwalnia się chorego od bólu i przykrości przy zdejmowaniu przyschniętej gazy podczas zmiany opatrunku. Ropa traci wtedy swą gęstość, staje się więcej płynną, surowiczo-śluzową. Wessanie obu tych środków równocześnie wpływa na znaczną poprawę chorych zołzowych, chorzy stają się zdrowsi, przybierają na wadze, a rany goją się prędko. W ropieniach cuchnących mięszanina działa również odwaniająco, a już z zapałem wyraża się autor o działaniu jej na uporczywe, opierające się wszelkiemu leczeniu wrzody podudzia. Wrzody te nie mają być większe od talara, gdyż zachodzi obawa otrucia przy większych wrzodach, przy których stosuje z dobrym skutkiem amyloform. Wrzody miękkie i twarde oczyszczają się i goją bardzo dobrze. Objawów zatrucia nie zauważył autor ani od jodoformu, ani od kalomelu, w żadnym przypadku; chorzy nie skarżyli się nigdy na palenie, bóle, czasem tylko odczuwali nieznaczne swędzenie; sztucznego wyprysku nigdy nie zauważył także, skóra zdaje się lepiej znosi tę mięszaninę, niż czysty jodoform. Dobre działanie tłómaczy autor wytwarzaniem się jodku rtęciowego *in statu nascendi*, który jest dobrym środkiem przeciwgnilnym.

B. Żmigród.

J. Wiener. **Wskazania do wycięcia nerki** (*nephrectomia*). (*Med. Rec. — Journal of Amer. Med. Ass.* 24 maja, 1902). Autor wymienia choroby, w których wskazanem jest wycięcie nerki; roztrząsa szczegółowo sposoby badania, wykazuje niebezpieczeństwo tego ostatniego z powodu możliwego zakażenia zdrowego moczowodu, a następnie tą drogą drowej nerki. W wieku dziecięcym wycięcie nerki wskazane jest w rozwojowych wadach wrodzonych i przy nowotworach; z wad rozwojowych najczęściej wydarza się niedrożność moczowodów z następową puchliną nerkową; z nowotworów zaś, w tym wieku spotykanych, najczęstszymi są mięsaki.

W młodzieńczych latach potrzeba usunięcia nerki może zajść z powodu zapalenia miedniczek nerkowych, lub posokowatych spraw w nerkach, będących następstwem jednej z ostrych chorób zakaźnych; przytem może być zajęta nerka, przedtem zupełnie zdrowa.

W wieku dojrzałym wskazania do wycięcia nerki mogą być następujące: 1) puchlina nerek, 2) zapalenie miedniczek i samej nerki, zwłaszcza ropne, 3) gruźlica, wreszcie 4) nowotwory złośliwe.

Puchlina nerek jest wskazaniem do usunięcia nerki, jeśli mamy do czynienia z *a*) torbielem z zarośniętym moczowodem; *b*) jeśli w torbielu nastąpił zupełny zanik tkanki nerkowej, lub pozostały małe jej resztki; *c*) jeżeli nie osiągnięto dodatnich wyników przy pomocy innych zabiegów, jakoto: nefropeksya, nefrotomia, operacye plastyczne, usunięcie kamieni. Wogóle według doświadczenia autora, z powodu puchliny nerkowej rzadko zdarza się konieczność usunięcia dorosłemu człowiekowi nerki.

W zapaleniu miedniczek i nerek i w ropnem zapaleniu nerek leczenie chirurgiczne może polegać na nacięciu nerki (nefrotomia), lub wycięciu jej (nefrektomia): która z tych operacyj jest lepsza, trudno powiedzieć. Jeżeli obecność wielkiej ilości ognisk ropnych czyni nacięcie nerki zanadto uciążliwem i niebezpiecznem, wskazana jest pierwotna nefrektomia. Lecz z drugiej strony, robiąc początkowo nacięcie nerki, dajemy ustrojowi czas przyzwyczaić się do korzystania z jednej tylko nerki i mamy możność osądzić, o ile wydolna jest druga nerka, przedtem, nim usuniemy chorą. Po nacięciu nerki nie otrzymujemy również takich silnych zaburzeń w wydzielaniu nerkowem, jak po pierwotnem jej usunięciu. Natomiast po nacięciu mogą wystąpić złe następstwa w postaci ogólnego zakażenia ropnego, może również pozostać przetoka nerkowa.

W gruźlicy nerek moczenie krwią bywa często najwcześniejszym objawem; gruźlica zajmuje zwykle tylko jedną nerkę, najczęściej spotyka się u kobiet, może wreszcie pozostawać ukrytą w ciągu wielu miesięcy. Im wcześniej postawiono rozpoznanie gruźlicy nerek, tem mniej widoków następowego zakażenia pęcherza. Objawy, które cechują gruźliczą sprawę w nerkach, są według Morrisa następujące: bóle w krzyżach, obfite moczenie, moczenie ropne przy moczu kwaśnym, moczenie krwawe również przy oddziaływaniu moczu kwaśnem, częste moczenie dniem i nocą, obecność laseczników gruźliczych w moczu, wreszcie ogólne objawy gruźlicy.

Rozpoznanie różniczkowe kamieni nerkowych we wczesnych okresach choroby bywa często bardzo trudne.

Gdy gruźlica bywa najczęściej w wieku od 20 do 40 lat, nowotwory złośliwe spotykamy zwykle po 48-ym roku życia; do najczęstszych należą rak i mięsak. Właściwości, cechujące guzy nerek, są następujące: *a*) jelito grube leży z przodu guza; po stronie prawej okrężnica zwykle leży z przodu i wewnątrz od guza; po lewej z przodu i na zewnątrz: służy to do odróżnienia guza nerki od śledziony lub wątroby; *b*) guzy nerki rosną naprzód, gdy ropnie kierują się ku tyłowi; *c*) guzy nerkowe nie tak znacznie opuszczają się przy głębokim wdechu, jak guzy śledziony i wątroby. Do objawów kardynalnych należą: krwawe moczenie, obecność guza i bóle.

Pierwszorzędnej wagi jest pytanie, czy guz nadaje się do operacyi, czy nie. Wiele tu zależy od długości istnienia objawów chorobowych, od ruchomości guza, od obecności obrzęku na boku lub na nodze po stronie zajętej, od stwierdzenia powiększonych gruczołów, które można wyczuć wewnątrz jamy brzusznej, lub na brzegu kości miednicowych. Należy wreszcie starannie zbadać wszystkie narządy, szczególnie dolne drogi moczowe, żeby wykryć, czy niema przerzutów nowotworu. Polepszenie wyników operacyj w zakresie nerek z powodu nowotworu postępuje równolegle z postępem i innych gałęzi chirurgii nerkowej. Śmiertelność spadła z 60% wszystkich przypadków operowanych przed 1890-ym rokiem, na 20% w 1899 r.

W końcu zwraca autor uwagę na wielkie znaczenie wczesnego rozpoznania, jako najbardziej ważnego dla powodzenia zabiegów chirurgicznych. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

O. Winberg. **Mięsak kulistokomórkowy górnej szczęki z przerzutami, nie nadający się do operacyi, wyleczony mięszanką z toksyn róży** i *bac. prodigiosus*. (*Mec. Record* 3 maja, 1902. — *Philad. Med. Journal* 10 maja, 1902). Czterdziestoletniego weterynarza, należącego do rodziny zdrowej, uderzył byk rokiem w prawą szczękę górną. Po dwóch, czy trzech tygodniach, w celu złagodzenia silnego bólu, który wystąpił po urazie, wyjęto kieł; ulga jednak nie nastąpiła. Następnie usunięto pierwszy (mały) ząb trzonowy i zbadano jamę Highmora, lecz ropnia nie znaleziono. Guz, dostrzegalny w okolicy szczęki górnej, uznano za nowotwór złośliwy. Zaproponowano choremu usunięcie górnej szczęki i operacyę tę wykonano; całego jednak guza wyciąć nie było można; ograniczono się więc do częściowego tylko jego usunięcia. Po stronie drugiej pod uchem był również obrzęk wielkości jaja kurzego, który wycięto w całości. Tkanka guza została zbadana przez anatomów, którzy stwierdzili mięsaka kulistokomórkowego gruczołu.

Po kilku dniach guz mięsakowy zaczął znów powiększać się, zajął nos i okolicę okołouszną i przeniósł się na podniebienie i gardło. Chory przytem szybko chudł i tracił na wadze. Przy znacznem wyniszczeniu wystąpiła żółtaczka, która z początku była niewielka, stopniowo jednak znacznie się wzmogła; wreszcie stwierdzono tkliwość w okolicy wątroby i powiększenie tego narządu. Wystąpiły nudności i wymioty; stolec był zaparty; kał barwy gliniastej, mocz wysycony żółcią. Wobec tego wszystkiego rozpoznano przerzut w wątrobie. Stan chorego stawał się coraz to gorszy pod wszelkimi względami, wobec czego postanowiono próbować leczenia zastrzykiwaniem toksyn róży i *bac. prodigiosus* (sposób Coley). Leczenie to zostało uwieńczone zupełnem powodzeniem: polepszenie nastąpiło prędko i ostatecznie nie pozostało ani śladu guza na szyi, twarzy i szczęce; badanie narządów jamy brzusznej również nie wykryło nic nieprawidłowego. Zastrzykiwano nie w okolicy samego guza, więc działanie na nowotwór nie mogło być miejscowe, lecz ogólne.

St. Rudzki (Lublin).

A. Berg. **Wskazania do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.** (*Med. Record* 3 maja, 1902. — *Philad. Med. Journal* 10 maja, 1902). Autor formułuje wskazania do wkroczenia chirurgicznego w kamicy żółciowej: 1. „Operacye z wyboru“, wykonywane w okresie wolnym od napadów, w celu uniknięcia poważnych następstw: zabieg prosty, z śmiertelnością 2—3%. Powodem do tej kategoryi operacyj bywają: *a*) silne bóle z zapalenia pęcherzyka żółciowego: często powtarzające się, niepowikłane napady kolki żółciowej, trwające pomimo leczenia wewnętrznego, dzięki czemu chory staje się niezdolnym do pracy: *b*) zapalenia pęcherzyka żółciowego z gorączką po pierwszym napadzie ostrego. 2. „Operacye z konieczności“, wykonywane o każdej porze dnia i nocy, często wśród nieodpowiedniego otoczenia na chorych, którzy nieraz są zakażeni posocznicą, zwykle wycieńczeni i z obniżoną odpornością życiową. Operacya trudna i dająca wielką śmiertelność (od 50 do 75%); do wskazań do tej operacyi należą: *a*) błyskawiczne i nadzwyczaj ostre napady zapalenia pęcherzyka żółciowego, które mogą być pierwszym objawem kamicy żółciowej, lecz zwykle występują już po kilku lżejszych napadach. *b*) Puchlina, otok, zgorzel lub przebicie pęcherzyka żółciowego, skażenie krwi składnikami żółci, ropień wątroby i rozlane zapalenie otrzewnej.

St. Rudzki (Lublin).

Dr. Leiner. **Płonica przyranna w przebiegu oparzeń.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 56, 6 B., H. 6, 1903). Płonica przyranna tylko wtedy może być uważaną za taką, gdy prócz charakterystycznej osutki płoniczej wystąpiły inne cechy ze zbioru objawów, charakterystycznych dla płonicy, a więc: zapalenie gardła, obrzmienie gruczołów podszczękowych, zapalenie nerek, a pewną staje się wtedy, gdy któraś z osób, stykających się z chorym, zapadnie na typową płonicę. Inne przypadki t. zw. płonicy przyrannej podciągnąć należy pod zwyczajny rumień na tle naczynioruchowem, toksycznem, ropnem lub posoczniczem. Badania Kocha i de Bovis wykazały, że istnieje stanowczo płonica przyranna i że zachodzi pewna różnica między płonicą przyranną a zwyczajną, mianowicie: 1. Okres wylęgania w płonicy przyrannej jest znacznie krótszy. 2. Zupełny brak zapalenia gardła, lub istnienie tylko objawów nieżytowych w gardle, w przeciwstawieniu do dość regularnie występującego charakterystycznego zapalenia gardła w płonicy typowej.

Autor opisuje trzy przypadki oparzeń, w których podczas leczenia wystąpiła płonica przyranna, w przebiegu której oprócz osutki stwierdzono zajęcie gardła, typowe zmiany na języku, płatowe łuszczenie się skóry, a nawet w jednym przypadku przeniesienie choroby na matkę. Łagodny przebieg płonicy, lekkie zajęcie błon śluzowych, silne natężenie osutki około oparzenia, zupełny brak zwiastunów przed oparzeniem, przemawia za istnieniem płonicy przyrannej, a nie płonicy u oparzonych. Oparzenie więc tworzy niejako bramę wejścia dla jadu płonicy, lub też wzmaga usposobienie do zakażenia płoniczego.

Dr. Bolesław Komorowski.

Wierszynin. **W sprawie leczenia tętniaków podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1902, kwiecień i maj). W. stosował w oddziale prof. Korkunowa (Tomsk) żelatynę w 5-ciu przypadkach tętniaka: 4 chorych doznawszy po 5—6 wstrzyknięciach ulgi, wystąpili z kliniki, jeden zaś doprowadził leczenie do końca. Chory ten cierpiał od 4 lat na tętniaka łuku tętnicy głównej: tętniak wypuklał się znacznie na zewnątrz, silnie tętnił, wywoływał znaczną duszność i bóle w piersiach, między łopatkami i w lewej kończynie gónej; zdradzał się on również przenikliwym szmerem, słyszalnym przez samego chorego. Gdy zwykłe środki nie odnosiły skutku, postanowił W. zastosować żelatynę. Pierwszy raz wstrzyknięto 100 sz. ctm. 1% rozczynu żelatyny w 0,6% chlorku sodowego; po trzech dniach znowu 150 sz. ctm., a następnie co 3 dni 200 sz. ctm. 3% rozczynu. Wszystkich wstrzyknięć zrobiono 15. Następstwem tego leczenia było, że tętnienie znacznie się zmniejszyło, a szmer znikł; ustąpiły również bóle i duszność; opukiwanie i rentgenofotografia wskazywały na zmniejszenie worka. Po 2½ latach chory ten znów uczuł bóle w piersiach i stracił głos. Badanie wykazało silne tętnienie, powiększenie się worka tętniakowego, porażenie lewej struny głosowej. Po 10-ciu wstrzyknięciach 5% rozczynu żelatyny w ilości 200 sz. ctm. każdorazowo, bezgłos i porażenie struny głosowej ustąpiły, worek zmniejszył się, a duszność i bóle ustały. Po upływie roku badanie nie wykazało pogorszenia.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Wysocki. **Barwienie plwociny.** (*Medinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 5). Dla wykrycia w plwocinie włókien sprężystych poleca W. płyn barwiący, stosowany przez Weigerta dla barwienia włókien sprężystych w tkankach. Przygotowuje się go w sposób następujący: 1,0 fuksyny i 2,0 rezorcyny rozpuszcza się w 200 sz. ctm. wody; rozczyn ogrzewa się do wrzenia i do niego dodaje się przy ciągłem mięszaniu 25,0 półtorachlorku żelaza: przytem tworzy się znaczna ilość piany i czarny osad. Ciągle mięszając, gotuje się rozczyn 3—5', następnie, po ostudzeniu, przesącza. Osad z sączkiem daje się do miseczki, zawierającej 200 sz. ctm. 95% wyskoku i ostrożnie się ogrzewa do wrzenia; po spłókaniu osadu z sączka wyjmuje się sączek, a płyn po ostudzeniu przesącza się i do przesączu dodaje się 95% wyskoku do 200 sz. ctm., a następnie jeszcze 4 sz. ctm. czystego kwasu solnego.

Barwienie odbywa się w sposób następujący: po roztarciu kłaczka plwociny między 2 szkiełkami przedmiotowemi i po ustaleniu preparatu zlekka na ogniu, wkładamy go na 20—25' do płynu barwiącego i następnie, nie spłókając wodą, przenosimy do 95° wyskoku, zostawiając go w nim do słabofioletowego zabarwienia grubszych części preparatu. W tak przygotowanym preparacie łatwo odróżnić czarne włókna sprężyste od innych składowych części, zabarwionych fioletowo. Jeśli preparat przenieść z wyskoku do słabego wodnego rozczynu kwasu pikrynowego na 2—3', to czarne włókna sprężyste występują jeszcze wyraźniej na żółtem tle. Ten sposób ma przewagę przed innymi, ponieważ wszystko, oprócz włókien sprężystych, więc i włókna komórek roślinnych, które trudno odróżnić od sprężystych, odbarwiają się wyskokiem i barwią się dodatkowym płynem barwiącym.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Dzierżgowski. **W sprawie powstawania antytoksyny błoniczej u zwierząt w zwykłych warunkach ich życia i podczas sztucznego ich uodporniania.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 46). Doświadczenia Dz. wykazują, że wprowadzenie toksyny błoniczej do krwi zwierząt uodpornionych przeciw błonicy, nie sprowadza żadnego odczynu ze strony ustroju; wprowadzenie zaś jej do jakiejkolwiekbądź tkanki w ilości znacznie mniejszej od ilości antytoksyny we krwi, podnosi siłę antytoksyczną krwi. Oczywiście zatem toksyny, wprowadzone bezpośrednio do krwi, szybko rozchodzą się w niej i zobojętniają się nagromadzoną w niej antytoksyną; przy wprowadzeniu zaś toksyny do tkanek nie znajduje tu ona dostatecznej ilości antytoksyny; okoliczność ta wywołuje wzmożone wytwarzanie antytoksyny w komórkach. Z tych więc doświadczeń wynika, że antytoksyna wytwarza się w komórkach w miejscu wprowadzenia toksyny. Ilość wytwarzanej antytoksyny zależy od miejsca wprowadzenia toksyny: przy wprowadzeniu toksyny do tkanki podskórnej wytwarza się więcej antytoksyny, niż w razie wprowadzenia do mięśni. Odporność zależy od szybkości wytwarzania antytoksyny przez komórki, nie zaś od ilości jej we krwi. Zwierzęta, zawierające we krwi duże ilości antytoksyny, lecz niezdolne wytwarzać jej szybko, giną od bardzo małych ilości toksyny.

Oprócz odporności, nabytej drogą sztucznego wprowadzania laseczników błoniczego, lub jego toksyny, spostrzegamy u niektórych zwierząt odporność wrodzoną przeciwko błonicy. Niektóre z nich

(szczury, psy) nie zawierają antytoksyn we krwi; jest to t. zw. odporność „komórkowa“. U koni spostrzegamy nieraz tak, że odporność wrodzoną, lecz krew ich zawiera antytoksyny. Na 215 spostrzeżeń D. stwierdził podobny stan w 25%. Dla wyjaśnienia, zkąd pochodzą te antytoksyny, D. porównywał ilość antytoksyny we krwi koni, posiadających odporność wrodzoną, z ilością jej u koni, uodpornionych sztucznie przed kilku laty. Okazało się, że siła antytoksyczna krwi sztucznie uodpornionych koni obniża się w znacznym stopniu po dokonanem uodpornieniu i po pewnym czasie dochodzi do stałego poziomu, na którym utrzymuje się w ciągu szeregu lat. Ten poziom odpowiada w zupełności ilości antytoksyny u koni z odpornością wrodzoną. Wobec tego D. przypuszcza, że antytoksyna koni z odpornością wrodzoną jest wynikiem odporności czynnej, nabytej w zwykłych warunkach drogą lekkiego zakażenia. Na dowód tego poglądu przytacza D. obecność w śluzie nosowym koni laseczników błoniczych i fakt uodporniania koni przez pędzlowanie błony śluzowej toksyną błoniczą. Wreszcie próby uodporniania samego siebie toksyną błoniczą doprowadziły również do wytworzenia odporności czynnej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. L. Moszkowicz. **O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1903). W ciągu 10 lat spostrzegano i leczono w „Rudolphinum“ 111 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie ostrym, z tych 36 leczono zachowawczo: spokój i ścisła dyeta były głównym czynnikiem leczniczym. W ostatnich latach zaniechano zupełnie podawania makowca, który wzmaga porażenie jelit i zaciera obraz choroby, przez co utrudnia obranie odpowiedniej chwili do operacyi. W 20-tu przypadkach nacięto ropień okołokątniczy bez usunięcia wyrostka: dwóch chorych zmarło, u trzech pozostały przetoki kałowe, które zagoiły się dopiero po odcięciu wyrostka, u trzech innych potworzyły się nowe ropnie po $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roku. O ile dowiedzieć się zdołano, tylko $\frac{1}{2}$ część chorych z tej grupy czuła się zupełnie zdrową. Trzecią grupę stanowią przypadki (31), w których po otwarciu ropnia wyszukiwano wyrostek i odcinano go doszczętnie. Z operowanych w ten sposób zmarło 4. Autor (z oddziału Gersunyego) gorąco przemawia za tem postępowaniem. Okolicę ropnia odsłania cięciem Sonnenburga, jamę oczyszcza z ropy i rozpoczyna poszukiwania za wyrostkiem. Nie obawia się przytem odsłonięcia jamy otrzewnowej. Otrzewna w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego zdradza niezwykłą odporność na zakażenie, gdyż »*die Bauchhöhle des an Appendicitis purulenta Erkrankten ist eben an Eiter gewöhnt*« (Riedel). Zdaniem bowiem wielu autorów, z którymi w zasadzie godzi się i M., zapalenie wyrostka około robaczkowego jest tylko dalszym okresem, poprzedzonym przez ogólne zapalenie otrzewnej, które w początkach zapalenia już istniało. Po wycięciu wyrostka szyje autor powłoki brzuszne warstwowo, pozostawiając tylko mały otwór dla setonu. Wyjątkowo tylko rana nie goi się przez rychłozrost. Prócz innych, postępowanie takie ma jeszcze i tę korzyść, że pozwala nam w przypadkach ropienia szerzącego się, odkryć i opróżnić inne ogniska ropne, które się potworzyły w kierunku przebiegu wyrostka robaczkowego. Jak w każdej innej, tak i w tej statystyce, najsmutniej przedstawia się rozdział o rozlanem zapaleniu otrzewny: 3 chorych zmarło bez operacyi, z 21 zaś operowanych udało się utrzymać przy życiu tylko trzech; u wszystkich wycięto wyrostek robaczkowy i po lewej stronie brzucha założono przeciwotwór. Przepłókiwań otrzewnej M. nie radzi, a drenować warto jedynie zatokę Douglasa. Jako środek podniecający zachwala gorące kąpiele + 40 przez kilka godzin, a objawowo korzystnie ma działać przetoka kałowa w kątnicy. *Herman.*

Dr. N. Trinkler. **Przymiot trzew w postaci, wymagającej chirurgicznego wkroczenia.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. V, 1903). W pracy tej, opartej głównie na piśmiennictwie, w mniejszym stopniu na własnej kazuistyce, wziął sobie autor za zadanie zwrócić uwagę internistów i chirurgów na to, że niekiedy w narządach jamy brzusznej wystąpić może kiła i to tak wrodzona, jak i nabyta w postaci, wymagającej chirurgicznego wkroczenia. Tak np. w przymiotniakach wątroby okazuje się niekiedy pożądaną próbna laparotomia, którą autor zaleca w każdym wątpliwym (pod względem rozpoznawczym) przypadku. Zdaniem autora także przymiotniaki duże, nie ulegające wessaniu, mogą być leczone chirurgicznie, podobnie jak i wątroba odsznurowana, będąca niekiedy następstwem wessania przymiotniaka. W jelitach (początek jelita biodrowego), blizny po wrzodach na tle przymiotu spowodować mogą przewlekłe zwężenie; owrzodzenia przymiotowe żołądka okazują wielkie podobieństwo do zwykłych wrzodów okrągłych, tak dalece, że rozpoznanie staje się niekiedy niemożliwem. A przypadek Bobrowa, który z powodu owrzodzenia przymiotowego żołądka wyciął 4/5 tego narządu, świadczy, że tego rodzaju cierpienia mogą być leczone chirurgicznie z najlepszym wynikiem. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Polieoktov. **Wstrzykiwania kwasu karbolowego do miąższu migdałków w płonicy.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 5). Sposób ten podał Taube w r. 1877; polega on na wstrzykiwaniu zapomocą strzykawki Prawatza o długiej igiełce 3% lub 5% kwasu karbolowego. Wskazany jest w przypadkach bardzo ciężkich.

Autor wypróbował ten sposób leczenia na materyale kliniki pedyatrycznej w Moskwie, zmieniając nieco technikę. używa on strzykawki o 3 ctm. sz. pojemności i igły zakrzywionej pod kątem rozwartym, zaś roztworu karbolowego tylko 3%. U dzieci poniżej lat 4 wstrzykuje 1 grm. płynu; u starszych 2 grm. i to nie naraz, lecz dzieli tę ilość na dwa lub trzy ukłócia. Wstrzykiwania te stosuje codzień aż do osiągnięcia trwałego obniżenia ciepłoty. W razie czarnego zabarwienia moczu należy przerwać leczenie, gdyż grozi dziecku zatrucie. Oprócz wstrzykiwań nie stosuje żadnego innego leczenia, chyba kofeinę w przypadkach słabnięcia czynności serca i przestrzykiwania gardła wodą borową. Na 110 przypadków, leczonych w ten sposób, przypada 18 zejść śmiertelnych (16%); — autor wstrzymuje się od jakichkolwiek statystycznych wniosków pod tym względem. Natomiast, co się tyczy bezpośredniego klinicznego spostrzegania, zauważył autor pomyślny wpływ na objawy miejscowe i ogólne (spadek ciepłoty, szybkie wessanie wypociny), jak również brak ropienia gruczołów chłonnych, które tak często występuje w przebiegu płonicy.

Leczenie należy rozpocząć z chwilą uczynienia rozpoznania płonicy, co zwykle ma miejsce w drugim dniu choroby. *Dr. T. Żeleński.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 listopada 1902 roku.

Przewodniczący: kol. Sołowij.

1. Kol. Świtalski przedstawia przypadek pląsawicy Huntingtona. Chora liczy obecnie lat 54 i o ile wskazują wywiady, nie zdaje się być dziedzicznie obciążoną. Nie przebywała żadnych chorób. W 47 roku życia zauważyła osłabienie kończyn dolnych. Po pewnym czasie potem wystąpiły ruchy mimowolne w rękach, które przeszły następnie na przedramiona, ramiona, mięśnie karku, w końcu na mięśnie kończyn dolnych i tułowia. Od 3 lat zauważyła chora pewne trudności przy mówieniu, a wreszcie upośledzenie pamięci, które coraz bardziej postępuje, jak i wyżej wspomniane objawy. Badanie przedmiotowe wskazuje bardzo wybitne ruchy pląsawicze w zakresie mięśni, kończyn, szczególnie górnych i tułowia. Zaburzenie w mowie, jakie stwierdzić się daje u chorej, spowodowane jest również ruchami pląsawiczymi mięśni głośni, przełyku i języka. Zresztą w układzie nerwowym innych zaburzeń wykazać nie można. W zakresie sfery psychicznej stwierdzić można wybitną utratę pamięci i ogłupienie.

Przypadek ten pod względem rozpoznawczym nie sprawia żadnych trudności, gdyż wybitne ruchy pląsawicze przy obecności zaburzeń w sferze umysłowej umożliwiają zrobienie pewnego rozpoznania, a mianowicie tak zw. pląsawicy Huntingtona. Przypadek ciekawy jest nie tylko ze względu na rzadkość cierpienia, ale i dla tego, że u chorej nie można wykazać obciążenia dziedzicznego. a dalej, że cierpienie wystąpiło późno, mianowicie w 47 roku życia.

Dyskusya: Kol. Feuerstein podnosi, że urojenia, istniejące u chorej, nie mają specyficznego związku z pląsawicą. gdyż w przypadkach tej choroby objawy przytoczone zwykle nie występują. Zapytuje, czy objawy występowały szybko, czy też powoli. Kol. Świtalski odpowiada, że objawy występowały bardzo powoli.— naprzód ociężałość nóg, potem pląsawicze ruchy rąk. Cierpienie to jest bardzo rzadkie w Galicyi. Kol. Feuerstein podaje. że całość objawów przemawia za rozpoznaniem Świtalskiego, ale dowodu pewnego na to w tym przypadku niema. Kol. Świtalski obstaje przy swojem rozpoznaniu, gdyż są objawy psychiczne.

2. Kol. Bałłaban: »Nieznany dotychczas rodzaj nowotworu spojówki gałki ocznej« (z przedstawieniem preparatów). Mięczak zaraźliwy (*molluscum contagiosum*) jest znanym nowotworem skóry, gdzie on dosięga wielkości grochu, a nigdy jej nie przekracza. Z niemałem zdziwieniem przekonał się prelegent przy anatomicznem badaniu dużego nowotworu 2 ctm. długiego i 1 ctm. grubego, wyciętego ze spojówki gałkowej u 20 letniej dziewczyny, że nowotwór ten jest mięczakiem zaraźliwym. Przypadek ten jest w całem piśmiennictwie dotychczas odosob-

nionym, gdyż do tej pory nie spostrzegano nigdzie mięczaka na spojówce gałkowej, ani też na żadnej innej błonie śluzowej. Dawszy należyty przegląd zapatrywań co do sposobu powstania tego nowotworu na skórze, omawiał B. charakterystyczną cechę mięczaka, którą stanowią jego ciałka *(molluscula)*, przy czem podniósł, że największa liczba autorów skłania się do przyjmowania tych ciałek, jako tworów pasorzytniczych. Następnie pokazywał prelegent preparaty drobnowidowe tego nowotworu, które były barwione sposobem Van Giesona, hematoksyliną i eozyną, błękitem metylenowym, tioniną i t. p.

Skrawki te wykazują typową budowę płatową mięczaka zaraźliwego. A mianowicie są gromady komórek przybłonkowych, poprzedzielane tkankołącznowemi przegrodami, które się rozprzestrzeniają od podstawy nowotworu i posiadają tylko nieliczne naczynia. Licząc od podstawy nowotworu można w nim rozróżnić 4 warstwy komórek.

Najgłębsze warstwy komórek są prawidłowo uformowane, — sześcienne. W wyższych warstwach pojawiają się w komórkach niewyraźnie ograniczone ciałka mięczaka (gregarina). W drugiej warstwie zbliża się jądro ku ścianie komórki i staje się sierpowatem. W trzeciej warstwie uwydatniają się gromady komórek li tylko w postaci siatki, zabarwionej na ciemno hematoksyliną. Siatka ta jest widoczną pomiędzy większemi ciałkami mięczaka. Wreszcie widzimy w czwartej warstwie, że każdy płatek składa się z wielkich świecących ciałek mięczaka, które, jak się zdaje, wystąpiły z komórek.

Dalej widzimy, że płatki nowotworu przylegają do włókien mięśniowych, zaś na stronie przeciwnej (w kierunku ku powierzchni spojówki) są ciałka mięczaka i pozostałości komórek wtłoczone w zwoje czerwonych ciałek krwi.

Praca ta będzie szczegółowo ogłoszoną w »Postępie okulistycznym« i w «Archiv für Augenheilkunde».

Dyskusya: Kol. Szulisławski jest zdania, że należałoby się zapytać dermatologów, czy *molluscum contagiosum* wogóle na skórze może urość do większych rozmiarów. Kol. Bałaban podaje, że rzeczywiście na skórze nie wyrasta do większych rozmiarów; dlaczego zaś na spojówce urosło do większych rozmiarów, tego rozstrzygnąć nie może. Kol. Świątkiewicz widział w klinice skórnej guzki wielkości grochu. *Dr Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 5 grudnia 1902 roku.

Przewodniczący: kol Jasiński. — Obecnych członków 34.

1. Kol. Łukasiewicz przedstawia 2 przypadki *xeroderma pigmentosum* z bardzo rozległemi zmianami na skórze i brodawczakami na dolnej powiece u dwóch braci i omawia szczegółowo patologię tej choroby.

Dyskusya: Kol. Machek zwraca uwagę na zmiany w oczach u tych chorych i stawia pytanie, czy te zmiany są typowe dla *xeroderma*, czy tylko są następstwem odwinięcia powiek. Kol. M. sądzi, że zmiany te są po części następstwem zaniku skóry i odwinięcia powiek, — ale dwie zmiany odnosi do *xeroderma*, mianowicie rozstrzeń naczyń włosowatych *(teleangiectasia)* na spojówkach i tylny zrost powiek z gałką oczną *(symblepharon posterius)*. Kol. Łukasiewicz jest także zdania, że te zmiany są następstwem zaniku skóry, sądzi, że rozstrzeń naczyń włosowatych na spojówce tworzy się analogicznie jak na skórze, a powstaje w ten sposób, że warstwa brodawkowa skóry i część naczyń zanika, a w obwodzie powstaje rozszerzenie naczyń. Ł. widział u jednego chorego brodawczaka na spojówce, takiego samego, jak u tego na powiece.

Kol. Bałaban widział początkowy przypadek, gdzie były zmiany na spojówce i na skórze powiek. Na spojówce powstają te ogniska tak samo, jak na skórze, przez bujanie przybłonka i wnikanie w głąb tkanki spojówkowej. Zapytuje, czy te nowotwory powstają drogą przerzutów. Kol. Łukasiewicz podnosi, że pierwszym objawem są zaniki i pigmentacye po sprawie zapalnej. Dopiero z tych ognisk zeskórniałych wytwarzają się brodawczaki. Te przypadki, które widział, nie były pierwotnie na gałce ocznej, ale przeszły ze skóry powiek. Przerzuty mogą być, jak wogóle przy nabłoniaku.

2. Kol. Zalewski przedstawia chorą z kurczem drgawkowym mięśnia naprężacza bębenka, i podaje, że jest to jeden z objawów histeryi, na którą ta chora cierpi. Ruchy te może chora dowolnie wywołać, mrugając powiekami, i ruchy bębenka są jednoczesne z ruchami powiek.

W dyskusyi zabierali głos koll. Świtalski, Burzyński, Beck i prelegent.

3. Kol. Moraczewski: Chemia krwi gruźliczej. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Koll. Beck i Moraczewski. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 19 grudnia 1902 roku.

Przewodniczący: kol Sołowij. — obecnych członków 44.

1. Kol. Prezes przedkłada proponowaną przez wydział listę członków komisyi matki, — przyjęto bez dyskusyi.

2. Kol. Gluziński z uwagi na to, że wybrana r. z. komisya przemysłowo-lekarska nie spełniała swoich zadań należycie, a to z powodu zbyt wielkiej liczby członków tak, że nigdy nie można było zebrać potrzebnego kompletu, czyni wniosek o rozwiązanie, względnie zreformowanie tej komisyi.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wątorek, Beck, Sołowij i Kadyi, — poczem uchwalono rozwiązać obecną komisyę przemysłowo-lekarską, a wybrano natomiast nową, złożoną z 6-ciu członków: koll. Gluzińskiego, Krzyżanowskiego, Serbeńskiego, Eljasza-Radzikowskiego, Webra i Legeżyńskiego.

3. Kol. Mars przedstawia chorą z przetoką maciczno pochwową i omawia szczegółowo patogenezę tego cierpienia.

4. Kol. Brejter przedstawia chorą z gruźlicą nerki lewej, u której badaniem przez pochwę można wykazać naciekły moczowód.

Dyskusya: Kol. Szymański opowiada o jednym przypadku z praktyki prywatnej, gdzie z powodu zbyt długiego pozostawania krążka macicznego w pochwie powstała przetoka maciczno-pochwowa, która przy zwykłem przeciwgnilnem postępowaniu rychło się zagoiła.

5. Kol. Feuerstein przedstawia chorą, okazującą wybitne objawy myastenii.

6 Kol. Hojnacki: O postępowaniu w III-cim okresie porodowym. (Rzecz przeznaczona do druku). Prelegent, przeszedłszy pokrótce fizyologię odklejania się i wydalania łożyska, oraz wyliczywszy wszystkie przyczyny krwawień w 3-cim okresie porodowym, zajmuje się szczegółowo, — na podstawie wrażeń z prywatnej praktyki położniczej, — jednym z czynników, powodujących często krwotoki i nieprawidłowy przebieg odklejania się i wydalania łożyska, a mianowicie gwałtownością, niecierpliwością i bezpotrzebną polipragmazyą osób, kierujących 3-cim okresem porodowym.

Bezustanne gniecenie (miesienie) macicy, praktykowane nawet w razie braku jakiegokolwiek krwawienia, zapominanie o wypróżnieniu pęcherza, za wczesne wygniatanie łożyska zabiegiem Credego, przytem błędne wykonywanie tego zabiegu (podczas rozkurczu i w sposób nieodpowiedni), częstość wyjmowania ręcznego łożyska, częstość, o którejby można powiedzieć, że stoi ona w odwrotnym stosunku do doświadczenia, biegłości i sumienia lekarza, za częste wchodzenie do macicy ręką za oderwanym i pozostałym kawałkiem błon, mimo, że na nieszkodliwość pozostałych części błon prawie wszyscy autorowie się zgadzają, podawanie jeszcze niekiedy przed odejściem łożyska, a nawet przed urodzeniem płodu przetworów sporyszu, w czem się najwięcej przy poronieniach błądzi, — oto błędne zwyczaje, do których ograniczenia dążyćby usilnie należało.

Dalej wspomina prelegent o przesadnem przestrzeganiu, aby położnica dopiero w 3 godziny po porodzie usnęła, podczas gdy w prawidłowym przebiegu tego okresu i przy rozważnem nadzorowaniu spać ona może już w $^1/_2$—1 godz. po porodzie. W końcu, — już tylko przy sposobności, — potępia mowca rozpajanie kobiet rodzących przez akuszerki winem, koniakiem i t. p. wrzekomo dla wzmocnienia bólów porodowych, a także potępia niehigieniczny zwyczaj karmienia noworodka tuż po porodzie rumiankiem, wodą z cukrem, mlekiem i t. p i to w dodatku najczęściej brudną łyżeczką, — zamiast przyłożenia dziecka już w 8—10 godz. po porodzie do piersi matki.

Na zakończenie apeluje prelegent do zgodnego i jednolitego postępowania w tych codziennych, a tak ważnych sprawach. — *(Autoreferat).*

W dyskusyi zabierali głos koll. Szymański, Mars, Mayer Obtułowicz i prelegent.

7. Kol. Stan. Eljasz-Radzikowski: »Nowy barwik do barwienia komórek krwi, szpiku kostnego, wysięków itd.« (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych). — Barwik ten jest mieszaniną dwu barwików zasadowych: pyroniny i zieleni metylowej. Sporządza się go z roztworów nasyconych wodnych, dolewając do ciemno-zielonego roztworu zieleni tyle pyroniny, aż mieszanina zacznie niebieszczeć, t. j. mniej więcej na 3—4 części zieleni metylowej 1—$1^1/_2$ części pyroniny.

Preparat usta'ony w wyskoku bezwzględnym barwi się 5 minut Można go podbarwić przedtem słabym rozczynem szkarłatu.

Dwubarwik ten zieleniо-pyroninowy, teoretycznie zestawiony przez Ehrlicha, następnie używany do barwienia komórek krwi zwierzęcej przez Pappenheima, — nadaje się do użycia w badaniach klinicznych obok trójbarwika i ma ważne zalety. Nie jest to barwik panoptyczny, ale odczynnik na istoty zasadochłonne i w tym kierunku może oddać wielkie przysługi. Ziarnina zasadochłonna, pierwoszcze zasadochłonne barwi się nim wyraźnie na czerwono, a więc pierwoszcze limfocytów, ciałek białych jednojądrzastych wielkich, ziarnina komórek tucznych, drobnoustroje itd. W wysiękach przy pomocy tego dwubarwika można z łatwością odróżnić ciałka czerwone jądrzaste od limfocytów, co nieraz należy do trudności.

Preparaty z krwi prawidłowej, białaczkowej, z wysięku brzusznego, ze szpiku kostnego przedstawione następnie, objaśniają znaczenie i wartość tej metody barwienia. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 18 lutego 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak — Obecnych członków 25

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek komitetu przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa Dra Jana Bielawskiego i Dra Edwarda Żulińskiego.

III. Kol. Przewodniczący zaznacza, że obecnie z powodu starań techników o grunt pod budowę własnego domu, życzliwie przyjętych przez komisyę budżetową Rady miasta, najodpowiedniejszą jest pora do wniesienia imieniem Towarzystwa prośby do Rady miasta o darowiznę kawałka gruntu miejskiego pod budowę własnego domu Towarzystwa. Przytem kol. Przewodniczący nadmienia, że po uchwale komitetu, popierającej jego wniosek, zasięgał wiadomości w miarodajnych kołach, przyczem odniósł to wrażenie, że życzeniu i prośbie Towarzystwa może się stać zadość, gdyż miasto ma przy ulicy Kopernika grunt o rozpiętości 24×22 m, powierzchni 150 sążni kwadratowych, który to grunt dotychczas nie ma żadnego przeznaczenia.

Wniosek ten kol. Przewodniczącego uchwalono jednogłośnie.

IV. Kol. Sekretarz odczytuje testament zmarłego ś. p. Dra Władysława Florkiewicza, którym zmarły przekazał całą swą bibliotekę w Warszawie i w Zakopanem, z wyjątkiem atlasu Laskowskiego, na rzecz Towarzystwa. Zapis ten przyjęto do wiadomości i uchwalono imieniem Towarzystwa przesłać podziękowanie Rodzinie Zmarłego na ręce Siostry, p. Kasyldy Florkiewicz.

V. W myśl uchwały komitetu Towarzystwa wybrano jednogłośnie delegatami na posiedzenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. prof. Jordana i kol. Gwiazdomorskiego, na zastępcę kol. prof. Raczyńskiego.

VI. Kol. Merz przedstawia przypadek tężca u dziecka 10-tygodniowego, wyleczony surowicą przeciwtężcową prof. Bujwida. Punktem wyjścia wspomnianej sprawy chorobowej był niezabliźniony pępek. Dziecko przedstawiało typowy kliniczny obraz tężca (*trismus, opisthotonus,* charakterystyczne skurczowe ustawienie rączek, skurcz mięśni kończyn dolnych). Zastrzyknięto dziecku w przeciągu dwóch dni 50 ctm.³ antytetaniny (ctm. 200 E, po których w ciągu 4 dni objawy chorobowe w zupełności ustąpiły. Z powodu równoczesnej przepukliny pępkowej nie wycinano, ani nie przypalano miejsca zakażenia; pod wpływem leczenia antyseptycznego pępek szybko się zabliźnił.

W dyskusyi zapytuje kol. Gertler, czy wydzielinę z rany pępkowej badano bakteryologicznie i czy ranę w pępku przypalano? Kol. Bier zaś, jak długo trwał okres wylęgania choroby w danym przypadku? Kol. Merz odpowiada kol. Gertlerowi, że dziecko było leczone ambulatoryjnie i że z powodu późnego zgłoszenia się z zupełnie rozwiniętym obrazem chorobowym przystąpiono do natychmiastowego leczenia surowicą i środkami antyseptycznymi, wskutek czego badań bakteryol. nie przeprowadzono. Twierdzenie kol. Gertlera, że wycięcie miejsca zakażenia byłoby i tak bezcelowem, jest niesłusznem, gdyż choroba nie jest spowodowana krążeniem prątków we krwi, tylko jego toksyn; — przez wycięcie więc miejsca zakażenia, usuwa się źródło. Na pytanie kol. Biera dokładnej odpowiedzi dać nie można z powodu trudności otrzymania ściślejszych dat, tyczących się czasu rozpoczęcia choroby.

VII. Odczyt kol. Lewkowicza: »O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust» odczytano. (Rzecz przeznaczona do druku).

VIII. Kol. Dr. Seńkowski wygłosił odczyt: «O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych». (Praca przeznaczona do druku).

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Prof. Teissier (Lyon). *Zapalenia nerek na tle zimniczem.* Zimnica dotyka często nerek, ale w przeważnej liczbie przypadków jest to sprawa tylko przejściowa, spowodowana wydalaniem zarazków chorobotwórczych, albo złożeniem melaniny. Ostre zimnicze zapalenie nerek nie jest groźne i rzadko tylko przechodzi w stan przewlekły. Zapalenie przewlekłe jest dość częste, a przyczyną jego są kilkakrotne nawroty zimnicy. Sama jednak zimnica nie wystarczy do wywołania stanu przewlekłego; koniecznem tu jest powikłanie z zatruciem alkoholowem lub przymiotem. Jest ono więc z punktu widzenia anatomicznego i klinicznego zapaleniem mieszanem i tem tłómaczy się jego ciężkość. Przebieg i rokowanie w przewlekłych zapaleniach nerek na tle zimniczem zależy nietylko od rozwoju powikłań zwykłych, ale także od rodzaju wydzielanego białka. Doświadczenie nauczyło autora, że istnienie w moczu obok globuliny także pewnych białek z grupy albumoz było w przewlekłem zapaleniu nerek pierwszorzędnym znakiem prognostycznym; gdy się stwierdziło ich obecność, można się spodziewać objawów cięższych, jak napadów gastrycznych w połączeniu z wymiotami, bólami itp., do których dołącza się wkrótce śpiączka i drgawki. Tę albumozę łatwo wykryć w moczu, poprzednio zagotowanym, zapomocą kilku kropel rozczynu miedziowo-potasowego. Wtedy mocz przybiera barwę fiołkowo-purpurową.

Dr. Ibrahim Pasza Hassan (Kair). *Gruźlica w Egipcie.* Autor zdaje sprawę o gruźlicy w Egipcie, omawiając kolejno: 1. gruźlicę w ogólności, 2. klimat Egiptu, 3. wpływ klimatu egipskiego na gruźliczych i wysnuwa następujące wnioski:

1. Klimat Egiptu nie jest korzystny dla gruźliczych, pochodzących z krajów bardziej gorących, niż Egipt. 2. Klimat Egiptu jest korzystny dla gruźliczych, pochodzących z Europy, ale nie ze znacznych wysokości. 3. Najstósowniejszą porą dla gruźliczych w Egipcie jest okres między końcem października, a połową kwietnia. 4. Od kwietnia do października chorzy powinni opuszczać Egipt, aby uniknąć „khamsinu“ (wiatru wiosennego) i nadmiernego gorąca. 5. Przeciwdziałanie środkami sanitarnymi i administracyjnymi szerzeniu się gruźlicy między tubylcami jest najważniejszym czynnikiem zapobiegawczym.

Prof. Maragliano (Genua). *Leczenie gruźlicy płucnej.* Mówca przedstawia wyniki ostatnich badań, tyczących się gruźlicy. Wyłuszcza długi szereg poszukiwań i doświadczeń, które rzucają nowe światło na tę bardzo ważną sprawę. Dzięki tym badaniom wyjaśnia się proces, zapomocą którego natura sama broni ustrój ludzki przed wtargnięciem gruźlicy; — prelegent wyłuszcza sposób, którym się posługuje ustrój w celu samoistnego wyleczenia się z gruźlicy i jak można sztucznie przyjść w pomoc naturze, gdy ta swe siły wyczerpie. Mówca znajduje tę pomoc w surowicy, wyrabianej jego sposobem.

Dr. Fornario (Kair) przedstawia radyogram, tyczący się dziecka, dotkniętego gruźlicą szczytu, które od 2 lat było leczone bezskutecznie. Dzięki zastrzykiwaniu surowicy Maragliano dziecko to wyzdrowiało. Fornario przedstawia następnie radyogram stanu obecnego dziecka.

Dr. Dufourt (Vichy). *Niebezpieczeństwo dyety wyłącznie mięsnej.* Autor stara się udowodnić w swej pracy, że dyeta całkowicie mięsna naraża ustrój na samozakażenie i że jest rzeczą niezbędną dodawanie do potraw mięsnych także pokarmow roślinnych, które powinny stanowić przeważną część materyałów odżywczych. Część pożywienia, przypadająca białkom roślinnym i węglowodanom, jest bardzo często niedostateczną. Prawda, że ich strawność jest mniejsza, niż strawność mięsa, ale w takim razie higienista powinien się starać pobudzić łaknienie i nalegać na wykonywanie ćwiczeń fizycznych.

Dr. Scheuber (Kair). *Kilka rzadkich zakażeń rzeżączkowych.*

Autor podaje historyczny pogląd, tyczący się wiadomości naszych o kanalikach napletka i zaznacza, że w piśmiennictwie znajduje się zaledwie parę przypadków zakażenia samych tylko kanalików; równocześnie przytacza jeden przypadek tego rodzaju, spostrzegany przez siebie. Nadto opisuje przypadek *rectitis gonorrhoica*, w którym chory, wpychając sobie wypadłe guzy krwawnicowe, zakaził odbytnicę nieczystym palcem.

Dr. Insabato (Rzym). *Studyum z patologii egzotycznej nad beri-beri.*

Według Insabato „beri-beri" nie jest nerwicą pierwotną, lecz następową, wskutek zaburzeń w układzie nerwowym ośrodkowym: wysoka ciepłota i wzmożony stan higrometryczny powietrza są warunkiem koniecznym, aby „beri-beri" mogła wystąpić. (C. d. n.)

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

(Ciąg dalszy)

Następstwem wszystkich dotychczas wymienionych cierpień macicy są upławy „ῥοῦς γυναικεῖος" *(muliebre profluvium)*. Ścisłego określenia pojęcia upławów nie podaje Galen, lecz pozwala się nam domyślać, że do upławów zalicza wszelkie nieprawidłowe wydzieliny, wydobywające się z pochwy. Najściślej określa upławy Soranus *(lib. II. cap. XI.)*, obejmując tą nazwą „wszelki przewlekły odpływ, zawdzięczający macicy swoje powstanie". Wydzielina ta może wedle Galena być krwawą „ἐρυθρὸς ἰχώρ", surowicza „ὀῤῥώδης", wodnistą „ὑδατώδης", bladą „ὕπωχρος", żółtą „πικρόχολος", i białą „λευκός". Uwzględnienie barwy upławów jest potrzebne, gdyż ona jest rozstrzygającą przy oznaczeniu ich źródła. Celem upławów jest oczyszczenie ustroju *(de locis affectis lib. VI. cap. V.* i *de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*, a usuwa się je bańkami, przystawionemi w okolicy sutek *(de arte curativa ad Glauconem cap. XIV.)*, lub napojem, przyrządzanym namoczeniem w winie gorycznika i owoców cyprysu. W tym samym celu podawano także w winie wysuszone czarne winne grona i wiele innych środków, pośród których się znajduje roztarty spalony róg jeleni w napoju *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI.)*.

Do cierpień samej macicy, o których jeszcze Galen wspomina, należy *„uterus retractus"*. *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*. Przez *retractio uteri* pojmowali starożytni lekarze macicę starczą. Prawdopodobieństwo przemawia za tem, że Galen nie określa przez to zmiany fizyologicznej, lecz jakiś stan patologiczny. Za tem naszem przypuszczeniem przemawiałaby okoliczność, że on poleca różne środki przeciw tej zmianie, czegoby przecież nie czynił, gdyby szło o zmiany fizyologiczne. Ze zmian patologicznych zaś mogą tu wchodzić w rachubę głównie cztery: t. j. *uterus infantilis*, *hypoplasia uteri*, *hyperinvolutio uteri* i *atrophia praecox*. Które z tych cierpień Galen miał na myśli i czy on ich ze sobą nie mięszał, tego nie możemy rozstrzygnąć na podstawie uwag, znachodzących się w jego pismach. Leczenie w tych przypadkach polegało na mechanicznem drażnieniu części płciowych, które przypominało bardzo samogwałt.

Galen znał także zmiany w położeniu macicy. W stanie fizyologicznym ma macica takie położenie, że nie jest w żadnym kierunku zgiętą *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)* tak, że polegając na tem, musimy przyjąć, że u Galena jej zgięcie ku przodowi jest równie patologicznem, jak i tyłozgięcie. Wynika to zaś z teoryi powstawania miesiączki, podług której światło naczyń w odpowiednim czasie otwiera się do jamy macicy, a naczynia, przepełnione krwią, uwalniają się od jej nadmiaru. Wśród prawidłowych warunków powtarza się to regularnie, co pewien czas, a sama macica, jako nieprzepełniona z żadnej strony, utrzymuje się w równowadze, że się tak wyrażę, w równowadze chwiejnej. Skoro tylko zachodzą jakieś przyczyny, wstrzymujące miesiączkę, wtedy powstają stosunki podobne do tych, które są następstwem znikania odchodów w połogu *(de venae sectione adversus Erasistratum cap. V.)*, naczynia się przepełniają krwią, a w następstwie tego pośrednio i macica. Gdy się to przepełnianie nie odbywa jednostajnie we wszystkich częściach macicy, natenczas zachodzą także zmiany w jej zbitości, macica wychodzi z równowagi i zgina się w kierunku działania siły większej. Ztąd pochodzą jej zgięcia, a najważniejszą i najczęstszą rolę etyologiczna odgrywa tu, jak widzimy, wstrzymywanie się miesiączki. Objawy tego cierpienia, które palcem badającym stwierdzić można, są identyczne z tymi, które towarzyszą wogóle brakowi miesiączki, a więc ociężałość całego ciała, brak łaknienia, wstręt do potraw i uczucie lęku. Następstwem jego bywają często napady histeryczne. Prócz tej najważniejszej zmiany w położeniu macicy istnieją jeszcze inne, których następstwem jest przemieszczenie macicy *in toto* wraz z częścią pochwową i to ku górze lub na bok. Przyczyna i następstwa tego cierpienia są zupełnie identyczne z poprzedniemi.

Obok wyżej wymienionych upławów istnieją jeszcze inne, różniące się od tamtych tak wejrzeniem, jak i pochodzeniem, a objęte nazwą „γονόῤῥοια" *(gonorrhoea)*. Przez te upławy rozumie Galen nasienie, wydzielające się z pochwy z powodu schorzenia narządu, wytwarzającego i przewodzącego je do macicy, przyczem cała reszta narządu płciowego odgrywa jedynie rolę pośredniczki w wydzielaniu. Jestto więc bezwiedne i mimowolne wydzielanie się nasienia. Jeżeli zaś uwzględnimy, że narządem wytwarzającym nasienie są u Galena jajniki, a przewodzącym je do macicy trąbki, to będziemy szukali przyczyny nasieniotoku w tych dwóch narządach. Galen znajduje ją w zmienionych własnościach trąbek, a mianowicie w zmniejszeniu się ich siły zatrzymującej *„facultas retentrix"*, co się często zdarza w następstwie napadów padaczkowych lub jakichkolwiek drgawek, niespodzianie występujących *(de locis affectis. lib. VI. cap. VI.)* Jak więc widzimy, zastanawia się Galen nad patologią trąbek z punktu widzenia, na którybyśmy się dzisiaj w żaden sposób zgodzić nie mogli, ale przyznać musimy, że on jest pierwszym, dla którego ta patologia wogóle istnieje. Soranus *(lib. II. cap. XII.)*, który również uważa to cierpienie za bezwiedny odpływ nasienia, zbliża się na punkcie jego przyczyn i przebiegu raczej do Hipokratesa. Wynika to już z jego teoryi powstawania nasienia ludzkiego. Jak na nasienie składa się cały ustrój, tak będzie on również cierpiał i popadał w charłactwo przy tych upławach, które należy podług Soranusa pod tym względem postawić na równi z nadużyciami płciowemi.

O chorobach więzadeł i pochwy nie wspomina Galen wcale, a z cierpień sromu wymienia jedynie wrzód *(de locis affectis lib. VI. cap. VI.)*, który jest wyrazem złych soków, a dokucza chorej, szczególniej w czasie oddawania moczu i gdy obok niego występuje zapalenie.

Wszystkie cierpienia, któreśmy wymienili, mogą spowodować dla kobiety mniej lub więcej ciężkie następstwa, do których należą przedewszystkiem zaburzenia w miesiączkowaniu. Zaburzenia te mogą się objawiać pod względem ilości krwi odchodzącej, pod względem czasu występowania miesiączki, jej barwy i bolesności. Ilość odchodzącej krwi może być zmienioną w dwóch kierunkach, t. j. w kierunku odpływu zmniejszonego lub zwiększonego. Choroby macicy, którym towarzyszy jej stwardnienie, sprowadzają w następstwie tego zaciśnięcie światła naczyń, które może dojść do tego stopnia, że krew wcale nie odpływa i to stale lub czasowo, zależnie od tego, czy chora osoba używa odpowiednich leków, czy też nie. Obok chorób macicy te same zaburzenia mogą spowodować różne choroby ustroju zupełnie niezależnie od stanu macicy. Lecz i choroby krwi są w stanie do tego samego doprowadzić. Naturalnie, że tu nie-

ma mowy o chorobach krwi w dzisiejszem znaczeniu. Galen ma pod tym względem na myśli jej gęstość i śluzowatość, z powodu której ona, zatykając światło naczyń, nie może wcale przez nie przejść i wydostać się na zewnątrz, lub też tylko w bardzo niedostatecznej ilości Nareszcie odgrywają pod tym względem także pewną rolę ćwiczenia gimnastyczne, niedostateczne odżywianie się *(de symptom. causis. lib. III. cap. XI.)*, wpływy psychiczne *(in III. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. tertius 82)* i upusty krwi. Gdy żadnej z tych przyczyn wykazać nie można, natenczas ponosi winę temperament, zwłaszcza gdy jest zanadto zimny. Z wymienionych przyczyn, zmniejszających miesiączkę, wynika zarazem wskazówka, gdzie ich szukać należy przy zbyt obfitem miesiączkowaniu. Naturalnie, że tu w pierwszym rzędzie odgrywają rolę warunki, pozwalające się naczyniom macicznym zbyt szeroko rozwierać; zbytnia rzadkość krwi, schorzenia ustroju, powodujące choroby soków, zbyt obfite odżywianie się i spokój *(in aph. Hippocr. com. quint. 57* i *de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*. O temperamencie nie należy i tu zapominać, gdyż zbytnia ciepłota krwi pociąga za sobą obfitą miesiączkę *(in aph. Hippocratus com. quint. 57)*.

Nieprawidłowości, odnoszące się do barwy krwi miesiączkowej, pojawiają się przy chorobach soków, a zwłaszcza gdy się zanadto żółci we krwi znajduje. W tych przypadkach stara się już sama natura wystąpić leczniczo, przedłużając czas trwania miesiączki.

Kobiety, których krew staje się bardziej gęstą, miesiączkują w nieregularnych odstępach czasu i to skąpo i rzadko, podczas gdy u osób, posiadających krew rzadszą, miesiączkowanie odbywa się w krótszych odstępach czasu *(in aph. Hippocr. com. quint. 36)*.

Najważniejszem jest dla kobiety całkowite ustanie miesiączki, a to z powodu następstw tego stanu. Z tych wymieniliśmy już przemieszczenia macicy, a teraz wspomnimy jeszcze o zatraceniu się kobiecości, o podagrze, niepłodności i o histeryi. Wszystkie te objawy są zarazem objawami chorób, które spowodowały zanik regularności.

Galen sam nie spostrzegał wprawdzie utraty kobiecości, ale powołuje się pod tym względem na Hipokratesa *(in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. octav. 41)*, który opowiada, że u pewnej kobiety, — w czasie pobytu jej męża na wygnaniu, — pokryło się całe ciało bujnym porostem włosów, wyrosła jej broda, a głos stał się męzkim, w następstwie czego kobieta ta pomimo wszelkiej terapii umarła. Najdzielniejszym w tych sprawach środkiem są upusty krwi, które, odpowiednio zastosowane, nie zawodzą. Przez odpowiednie zastosowanie upustów rozumie Galen nacięcie żyły we właściwem miejscu Pod tym względem uwzględniano 2 miejsca, odnośnie do nieprawidłości miesiączkowania, a mianowicie na ramieniu przy obfitej miesiączce i na podudziu w okolicy kostek przy jej braku *(de curandi ratione per venae sectionem cap. XVIII.* i *XIX.)*. Przez upusty bowiem krwi z ramienia odciągano ją od narządu rodnego do części górnych, podczas gdy upustami z podudzia sprowadzano ją znowu do dolnych części, a więc i do macicy. Innymi pomocniczymi środkami były przy braku miesiączki kąpiele, rdest czarny w mięszaninie miodu, sabina, polej, aloes, cynamon *(ibid.)*, krzcica, kocia mięta, ruta i korzeń kaparku wygotowane w winie i wiele innych, do których zalicza dostateczne odżywianie *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI)*. Zbytniego zaufania nie żywi Galen do tych wszystkich środków, gdyż go wielokrotnie zawiodły tak, że ostatecznie zaczął wątpić, czy istnieją wogóle jakieś leki, mogące sprowadzić miesiączkę *(in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. octav. 41)*.

Za przyczynę patologicznego braku miesiączki uważa Soranus zwiększenie napięcia macicy *(lib. II. cap. 1.)*, a leczy je środkami łagodzącymi, a więc zmniejszającymi „tonus“, bezpośrednio stosowanymi na macicę, upustami krwi, lecz jedynie z ramienia, — uważając upusty na podudziu za nieodpowiednie, — bańkami, pijawkami, a gdy to wszystko było bezskuteczne, poddawał cierpiące kobiety leczeniu metasynkrytycznemu. Celsus, nie wdający się w szczegóły ginekologiczne, wie tylko, że wstrzymanie się całkowite miesiączki jest połączone z niebezpieczeństwem, gdy powiada, że niebezpieczeństwo, wynikające z tego stanu patologicznego, nie występuje, jeżeli kobieta dotycząca krwawi nosem, czyli że wymaga przynajmniej miesiączkowania zastępczego *(Celsus. lib. II. cap. VIII.)*. Wie natomiast dobrze, że prócz niektórych stanów fizyologicznych sprowadza zanik miesiączki otyłość, obecność pokarmu w sutkach i choroby ogólne, chociażby nawet narząd rodny był zdrowy. Leczy go zaś saletrą, mięszaniną czosnku, mirtu i maści liliowej, lub też ogórkiem roztartym w mleku. Znacznie obszerniej, aniżeli wszyscy tu wymienieni autorowie, traktuje tę chorobę Hipokrates, uważający ją za ciężkie cierpienie. Przyczyna braku miesiączki leży u niego w pierwszym rzędzie w chorobach macicy i to szczególnie w jej zapaleniu i jego następstwach, a następnie także w chorobach ogólnych. Objawy bywają bardzo groźne *(de mulier. morbis I.)*, prowadzące w następstwie czasem do śmierci. Symptomatologia tego cierpienia u Hipokratesa jest najbardziej zbliżoną do tej, jaką nam podał Galen, a terapia dosyć pierwotna, nie wyrzekająca się nawet wykadzenia części rodnych i środków wymiotnych.

Bez porównania łatwiejsze stanowisko ma lekarz wobec zbyt obfitej miesiączki, gdyż tu działają upusty krwi z ramienia, bańki stawiane w okolicy sutków, pijawki *(de hirudinibus, revulsione, cucurbitula, incisione et scarificatione K. XI.)* i skąpa dyeta. Z upustami krwi, w tym razie stosowanymi, nie zgadza się Soranus, twierdząc, że się powiększa utratę krwi u osób i tak już niedokrewnych. *(Soranus lib. II. cap. X.)*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader przedstawił i omówił szereg nader pouczających przypadków, operowanych w klinice chirurg. krakowskiej. W przedstawieniu chorych brali udział obok kierownika kliniki koledzy: Klęsk i Gerzabek, oraz kol. Kirkor, który objaśnił urządzenie oddziału ortopedycznego i odbył ćwiczenia z chorymi, potrzebującymi gimnastyki leczniczej.

* Na konferencyi, która dnia 21 z. m. zwołaną była do Wiednia, w celu rewizyi ustawy rygorozalnej, zapadły następujące postanowienia: uchwały poprzednie, dotyczące I egzaminu ścisłego, pozostają przeważnie bez zmiany, z wyjątkiem egzaminu z histologii, który odbywać się będzie nie w końcu półrocza IV, lecz na początku V-go. Kandydaci mogą w półroczu IV składać egzamin z biologii ogólnej, z chemii i fizyki lekarskiej, a w półroczu V z anatomii, fizyologii i histologii. II-gi egzamin ścisły obejmuje przedmioty następujące: anatomię patologiczną i histologię, patologię ogólną i doświadczalną, farmakologię i recepturę (z których egzamin można składać w końcu X-go półrocza), dalej—medycynę wewnętrzną, psychiatryę i pedyatryę. Do III egzaminu ścisłego należą: chirurgia, położnictwo i ginekologia, okulistyka, dermatologia i syfilidologia, higiena i medycyna sądowa

Ogólna cenzura z pediatryi, psychiatryi, dermatologii i syfilidologii — znosi się: egzamin z każdego z tych przedmiotów odbywać się będzie osobno i osobno oznaczać się stopień, osiągnięty przez kandydata. Egzamin z przedmiotów teoretycznych może być składany od razu, licząc po 15 minut na każdy przedmiot; egzamin z przedmiotów praktycznych trwać może dzień, a nawet dwa dni. Wszystkie przedmioty, należące do jednego egzaminu ścisłego, mają być złożone w ciągu 6 miesięcy. Kandydat, który do 4-ch lat od rozpoczęcia II egzaminu ścisłego nie skończy wszystkich egzaminów, traci prawo do dyplomu doktora medycyny.

* W krótkim czasie oddany zostanie do użytku chorych znakomicie urządzony szpital izraelicki we Lwowie. Na posiedzeniu dnia 1 marca Rada wyznaniowa mianowała Dr. Mehrera dyrektorem nowego szpitala; prymaryuszami na oddziale chorób wewnętrznych zo-

stali: Dr. W. Pisek i Dr. Ehrlich, oddział chirurgiczny obejmie Dr. S. Ruff.

* D. 28 lutego odbył się we Lwowie Zjazd lekarzy powiatowych. Przedmiotem obrad były sprawy, dotyczące zdrowia publicznego, o ile wchodzą w zakres działania władzy sanitarnej kraju.

* Dr. Władysław Szymonowicz, profesor nadzwyczajny histologii i embryologii w uniw. lwowskim, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Prof. S. Zaleski mianowany został dyrektorem źródeł mineralnych w Słowiańsku.

* D. 1 maja otwarty zostanie w okolicach Wilejki (Litwa) zakład dla umysłowo chorych na 1000 osób. Dyrektorem tego zakładu mianowany został Dr. N. Kraiński.

* W swoim czasie donieśliśmy, że międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej zbierze się w Madrycie podczas międzynarodowego XIV Kongresu lekarskiego i że na tym Kongresie prasy zapaść mają ostateczne uchwały, dotyczące paragrafów statutu, nakreślonego podczas konferencyi w Monako; z chwilą ratyfikacyi tych paragrafów statut bezwłocznie nabierze mocy obowiązującej, a po przyjęciu § 1-go statutu zostaną członkami Związku międzynarodowego prasy lekarskiej wszyscy dziennikarze, wyznaczeni przez »narodowe stowarzyszenia prasy«, z tem zastrzeżeniem, że jeden organ nie może mieć więcej nad trzech przedstawicieli i przy głosowaniu rozporządzać może tylko jednym głosem. Na tem pierwszem posiedzeniu odbędą się wybory ostateczne członków zarządu Związku międzynarodowego prasy lekarskiej, a jednocześnie wygaśnie mandat dotychczasowego prezesa, który ponownie wybranym być nie może.

* Bezpośrednio przed Kongresem madryckim odbędzie się w Biarritz III międzynarodowy Kongres hidroterapii morskiej.

* IX międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Bremie od 14 do 19 kwietnia.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VI. (8—14—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 41, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 67, mianowicie: z gruźlicy 16 (6 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z krztuśca 2, z błonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 6 (4 zam.).

* Między 18 a 24 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (1 gm.), rawskim (3 gm.), śniatyńskim (2 gm.), sokalskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Ughi mian. profesorem zwycz. kliniki lekarskiej w Parmie. Dr. Rohon — profesorem zwycz. histologii w czeskim Uniw. w Pradze. Dr. Franqué — mian. zwycz. profesorem ginekologii w niem. Uniw. w Pradze. Doc. Westermark mian. profesorem ginekologii w Stolkholmie. Dr. Wagenhäuser mian. zwycz. honor. profesorem otyatryi w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Jan Wieluch, b. lekarz powiatowy w Frysztacie, następnie lekarz praktykujący w Cieszynie, zakończył życie w Opawie. Dr. Lösch, prof. dyagnostyki lekar., zmarł w Kijowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Wróblewski: Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych (dok.). Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Iacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 8. Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej (c. d.).

— *Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyę Gazety lekarskiej* Z. 11 i 12. Białokur: Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 8. Zahradnicky: O dnesnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu. Babak: O podnětech činných v ontogenese (c. d.). Wiesner: Pathologie smichu (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 15. Ducroquet i Bezançon: Rzekomy rozluźniony staw kulszowy, wywołany ropnem zapaleniem stawu, śród zapalenia szpiku kostnego i kości w wieku dziecięcym. Mac Auliffe: Epidemie ołowicy.

— Nr. 16 Hobbs: Znaczenie pewnych znaków (gościec jednostawowy) i odczynów (doświadczenie z pryszczydłami) dla rozpoznania gruźlicy utajonej. Hannequin: Leczenie rwy żylnej *(phlébalgie)*. Głaskanie *(effleurage)* żył.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8. Kaufmann i Mohr: Tuczenie białkiem. Cipollina: Przyczynek do nauki o gruźlicy bydlęcej a ludzkiej. Cordes: Rak gruczolakowaty nosa. Baruch: Ułatwienie reakcyi po zimnych procedurach wodoleczniczych. Hansemann: Gruźlica z prątków, które dostały się do przewodu pokarmowego (dok.) Haenel: Myśli w sprawie neuronów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Seegen: Próba wątrobowa. Merk: O liszaju (*herpes*). Löwenbach: Leczenie ciężkich postaci przymiotu kakodylanem jodo-rtęciowym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8. Ehret: Przyczynek do wiadomości o rokowaniu w zanikowej marskości wątroby. Oettinger: Metoda Wienera wzmagania jadowitości prątków Danysza. Sato: O technice mikroskopowej. Löhnberg: Suchoty krtaniowe u ciężarnych. Hamm: Osobliwy guz na błonie śluzowej nosa. Rad. Kliniczny przyczynek do nauki o przemiennem znieczuleniu połowiczem. Assam, Huber: Tasiemiec *(taenia cucumerina)* u dziecka. Ammon: Proste urządzenie elektryczne do oświetlania przy badaniu oczów. Pfister: Wychowanie i leczenie umysłowo obciążonych w domu i w szkole.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Dunbar: Dalszy przyczynek do wiedzy o powstawaniu i leczeniu t. zw. »gorączki siennej.« Veit: Fizyologia odżywiania się płodu. Schulze — Vellinghausen: Przyczynek do zachowawczo-operacyjnego leczenia zastarzałego wynicowania macicy połogowej. Enslin: O rozpoznawczej wartości tuberkuliny w miąższowem zapaleniu rogówki (dok.). Moser: Mięśnio-mięsak żołądka (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 11 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Doc. Marchlewski mówić będzie „O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi“. 2) kol. Dr. Frączkiewicz „O leczeniu tężca surowicą przeciwtężcową.“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 14 Marca 1903. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej brózdogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności

Podał
Witold Orłowski.

Od czasu, gdy Reyher[1]), a następnie Runeberg[2]) wskazali na brózdogłowca szerokiego *(botriocephalus latus)*, jako na przyczynę postępującej niedokrewności złośliwej, ogłoszono już dość znaczną liczbę przypadków tej choroby, w których poprawa i zupełne wyzdrowienie następowały szybko po wydaleniu z przewodu pokarmowego wymienionego wnętrzaka. W większości tych opisów nie spotykamy niestety dokładnego badania krwi, nieraz zaś nie było ono dokonanem wcale. Ta poważna luka stanowi niezawodnie przyczynę ostrej krytyki, jaką spotkały pierwsze doniesienia Reyhera i innych, jako też tłómaczy nam tę okoliczność, że i dziś jeszcze nie wszyscy klinicyści uznają wyżej wspomniany czynnik w powstaniu niedokrewności złośliwej (Eichhorst[3]). Ponieważ jedynie szczegółowe badanie krwi daje niezachwianą rękojmię prawidłowego rozpoznania tej choroby (Ehrlich[4]), więc nie można odmówić podobnym ścisłym spostrzeżeniom wielkiego znaczenia. Niestety opisy takie dotychczas są bardzo nieliczne (Schaumann[5]) i inni). Okoliczność ta zachęca mnie do ogłoszenia przypadku, który spostrzegałem w klinice lekarskiej, tembardziej, że pomimo wykazania cechujących zmian we krwi, poucza on o warunkach, w których brózdogłowiec szeroki staje się przyczyną powstania niedokrewności złośliwej, wiadomo bowiem, że w wielu przypadkach brózdogłowiec pozostaje dość niewinnym pasorzytem, nawet w tych razach, gdzie w jelitach zawiera się nie jeden okaz, lecz nawet, jak to spostrzegał Heller[6]) 78. Przypadek nasz wreszcie jest niezwykle pouczającym i pod względem zjawisk ze strony serca, które spostrzegaliśmy w przebiegu choroby.

Wywiady. *T-r*, wieśniaczka z Finlandyi, l. 45, wstąpiła do kliniki lekarskiej 22 września 1902 roku, uskarżając się na nadzwyczaj silne osłabienie, zawroty głowy i duszność. Choroba ma trwać przeszło rok, a w ostatnich 2 miesiącach stan chorej znacznie się pogorszył. Szczegółowszych zeznań, dotyczących przebiegu choroby i poprzedniego życia pacyentki, dowiedzieć się nie byłem w stanie, gdyż chora, osoba mało inteligentna, rozumie tylko ojczystą (fińską) mowę.

Badanie przedmiotowe. Chora wzrostu średniego, budowy miernej. Powłoki zewnętrzne blade z odcieniem ziemistym. Twarz obrzmiała. Tkanka tłuszczowa rozwinięta miernie. Kończyny dolne znacznie obrzmiałe; na innych częściach ciała obrzmienie mniejsze. Widzialne błony śluzowe nadzwyczaj blade. Wylewów krwi ani w skórze, ani w błonach śluzowych niema. Gruczoły chłonne niemacalne

Budowa klatki piersiowej zmian nie przedstawia. Granice płuc prawidłowe. Szmery oddechowe nieco szorstkie, skąpe rzężenia suche. Drżenie głosowe bez zmian. Oddechanie o typie przeważnie żebrowym 20 na 1'. Plwociny niema.

Oglądanie okolicy serca nie wykazuje żadnych nieprawidłowości. Uderzenie koniuszkowe wyczuwa się w 5-tym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz od lewego sutka, siła uderzenia mierna; mruku kociego nigdzie się nie wyczuwa. Prawa granica przytłumienia sercowego dochodzi do linii środkowej ciała; inne granice prawidłowe. Nad koniuszkiem serca dwa dźwięki (tony); do pierwszego dołącza się krótki szmer dmuchający; siła szmeru nie zmienia się podczas oddechania; w położeniu leżącem szmer nieco słabnie; szmer przy oddaleniu od miejsca, gdzie jest najwyraźniejszy, szybko słabnie i na odległości 2—3 ctm. już się go nie słyszy. W drugiem międzyżebrzu prawem i lewem u brzegu mostka i na miejscu osłuchiwania zastawki trójdzielnej słyszy się dwa dźwięki głuche. Nad tętnicami podobojczykową i dogłowową jeden dźwięk; przy osłuchiwaniu tętnic łokciowych i udowych słyszy się wyraźny dźwięk. Tętnice obwodowe żadnych zmian nie przedstawiają. Żyły szyjne nie tętnią; w opuszce prawej żyły jarzmowej wyraźne buczenie. Tętno 68 na 1', miarowe, jednoczesne po obu stronach, o miernem napięciu.

Brzuch wzdęty, w dołku podpiersiowym bolesny; w jamie brzusznej niewielka ilość wolnego płynu. Wątroba występuje na 3 palce (6 ctm.) z pod łuku żebrowego, miernej zbitości, tkliwa, o brzegu zaokrąglonym; powierzchnia jej gładka; tętnienia wątroby niema; pęcherzyk żółciowy nie macalny. Śledziona sięga na 1 palec (2 ctm.) niżej łuku żebrowego, miernie zbita, tkliwa na ucisk, górna granica przytłumienia śledzionowego sięga do górnego brzegu 9-go żebra. Stolce prawidłowe; wypróżnień drobnowidowo w ciągu dłuższego czasu zbadać nie mogłem: dopiero gdy do kliniki przybyła druga chora, również z Finlandyi, przez którą wytłómaczyłem chorej całą doniosłość zbadania jej wypróżnień, badanie to przeprowadziłem.

Ogólny stan chorej przygnębiony. Ciepłota zrana 37.6°, wieczorem 38,3° C.

Ilość moczu na dobę, zebranego od godziny 8 rano 23—IX do godziny 8 rano 24—IX, wynosi 1500 ctm. sz. (część uroniono); oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar właściwy 1.010; białka, cukru, barwików żółciowych, acetonu i kwasu acetooctowego — nie wykryto; wybitny odczyn Jaffégo (na indykan); odczyn dyazowy Ehrlicha ujemny; odczyn Bogomołowa (na urobilinę) daje wynik dodatni. Drobnowidowe badanie osadu moczu wykazało: 1) pojedyncze krwinki białe; 2) wałeczki szkliste (2—3 w preparacie); 3) skąpy nabłonek płaski; 4) śluz. W dalszym opisie wyników rozbioru moczu nie przytaczam, ponieważ przez cały czas mocz nie przedstawiał żadnych nieprawidłowości.

Badanie krwi, wykonane 25 października[1]), wykazało silne zboczenia od stanu prawidłowego: krwinki czerwone nie układały się w rulony, lecz leżały pojedynczo, w skąpej ilości w każdem polu widzenia: oś poprzeczna większości krwinek wynosiła 10—12 μ, niektórych zaś 15 μ; w znacznie mniejszej ilości nadarzały się krwinki o wymiarze poprzecznym 3—4 μ, a niektóre nawet 2 μ—2.5 μ; różnokształtność (poikilocytoza); krwinek w 1 mlm.³ 325,120; białych 3,480; stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:94. Badanie suchych ustalonych i zabarwionych preparatów dało wyniki następujące: megalocytów Hayema 60%, normoblastów Ehrlicha nie wykryto; w kilku preparatach trzy megaloblasty. Przy obliczeniu 300 krwinek

[1]) Badania tego przed tem, niestety, wykonać nie byłem w stanie.

białych okazało się młodych (według klasyfikacyi Uskowa) — 48%, dojrzałych 1%, przejrzałych 50%, eozynochłonnych 1%.

Badanie krwi powtórzyłem 29 października; wyniki mało się różniły: Hb = 15%, krwinek czerwonych w 1 mlm.³ 295,375, białych 3,170, stosunek = 1:93; megalocytów 60%, megaloblastów, normoblastów nie znalazłem. Przy obliczaniu 200 krwinek białych znalazłem młodych (limfocytów) 52%, dojrzałych 0.5%, przejrzałych 46%, eozynochłonnych 1,5%.

Badanie wypróżnień, wykonane tegoż dnia wykazało mnóstwo jaj brózdogłowca szerokiego: w polu widzenia przy powiększeniu 100 — do 20—30.

Przebieg choroby do 29 października przedstawiał się mniej więcej, jak następuje: pomimo stosowania środków sercowych (naparstnica, gorzykwiat, dyuretyna i t. d.), obrzęki nie zdradzały skłonności do zmniejszenia się, objawy zaś ze strony serca nawet się pogorszyły; 2 października przytłumienie sercowe doszło do prawej linii mostkowej, ku stronie lewej zaś do linii sutkowej; do szmeru skurczowego nad koniuszkiem serca dołączył się silniejszy szmer dmuchający w okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer występował zaraz po pierwszym dźwięku i szybko słabnął we wszystkich kierunkach; zmiana położenia chorej i oddechania nie wywierały wpływu na siłę szmeru; 25/X stłumienie sercowe przechodziło po stronie prawej na szerokość 1 palca (2 ctm.) za linią mostkową prawą, po stronie lewej sięgało na palec poza lewą linię sutkową; lewa granica odpowiadała w zupełności uderzeniu koniuszkowemu; dźwięk skurczowy nad koniuszkiem nie był słyszalny, lecz zastępował go wyraźny trący szmer skurczowy, który czasami przechodził w wyraźny mruk koci: stopniowo słabnąc, szmer dochodził do tylnej linii pachowej po stronie lewej i do linii mostkowej po stronie prawej; w drugiem międzyżebrzu prawem, w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej, dwa dźwięki; do pierwszego dołączał się słaby krótkotrwały szmer skurczowy, który szybko znikał we wszystkich kierunkach; w miejscu osłuchiwania zastawek tętnicy płucnej słyszało się wciąż szmer skurczowy po pierwszym dźwięku; drugi dźwięk przedstawiał znaczne wzmożenie. Wolny płyn w jamie brzusznej powiększył się; wątroba występowała na 4 palce (8 ctm.) z pod łuku żebrowego. Przebieg ciepłoty w tym czasie był następujący:

23/IX	rano	37,6	wieczorem	37,8	13/X	rano	38,0	wiecczorem	39,0
24/IX	»	37.5	»	37,7	14/X	»	38,1	»	38 3
25/IX	»	37,1	»	37,5	15/X	»	38,4	»	37,4
26/IX	»	37,2	»	37,8	16/X	»	37.7	»	37.8
27/IX	»	37.4	»	37,8	17/X	»	37.6	»	37,7
28/IX	»	37,0	»	37,3	18/X	»	37,5	»	38,0
29/IX	»	36.9	»	37,2	19/X	«	37,0	»	37,5
30/IX	»	37,2	»	37.4	20/X	»	37.0	»	37.4
1/X	»	36.8	»	37,1	21/X	»	37 5	»	37,5
2/X	»	37.3	»	38,1	22/X	»	37,0	»	37,5
3/X	»	37.3	»	37.4	23/X	»	36.8	»	37.5
4/X	»	36,8	»	37,4	24/X	»	36.6	»	37,5
5/X	»	37	»	37,6	25/X	»	37.0	»	37.5
6/X	»	37,1	»	37,5	26/X	»	37.0	»	37,5
7/X	»	36.8	»	37,5	27/X	»	36,8	»	38.0
8/X	»	36,4	»	37,2	28/X	«	37.6	»	38,2
9/X	»	36,2	»	37.6	29/X	»	37.7	«	37,8
10/X	»	37,6	»	37,6	30/X	»	37.1	»	38,0
11/X	»	37,0	»	38,0	31/X	»	36.8	»	37.8
12/X	»	37,2	»	38,6					

Dn. 31/X chora zażyła naczczo 8,0 *extr. filicis maris aetherei* w pigułkach, a po 2 godzinach łyżkę stołową soli glauberskiej. Po kilku godzinach wystąpiły dwa razy wymioty, a o godzinie 3-ciej był stolec, lecz wnętrzak nie wyszedł.

Dn. 1/XI. Ogólne osłabienie. Ciepłota zrana 37,2°, wiecz. 38,2, tętno 96. Dn. 2/XI. Ciepł. zrana 37,5, wiecz. 38, tętno 99 na 1'; szmeru skurczowego nad tętnicą główną nie słyszy się. Dn. 3/XI. Ciepł. zrana 37,5°, wiecz. 38 3°. Dn. 4/XI. Ciepł. zrana 37, wiecz., 38,4, tętno 96 na 1'; szmer skurczowy nad koniuszkiem serca nieco słabszy, niż przedtem; innych zmian nie stwierdzono. Badanie krwi: krwinki czerwone leżą pojedynczo, przeważają megalocyty — 66%, mikrocytów 12%; normoblastów i megaloblastów nie znalazłem. Hemoglobiny 12%, krwinek czerwonych w 1 mlm.³ — 282.812, białych 2,750, stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:103. Przy obliczaniu 200 krwinek białych znalazłem młodych 58%, dojrzałych 1,5%, przejrzałych 40.5%, eozynochłonnych 0%.

Dn. 5/XI. Powtórzono leczenie czerwiogubne: w wypróżnieniach (w 6 godzin po zażyciu paproci) znalazłem trzy znacznie zmienione członeczki brózdogłowca szerokiego, oraz jaja tego czerwia. Ciepłota zrana 38,2, wieczorem 38,4, tętno 96. Dn. 6/XI Ciepł. zrana 37,1, wieczorem 37,3, tętno 99. Silne osłabienie; 2 stolce. Dn. 7/XI. Ciepłota zrana 39°, wiecz. 38,6°. Dn. 8/XI. Obrzęki i puchlina brzuszna zwiększyły się. Trzy stolce płynne bez bólów; wypróżnienia nie zawierają członeczków i jaj brózdogłowca. Osłabienie silne. Przy osłuchiwaniu serca odpowiednio miejscom wszystkich zastawek słyszy się szmer skurczowy; szmer nad tętnicą główną i płucną szybko ginie przy oddalaniu się od tych tętnic; szmer nad koniuszkiem przenosi się ku lewej okolicy pachowej i do tylnej pachowej, a po stronie prawej do prawej linii mostkowej; drugi dźwięk nad tętnicą płucną znacznie wzmożony; przytłumienie serca ku stronie prawej sięga na 2 palce (4 ctm.) poza prawą linię mostkową. Ciepłota zrana 37,0, wieczorem 37,1°, tętno 84 na 1'.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko zmiany. Dn. 11/XI zaleciłem chorej napar naparstnicy (e 0.72—180,0; 4 łyżki stołowe dziennie). Dn. 14/XI wymiary przytłumienia serca zmniejszyły się: prawa granica odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa lewej sutkowej; nad koniuszkiem słaby szmer skurczowy, występujący wnet po pierwszym dźwięku; nad tętnicą główną szmeru niema; nad tętnicą płucną szmer najwyraźniejszy, lecz słabszy, niż poprzednio. Obrzęki i puchlina brzuszna znacznie zmniejszyły się.

Dn. 16/XI dokonano badania krwi: krwinki czerwone układają się w rulony, hemoglobiny 24%, krwinek czerwonych w 1 mlm.³ 1,058,022, megalocytów 34%, mikrocytów 10%, poikilocytozy niema; liczba krwinek białych nie zwiększona; zaleciłem wstrzykiwania podskórne arsenu (*Rp. Kali arsenicosi 0,09. Aq. chloroform. 8,0. Ds. wstrzykiwać podskórnie codzień po 2 przedziałki 1-gramowej strzykawki Pravaza, zwiększać dawkę co trzy dni o jedną podziałkę*). W dalszym przebiegu stan chorej szybko poprawiał się, siły przybywały, chora wkrótce poczęła chodzić; obrzęki i puchlina brzuszna ustępowały, zwłaszcza gdy chorej zaleciłem (1/XII) gorzykwiat ze strofantyną (*Rp. Inf. adonidis vernalis e 6,0—180,0 T-rae strophant. hispidi Combé 6,0 MDS. 4 stołowe łyżki dziennie*). Dn. 6/XII granice przytłumienia serca były już prawidłowe; dźwięki wyraźne; nad koniuszkiem po pierwszym dźwięku dawał się słyszeć słaby szmer skurczowy, który znikał w obie strony już na odległości 2 ctm; w położeniu leżącem szmer stawał się słabszy; w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym przy mostku szmer skurczowy, które następuje bezpośrednio po pierwszym dźwięku; drugi dźwięk nie wzmożony; obrzęki nieznaczne; w jamie brzusznej płynu niewiele; wątroba występuje z pod łuku żebrowego na 2 palce (4 ctm.) miernej zbitości, tkliwa; śledziona macalna w położeniu na boku prawym, tkliwa. Wielokrotne poszukiwania jaj brózdogłowca w wypróżnieniach dawały przez cały czas wyniki ujemne.

Badanie krwi, wykonane 6/XII, wykazało: krwinki czerwone dobrze układają się w rulony, poikilocytozy niema; hemoglobiny 40%, krwinek czerwonych w 1 mlm.³ 2,550,000, białych 3,600, stosunek wzajemny wynosi 1:708; megalocytów 5%; krwinek czerwonych, zawierających jądra, nie znalazłem; przy obliczaniu 500 krwinek białych znalazłem młodych 30%, dojrzałych 2%, przejrzałych 67%, eozynochłonnych 1,0%.

Badanie krwi, wykonane 21/XII, wykazało: krwinki czerwone układają się dobrze w rulony, poikilocytozy niema; hemoglobiny 68%, krwinek czerwonych w mlm.³ 3,125,000, białych 3720, wzajemny stosunek wynosi 1:840; megalocytów i krwinek czerwonych z jądrami nie znalazłem; mikrocytów 6%; przy obliczaniu 400 krwinek białych znalazłem młodych 32%, dojrzałych 2.5%, przejrzałych 64%, eozynochłonnych 1,5%.

Ciepłota przez ten czas przedstawiała następujące wahania (przytaczam tylko dni z ciepłotą podniesioną:

9/XI	zrana	37,0	wieczorem	37.5	21/XI	zrana	36,6	wieczorem	37 6
13/XI	»	36,8	«	37,5	22/XI	»	37,0	»	37,8
17/XI	»	37.1	»	37 9	23/XI	»	37,4	»	38
19/XI	»	36,8	»	37,6	24/XI	»	37.5	»	38
20/XI	»	36,6	«	37,6	25/XI	«	37,2	»	37,9

Chora pozostaje jeszcze pod obserwacyą.

Przechodzę teraz do omówienia przytoczonego przypadku. Jeśli przed zbadaniem krwi zachodziły wątpliwości w rozpoznaniu i myśl nasza zatrzymała się na jednej z dwóch spraw chorobowych, mianowicie na skrycie przebiegającej sprawie zapalnej w nerkach lub ostrawem zapaleniu wsierdzia, to wyniki badania krwi skierowały nas na drogę właściwą, rzuciwszy odrazu światło na różnorodne objawy.

które przedstawiała chora. W tym też czasie zebraliśmy już dostatecznie wiele wskazówek, żeby opuścić przypuszczenie o zajęciu nerek sprawą zapalną; co się zaś tyczy objawów ze strony serca, to one były na tyle zawikłane, że tłómaczenie ich przez dłuższy czas wahało się między organicznem zajęciem wsierdzia i powstaniem ich na drodze niedokrwistości. Tylko w dalszym przebiegu choroby otrzymaliśmy pewne oznaki, na podstawie których można było orzec stanowczo, z czem mieliśmy do czynienia. W tej chwili jednak nie będę zastanawiać się nad tymi objawami, uczynię to bowiem szczegółowo w drugiej części niniejszej pracy.

Silnie wyrażona bladość powłok zewnętrznych i błon śluzowych zdradzała już od razu stan niedokrwistości chorej, lecz tylko po zbadaniu krwi znalazła ona należyte wytłómaczenie, jak również i inne objawy, mianowicie silne osłabienie, obrzmienie, puchlina brzuszna i gorączkowe podniesienie ciepłoty [2]. Utrata własności zlepnej przez krwinki czerwone, co zdradzało się brakiem cechujących rulonów w kropli krwi, badanej pod drobnowidem, znaczne obniżenie liczby krwinek (do 325,120—282,812 w 1 mlm [3]), hemoglobiny (15—12%), wreszcie obecność we krwi znacznej liczby megalocytów i znalezienie podczas jednego z badań megaloblastów, — zmiany te we krwi nie pozostawiały wątpliwości, że w przytoczonym przypadku była złośliwa niedokrwistość postępująca. Chorobowa ta sprawa, opisana pierwotnie przez Biermera [7], została uzasadnioną klinicznie dzięki pracom Ehrlicha, który wykazał w niej wybitne zmiany we krwi. Wybitną oznaką różniczkową tej sprawy od innych stanów niedokrwistości stanowi, jego zdaniem, przedewszystkiem pewien stosunek między liczbą hemoglobiny i krwinek czerwonych, stwierdzony pierwotnie przez Hayema [8], a następnie przez Laachea [9], mianowicie zawartość hemoglobiny w każdej krwince ma być prawidłową lub nawet podniesioną. W swoich licznych badaniach nad stanem krwi w różnych sprawach chorobowych nieraz miałem możność także przekonać się o słuszności tego twierdzenia Ehrlicha co do stanów niedokrewnych. Nie mogę więc zgodzić się z zasłużonym w naszem piśmiennictwie Biegańskim [10], według którego „zachowanie się stosunku hemoglobiny do liczby krążków nie jest czemś właściwem dla niedokrwistości złośliwej“, wskutek tego, „różnicy opartej na stosunku ilości hemoglobiny do liczby czerwonych krążków nie można uważać za decydującą“. Do wniosku takiego dochodzi Biegański na podstawie ścisłych poszukiwań niemniej zaszczytnie znanego w naszem piśmiennictwie Biernackiego [10], który dowiódł, że w każdym przypadku niedokrwistości ogólnej przy znacznie zmniejszonej liczbie krwinek czerwonych stosunkowa zawartość żelaza wzrasta. Dziś jednak po pracach Jollesa, Jellinka [12], Hladika [13], Jellinka i Rosina [14], Barda [15] i innych wiemy, że podobny wniosek z poszukiwań Biernackiego jest za pośpieszny i nie dość uzasadniony. Nie chcę przez to powiedzieć, że uważam opisane wyżej zachowanie się stosunku hemoglobiny do liczby krwinek czerwonych za objaw patognomoniczny dla niedokrwistości złośliwej; historya bowiem poucza, że im więcej mnożyły się spostrzeżenia, tem prędzej malała liczba t. zw. objawów patognomonicznych. Opierając więc różniczkowanie błednicy od niedokrwistości złośliwej i odwrotnie na całym obrazie klinicznym, muszę jednak przyznać, że wyżej podany stosunek ilości hemoglobiny do liczby krwinek czerwonych, jeśli i nadarza się w innych stanach niedokrewnych, pomimo niedokrwistości złośliwej, to tak rzadko, (osobiście go nie spostrzegałem), że nie mogę mu odmówić doniosłego znaczenia w różniczkowaniu. Istotnie w przytoczonym przypadku pierwsze badanie krwi wykazało obniżenie liczby krwinek czerwonych o 14 razy w porównaniu z normą, wtenczas gdy zawartość hemoglobiny była obniżoną tylko 7 razy, a więc każda krwinka zawierała 2 razy więcej hemoglobiny, niż w warunkach zwykłych. Tenże stosunek wykazywały i następne badania.

*) Stan siatkówki trudno było zbadać wobec tego, że chora nie mówi innymi językami oprócz ojczystego.

Dalszym ważnym objawem niedokrwistości złośliwej jest, według Ehrlicha, obecność we krwi obfitej liczby megalocytów (wyżej 50%), które wskazują na zarodkową niewłaściwą dla dorosłych czynność szpiku kostnego; patognomoniczną oznaką podobnego stanu tego narządu ma stanowić obecność we krwi megaloblastów. Odnalezienie więc tych tworów wraz z obfitą zawartością we krwi megalocytów usuwa, według Ehrlicha, wszelkie wątpliwości co do niedokrwistości złośliwej, nawet w przypadkach, gdzie liczba krwinek czerwonych nie przedstawia wybitniejszego zmniejszenia. Co prawda, najnowsze spostrzeżenia Körmöczi [16], stwierdzone badaniem szpiku kostnego, wykazują, że w niedokrwistości złośliwej stan krwi może się nie różnić od stanu jej w innych postaciach niedokrwistości, a Strauss i Rohnstein [17], poprzednio zaś Hammerschlag [18]) i inni stwierdzili megaloblasty we krwi nietylko w niedokrwistości złośliwej, lecz i w ciężkich niedokrwistościach wogóle (w charłactwie rakowem; po obfitem krwawieniu, w śpiączce cholemicznej, gnilnem zakażeniu krwi, błednicy i t. d.). W tych jednak przypadkach można przypuszczać (Ehrlich) początek nierozpoznanej niedokrwistości złośliwej, nie można odrzucać także możliwości tego rodzaju, że bodziec chorobotwórczy wywołał w tych przypadkach czynność megaloblastyczną niektórych ognisk w szpiku, a następnie sprawa chorobowa z usunięciem przyczyny sama ustąpiła. W każdym razie doniosłość obfitej liczby megalocytów i znalezienia nawet bardzo ograniczonej liczby megaloblastów we krwi pozostaje dotychczas niezachwianą w rozpoznaniu niedokrwistości złośliwej. Nasz przypadek odpowiada pod tym względem zupełnie obrazowi tej sprawy chorobowej: zawartość megalocytów dochodziła w nim do 60—66%, podczas jednego zaś badania znalazłem i trzy megaloblasty; w następnych badaniach krwinek czerwonych z jądrami (normo- megaloblasty) nie znajdowałem.

Niemniej pouczające wyniki otrzymałem i przy obliczaniu krwinek białych. Zgodnie z innymi badaczami, znalazłem liczbę ich obniżoną (do 2750), jakkolwiek wobec znacznego zmniejszenia liczby krwinek czerwonych stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych był podniesiony na korzyść pierwszych. Obliczając różne gatunki krwinek białych, znalazłem znaczne zwiększenie %-wej liczby limfocytów (do 58%) i obniżenie przejrzałych (do 40,5%). Podobny stosunek nie mógł nie zwrócić na siebie mojej uwagi, tembardziej, że według niektórych autorów (Biegański [10]) stosunek wzajemny różnych gatunków krwinek białych w niedokrwistości złośliwej zostaje niezmieniony. Podczas wieloletnich studyów nad stanem krwi w różnych

schorzeniach na ogromnym materyale kliniki lekarskiej podobne znaczne zwiększenie %-ej zawartości limfocytów spotykałem wyłącznie w niektórych przypadkach białaczki i w przytoczonym przypadku, podobne zachowanie się niedokrwistości złośliwej, co prawda innego pochodzenia, spostrzegali również Strauss i Rohnstein[17]) i Lazarus[19]); w spostrzeżeniach Lazarusa zwiększenie liczby limfocytów dochodziło do większego stopnia (62%). W charłactwie rakowem przeciwnie, nieraz miałem możność przekonać się o znacznem zwiększeniu odsetkowej liczby przejrzałych; toż samo spostrzegli również Strauss i Rohnstein, którzy podają najwyższy odsetek 83,9% Wobec tego w trudnych dla rozpoznania przypadkach, gdzie różniczkowanie zachodzi między skrycie przebiegającym rakiem żołądka, a postępującą niedokrwistością złośliwą, zwłaszcza powikłaną z „achylia gastrica“, obliczanie różnych gatunków krwinek białych może ułatwić rozpoznanie.

Przejdę teraz do rozejrzenia się w etyologii naszego przypadku. Znalezienie w wypróżnieniach chorej jaj bruzdogłowca szerokiego nasuwało myśl, czy nie jest właśnie ten pasorzyt przyczyną sprawy chorobowej. Wobec tego przypuszczenia zaleciłem chorej odpowiednie leczenie; gdy jednak ono nie odniosło skutku, po kilku dniach powtórzyłem je. Wynik ostateczny był ten, że w wypróżnieniach zjawiły się trzy silnie zmienione członeczki bróździgłowca szerokiego z obfitą ilością jego jaj. Następne wielokrotne badania wypróżnień dawały wciąż wyniki ujemne. Od tego czasu stan chorej zaczął szybko się poprawiać, siły przybywały, obrzęki szybko ustępowały; w składzie krwi zaszły również wybitne zmiany; zlepność krwinek czerwonych podniosła się (krwinki zaczęły układać się w prawidłowe rulony), liczba hemoglobiny po 4 tygodniach wynosiła już 40%, a po sześciu 68%, liczba krwinek czerwonych po 4 tygodniach wynosiła 2,550 000, po 6-ciu 3,125.000 w 1 mlm^3; liczba megalocytów obniżyła się do 5% po 4 tygodniach; po 6-ciu zaś już się nie dały wykryć; odsetkowa liczba limfocytów zmniejszyła się, a przejrzałych podniosła się. Tę szybką poprawą po leczeniu czerwiogubnem można wytłómaczyć jedynie usunięciem przyczyny choroby. Mamy więc prawo uważać bróżdogłowca szerokiego za czynnik, który wywołał sprawę chorobową w naszym przypadku Ta okoliczność, że po zażyciu paproci zostały wydalone tylko trzy członeczki wnętrzaka, nie przeczy podobnemu zapatrywaniu. Istotnie już Szapira[20]) wskazał, że bróżdogłowiec szeroki wywołuje niedokrwistość złośliwą tylko w tych razach, gdy sam ulega schorzeniu lub obumiera; substancye trujące, które przy tem się tworzą, wchłaniając się do krwi, mają sprowadzać niedokrwistość złośliwą. Wilczur[21]) w 12 przypadkach niedokrwistości złośliwej stwierdził również chorobliwy lub martwy stan bróżdogłowca, w przypadku Martynowa[22]) wnętrzak był zwiotczały i z łatwością rozrywał się na kawałki przy próbach rozłożenia; w przypadku Biruli[23]) bróżdogłowiec był miejscami nawpół rozpadły: nawskroś zmacerowany i przesiąknięty barwikiem żółciowym, wreszcie w przypadku Jaweina[24]) był on zupełnie rozwałeczkowany i rozpadły. Jeszcze więcej godnemi uwagi są spostrzeżenia Wierjużskiego[25]), Dehio[26]), Ekkerta[27]), Schaumanna[5]) i Neubeckera[28]). Badacze ci opisali przypadki postępującej niedokrwistości złośliwej, w których, pomimo że wypróżnienia zawierały mnóstwo jaj bróżdogłowca szerokiego, leczenie czerwiogubne nie wydalało pasorzyta i nawet na sekcyi w jelitach nie można go było wykryć, jakkolwiek w zawartości jelit z łatwością dawały się wykazać jaja. Okoliczność ta może być wytłómaczoną tylko w ten sposób, że wnętrzak wskutek jakiejkolwiek przyczyny obumierał i w stanie martwym przetrawiał się sokami trawieńcowymi lub wprost rozpuszczał się. Doświadczenia Wagnera[29]) istotnie wykazały, że martwe członeczki z łatwością rozpuszczają się w środowisku alkalicznem. Zbytecznem więc jest przypuszczać przetrawienie martwego wnętrzaka w jelitach, może bowiem on wprost być rozpuszczonym. Jeśli więc niektóre członeczki wnętrzaka od czasu do czasu będą obumierać, następnie rozpuszczać się i wchłaniać do krwi, to ustrój będzie wciąż zatruwać się wytworami rozpadu, które mogą wywołać niedokrwistość. Jaja bróżdogłowca, jak wykazują doświadczenia Wagnera, są więcej odporne; nic więc dziwnego, że bywają one wykrywane w wypróżnieniach i zawartości jelit tam, gdzie samego wnętrzaka nie znajdowano. Zwracając się teraz do naszego przypadku, musimy przyznać, że mieliśmy do czynienia ze schorzałym bróżdogłowcem. Istotnie pod wpływem leczenia czerwiogubnego wydalone zostały tylko trzy silnie zmienione członeczki i dużo jaj; następne wielokrotne poszukiwania jaj dawały zawsze wynik ujemny. Możliwem wreszcie jest przypuszczenie, że schorzały wnętrzak został zabity pierwszą dawką paproci i w dniach następnych prawie zupełnie rozpuścił się w alkalicznem środowisku jelit; ponowne zażycie paproci (po 5 dniach) i środka rozwalniającego mogło przyczynić się do wydalenia jeszcze nie uległych rozpuszczeniu trzech członeczków, oraz jaj.

Przyjrzyjmy się teraz nieco szczegółowiej składowi krwi po leczeniu czerwiogubnem. Tu przedewszystkiem zwraca naszą uwagę ta okoliczność, że pomimo obniżenia odsetkowej liczby megalocytów (z 66% do 34% po 11 dniach), bezwzględna ich liczba, wskutek zwiększenia prawie o 4 razy liczby krwinek czerwonych, podniosła się niemal w dwójnasób. Zgodnie z Schaumannem okoliczność ta może być wytłómaczoną dojrzewaniem tych megaloblastów, które utworzyły się jeszcze przed leczeniem czerwiogubnem; że obniżenie liczby mikrocytów nie zawsze odgrywa w tem rolę, wbrew twierdzeniu Schaumanna, najlepszym dowodem jest nasz przypadek, w którym bezwzględna liczba mikrocytów także podniosła się o 3 razy. W dalszym przebiegu megalocyty dawały się wykryć jeszcze po 4 tygodniach (w ilości 5%), znikły dopiero po 6 tygodniach; mikrocyty zaś można było wykryć nawet po 6 tygodniach w niewielkiej coprawda ilości (6%). Również powolnym był i powrót do prawidłowego stosunku między różnymi gatunkami krwinek białych. Wszystko to wskazuje, że zajęcie szpiku kostnego w złośliwej niedokrwistości postępującej, wywołanej bróżdogłowcem szerokim, jest bardzo silne i usuwa się powoli, pomimo to, że przyczyna choroby została usunięta.

Parę słów jeszcze o stanie ciepłoty po leczeniu czerwiogubnem. Widzieliśmy, że przedstawiała ona chwilowe podniesienie gorączkowe w ciągu 3 tygodni. W spostrzeżeniach Schaumanna gorączka również nie ustępowała natychmiast z wydaleniem wnętrzaka, lecz utrzymywała się w ciągu pewnego czasu, od kilku dni do paru tygodni; w jednym zaś przypadku nawet 1$^1/_2$ miesiąca. Podobne podniesienie się ciepłoty tłómaczy się, według mego zdania, łatwem na-

ruszeniem pod wpływem różnych czynników (stan podniecenia, wzdęcie brzucha i t. d.) równowagi regulujących ciepłotę ciała ośrodków nerwowych wskutek poprzedniego przewlekłego ich zatruwania. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,

elew kliniki

(Ciąg dalszy).

Pod względem etyologicznym można ująć torbiele w trzy grupy:

1) powstanie torbiela pozostaje w wyraźnym związku z urazem;

2) rozwój torbiela poprzedziły objawy zapalne w górnej części brzucha;

3) torbiel rozwija się powoli bez jakichkolwiek poprzedzających czynników przyczynowych i dopiero po dojściu do znacznych rozmiarów uciska na sąsiednie narządy i sprawia dolegliwości z przyczyn mechanicznych.

W 33 przypadkach przyjmuje Körte uraz jako przyczynę powstania torbiela, jak np. wstrząs przez przejechanie, kopnięcie w brzuch, upadek, dźwiganie ciężarów, przyczem bezpośrednio po urazie miewali chorzy uczucie pęknięcia, rozdarcia czegoś w brzuchu. Zwykle bezpośrednio po zadziałaniu urazu występowały objawy ostrego zapalenia otrzewnej. Po ustąpieniu zaś tych ostrych, gwałtownych objawów, zwykle już guz odnajdowano.

W mniejszej liczbie przypadków tej grupy czas, jaki upłynął między urazem a stwierdzeniem guza, wynosił parę lat. Ten rozmaity czas powstawania wskazuje, że uraz wywołuje najpierw zapalenie trzustki, a dopiero w następstwie jego rozwija się torbiel.

W wielu przypadkach poprzedzały wystąpienie guza objawy nieżytowe żołądka i jelit, przyczem chorzy skarżyli się na bóle, wymioty, kolki, rozwolnienie itp. Możnaby więc przyjąć, że nieżyt dwunastnicy przechodzi na przewód trzustki i tak utrudnia odpływ wydzieliny. Często spostrzegano bóle nagłe, napadowe, pod postacią kolek, przypominające kamicę żółciową; innym razem przypadłości były tak gwałtowne, że myślano o ostrem zapaleniu otrzewnej, a nawet o niedrożności jelit. Po pewnym czasie napady te ustępowały, by wkrótce znowu się pojawić.

Wogóle objawy te odpowiadały objawom ostrego zapalenia trzustki, a jako przyczynę usposabiającą przytaczają nadużycia w jadle i piciu, w pierwszym zaś rzędzie nadużycia alkoholu. Choroby zakaźne, jak dur brzuszny, zimnica lub grypa i inne, mogą, podobnie jak w innych narządach gruczołowych, tak i w trzustce, wywołać zmiany chorobowe i w ten sposób pośrednio przyczynić się do powstania torbieli.

I tak u pacyentki Salzera w okresie zdrowienia po durze spostrzeżono w okolicy pępka guz wielkości jaja gęsiego, który znikł; po 4 latach powrócił, rósł powoli, a w 15 lat od pierwszego spostrzeżenia wykonana operacya, a potem sekcya, wykazały torbiel, wychodzący z trzustki. Jeden zaś przypadek Gussenbauera stał w związku z grypą.

W kilkudziesięciu przypadkach zgoła żadnej przyczyny wykazać nie było można, przyczem przeważała tu płeć żeńska. Guz rósł powoli bez poprzedzającego urazu, lub jakichkolwiek objawów zapalnych.

Objawy kliniczne możemy ująć w 2 grupy: takie, które tłómaczyć możemy wypadnięciem dla ustroju czynności wskutek zwyrodnienia gruczołu — i takie, które występują w następstwie mechanicznego ucisku guza na otaczające narządy. Zaburzenia pierwszej natury występują dopiero przy rozległych zniszczeniach gruczołu, gdyż, jak to wykazały doświadczenia Minkowskiego na psach, objawy charakterystyczne występują zwykle dopiero po całkowitem wycięciu trzustki.

Do objawów tych należą: cukrzyca, biegunka tłuszczowa i objaw, na który zwraca uwagę Müller, tj. wielka ilość niestrawionych włókien mięsnych w stolcu.

Obecność cukru w moczu obok innych objawów, wskazujących na schorzenie trzustki, ma w każdym razie wielkie znaczenie rozpoznawcze; jednak tak wyjątkowo go znachodzono, że brak cukru niczego nie dowodzi.

Biegunkę tłuszczową, co dawniej uważano za charakterystyczny objaw schorzeń trzustki, spostrzegano również bardzo rzadko.

Doświadczenia Abelmanna[6]) na psach wykazały, że przy całkowitem wycięciu trzustki nie zemulgowane tłuszcze nie ulegały wessaniu; częściowo zaś tylko wchłaniały się tłuszcze w naturalnej emulsyi, jak np. mleko. Po zostawieniu części gruczołu małe ilości tłuszczów zostały strawione, większe ilości tylko w części, a tłuszcze mleka w znacznej części. Wynik tych doświadczeń możemy też w pewnej mierze odnieść do patologii człowieka. Obecność dużych ilości tłuszczów w stolcu przy pożywieniu skąpem w tłuszcze wskazuje na rozległe schorzenie narządu, o ile oczywiście stwierdzimy inne objawy i jeżeli wydzielanie żółci odbywa się bez przeszkody.

Ta jednak *steotorrhoë* nie jest objawem patognomonicznym, gdyż w bardzo wielu przypadkach brak jej; z drugiej zaś strony spostrzegano ją i przy trzustkach zdrowych.

Wzmożone ślinienie *(salivatio pancretica)*, czemu dawniej również wielkie przypisywano znaczenie, w torbielach trzustki spostrzegano tylko 2 razy, t. j. w przypadku Ludolpha i Zielstorffa[7]).

Do drugiej grupy należą objawy, pochodzące z ucisku na narządy sąsiednie, a więc w pierwszej linii na żołądek. Spostrzegamy zazwyczaj bóle żołądkowe o rozmaitym charakterze: raz uczucie ucisku w nadbrzuszu, to znowu bóle, rozprzestrzeniające się ku kręgosłupowi, zwłaszcza po jedzeniu, wreszcie bóle napadowe, lub kurczowe itd. Z reguły występowały nudności, odbijania, brak łaknienia, wymioty itp., a objawy te nieraz były tak gwałtowne, że myślano o niedrożności jelit.

Skutkiem ucisku na jelita, a głównie na poprzecznicę, występują objawy wskazujące na utrudnioną czynność jelit, jak bóle, zaparcie stolca, niekiedy naprzemian z biegunką. Łatwo może być uciśniętym przewód żółciowy wspólny *(choledochus)* i wówczas występuje żółtaczka, kilkakrotnie

[6]) Abelmann: Inaug. Dissert. Dorpat 1890.

[7]) Körte.

już spostrzegana. Niektórzy autorowie, jak Heinricius, odnoszą bóle w jamie brzusznej do ucisku torbiela na splot trzewny i jego zwoje i nazywają je poprostu *„neuralgia coeliaca"*.

Skutkiem bólów po przyjęciu pokarmów chorzy źle się odżywiają, a w następstwie zaburzeń mechanicznych w czynności przewodu pokarmowego, trawienie jest wadliwe, więc też szybko występuje znaczne wychudnienie i upadek sił. To wychudnienie i utrata sił nie występują tak gwałtownie przy innych torbielach tej okolicy, jak przy bąblowcach wątroby i śledziony; spostrzegano je także w torbielach *bursae omentalis*.

Torbiele duże, zawierające około 20 litrów płynu, podnoszą przeponę ku górze, uciskają płuca i serce i w ten sposób wywołują objawy duszności. Rupprecht nawet spostrzegał zwolnienie tętna, co tłómaczy podrażnieniem nerwu błędnego. Położenie trzustki przed aortą brzuszną sprawia, że przy silnem napięciu ścian torbiela, tętnienie aorty przenosi się na guz. Ztąd owe nieprzyjemne podmiotowe uczucie „pukania" w guzie i tętnienie samego guza.

W wiekszości przypadków znajdowały się torbiele w górnej części brzucha i przedstawiały się jako półkuliste wypuklenia, a sięgały od wyrostka mieczykowatego do pępka lub obok niego, choć nieraz sięgały aż do spojenia łonowego, a zawierały 10—20 litrów płynu. Kształt ich kulisty lub owalny; powierzchnia z reguły gładka, napięta. Zazwyczaj okazują bardzo wyraźne chełbotanie, choć nieraz napięcie ścian jest tak silne, że chełbotania wyczuć nie można.

Niemal zawsze torbiele są albo bardzo mało, albo wcale nieporuszalne, wskutek czego rzadko spostrzegano obniżanie się guza przy oddechaniu. Zależy to od silnego przymocowania trzustki do tylnej ściany brzusznej.

Charakterystycznem poniekąd dla torbieli trzustki jest nagłe znikanie guza i ponowne jego pojawianie się po pewnym czasie. Jako przyczynę tego znikania spostrzegano wylanie się treści torbiela do jelita przez chwilowy powrót drożności w przewodzie Wirsunga, przebicie torbiela do żołądka lub jelita, a wreszcie wylanie się płynu do jamy otrzewnowej po pęknięciu ścian torbiela w następstwie urazu, próbnego nakłócia, lub też samowolnego pęknięcia. W przypadku Starcka [8]) powodem znikania i pojawiania się guza było przemieszczenie się jego pod przeponę, czego przy grubych powłokach brzusznych nie można było wybadać.

Płyn zawarty w torbielach w największej liczbie przypadków był barwy brunatno-czerwonej, ba — nawet czarnej, a w kilku tylko przypadkach miał być jasnym, nawet wodojasnym, czasem opalizującym. To ciemne zabarwienie płynu pochodzi od przymieszki barwika krwi. W ścianach torbieli znajdowano liczne naczynia o cienkich ścianach, z których właśnie, może pod wpływem nadżerających własności płynu, pochodzi ta krwawa domieszka. Niekiedy wystarcza próbne nakłócie, by krwotok do torbiela wywołać. Mikroskopowo znajdowano w płynie tym składniki krwi, rozpadłe komórki, kulki tłuszczu, czasem cholestearynę, łuski barwika, resztki komórek nabłonkowych, tkankę rozpadową itd.

[8]) Starck: Zwei Fälle cystischer Pancreasgeschwülste. Brunsa Beitr. zur klin. Chir. Bd. 29 3. 1901

Oddziaływanie płynu prawie zawsze alkaliczne; ciężar gatunkowy 1010—1020; płyn zawsze zawierał znaczną ilość białka.

Czasem, ale rzadko znajdowano któryś z zaczynów trzustki. Najczęściej wykazać można było zaczyny działające dyastytycznie (amylopsyna,) rzadziej trawiące białko, lub zmydlające tłuszcze. Ze względu jednak, że inne płyny, jak np. wysięki, płyny przesączynowe, płyn torbieli jajnikowych itp. posiadają także czasem w małym stopniu własności dyastatyczne, przeto tylko wybitne oddziaływanie na skrobię możemy zużytkować w kierunku rozpoznawczym; słabe działanie niczego nie dowodzi, podobnie jak brak jakiegokolwiek zaczynu jest bez znaczenia.

W niektórych przypadkach w płynie torbiela żadnego zaczynu nie wykazano, a mimoto wydzielina z powstałej przetoki posiadała charakterystyczne własności trawiące.

(Dokończenie nastąpi).

III. Wyciągi.

Engelmann (Hamburg). **Uwagi nad t. zw. fizyologicznym rozczynem soli kuchennej.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 4). Fizyologiczny rozczyn soli kuchennej oznaczają niektórzy dowolnie: 0·5, 0·6, 0·7, 0·75 i 0·9% rozczyn chlorku sodowego, choć najczęściej nazwa ta oznacza 0·6% rozczyn soli kuchennej. Jednakże 0·6% rozczyn Na Cl jest tylko obojętnym dla narządów żab, używanych najczęściej do doświadczeń fizyologicznych; natomiast liczne i dokładne doświadczenia wykazały, że 0·9% rozczyn soli jest izotonicznym z surowicą zwierząt ssących, to znaczy, że ciałka krwi czerwone nie zmieniają w nim swej objętości i znajdują się w równowadze osmotycznej, podczas gdy w silniejszym rozczynie ciałka krwi się kurczą, a w słabszym, a zatem i w 0·6%, pęcznieją. Pod drobnowidem można stwierdzić, że ciałka krwi żaby zmieniają swój kształt we wszystkich rozczynach soli kuchennej, z wyjątkiem 0·64%, izotonicznego z krwią żabią, że natomiast z rozczynów soli, tak zw. fizyologiczny (0·6%) najbardziej niszczy ciałka krwi zwierząt ssących. Izotonia surowicy zwierząt ssących i 0·9% rozczynu Na Cl wynika również w prosty sposób z oznaczenia punktu marznięcia, który dla obu tych płynów wynosi 0·56° C.; natomiast 0·6% rozczyn marznie około 0.40°. Z tego wszystkiego wynika, że tylko 0·9% rozczyn chlorku sodowego należy uważać za izotoniczny z surowicą krwi ludzkiej i dla ustroju ludzkiego najbardziej obojętny i że ten rozczyn należy stosować do wlewań podskórnych, przepłókiwania jam ciała, jako płyn do konserwowania itp.; do znieczulenia sposobem Schleicha należy używać 0·8% rozczynu soli, który razem z dodatkiem kokainy posiada mniejwięcej punkt zamarzania krwi. *Dr. Fels.*

Prof. Peters. **Uwagi o jaglicy.** (*Münchener med. Wochs*. 1903, Nr. 3). Cechą jaglicy nie są prawdziwe ziarna jaglicze i blizny, lecz tworzenie się, względnie bujanie tkanki gruczołowatej *(adenoides Gewebe)*, a mieszki i blizny są tylko następstwem tworzenia się tej tkanki; to też rozpoznanie nie polega na rozróżnieniu prawdziwych ziarn jagliczych i mieszków dobrotliwych. Jednakże tkanka gruczołowata może być tak skąpą, że nie przychodzi wcale do tworzenia się mieszków, a więc i blizn, i wejrzenie takiej spojówki nie wiele się różni od zwyczajnego przewlekłego zapalenia przerostowego spojówek; są to zdaniem P. postacie poronne jaglicy. To też nieraz rozpoznaje się jaglicę ostrą, która w dalszym przebiegu przedstawia się jako sprawa dobrotliwa, a z drugiej strony rozpoznaje się z początku ostre lub podostre niewinne zapalenie spojówek, a później tworzą się ziarna jaglicze i blizny. Przyjęcie tkanki gruczołowatej za główną cechę jaglicy nie upraszcza wprawdzie rozpoznania, lecz tłómaczy nam wiele rzeczy, któreby zostały niewytłómaczone bez tych postaci poronnych. Przyjmując te postacie poronne rozumiemy, że zdarzają się nieraz większe lub mniejsze epidemie ostrego lub podostrego zapalenia spojówek, z których tylko część przechodzi w jaglicę. Dlatego w żadnym przypadku epidemicznego zapalenia spojówek nie można z góry orzec, czy ono jest dobrotliwe, lecz dopiero po ustąpieniu objawów ostrych można stwierdzić, czy powstało więcej lub mniej tkanki gruczołowatej, to znaczy, czy mamy przed sobą t. zw. prawdziwą jaglicę, czy tylko przewlekłe zapalenie spojówek.

Tworzenie się tkanki gruczołowatej zależy zdaniem autora od szczególnego usposobienia; inaczej nie byłoby zrozumiałem, dlaczegoby zarodek jaglicy nie wyszukał swoich ofiar podobnie, jak np. prątek błonicy, również częsty u bogotych, jak i u biednych. To usposobienie pojmuje P. w ten sposób, że wprawdzie u wielu osób po zarażeniu się następuje wzmaganie się tkanki gruczołowatej spojówek, lecz tylko mały odłamek z powodu wpływów cielesnych i rodzinnych, klimatycznych i miejscowych oddziaływa w ten sposób, że tkanka gruczołowata tak silnie się rozwija, iż tworzą się potem mieszki i blizny. Dym, pył, złe powietrze i nieczystość mogą temu usposobieniu sprzyjać, chociaż w innych okolicach te same szkodliwości nie wywołują jaglicy. Jeśliby samo zarażenie wystarczyło, nie byłoby tak łatwem zapobiedz szerzeniu się jaglicy w szpitalach i przy masowych ordynacyach. Zapobieganie jaglicy ma się ograniczyć na tych samych zarządzeniach, stosowanych także dla zaradzenia zakażeniom rzeżączkowym, a mianowicie na pouczeniu społeczeństwa, że każde z wydzieliną połączone zapalenie spojówek tak długo ma być uważanem za zaraźliwe, dopóki lekarz temu nie zaprzeczy, a po dotykaniu takiego oka ręce należy obmyć wodą i mydłem. *Dr. Fels.*

Zuppinger. **O podskórnych wstrzykiwaniach żelatyny w wieku dziecięcym.** (*Wiener klin. Wochenschr.* Nr. 52. 1902). Autor wyraża wielkie zaufanie do żelatyny jako środka tamującego krwotoki. Stosował ją z bardzo dobrym skutkiem w trzech rozpaczliwych przypadkach krwotoków u dzieci z chorobami krwi. Użył do tego 40 ctm³ 2% żelatyny w postaci podskórnego wstrzyknięcia, poczem krwotoki ustały. Używał także żelatyny w czerniaczce noworodków i ani jednego dziecka nie stracił, podczas gdy dawniej, mimo wszelkich środków i starań, tracił 50% dzieci chorych na tę chorobę. Żelatyna może znaleźć zastosowanie także w krwotokach płucnych, w krwotokach występujących w durze brzusznym, w przypadkach krwawień przy wrzodzie okrągłym. Złą stroną żelatyny jest, że trudno jej dostać bakteryologicznie czystej. Levy i Bruns podają, że na 19 próbek żelatyny, w dwunastu wykazano prątek tężca. Zapobiedz temu można przez częste wyjaławianie żelatyny, a fabryka chemiczna Mercka rozsyła już jałową 2% żelatynę, odpowiadającą wszelkim wymaganiom czystości. Co do dawki, to wstrzykuje się u osesków 15—20 ctm³ 2% żelatyny; w razie braku skutku powtarza się tę dawkę; u dzieci większych — 30—40 ctm³ tegoż 2%, a w ciężkich przypadkach nawet 5% roztworu. Roztwór tworzy się przez zmięszanie żelatyny w odpowiednim stosunku z cieczą fizyologiczną. Przeciwwskazaniami do tych zastrzykiwań mają być: białkomocz i zapalenie nerek, jakkolwiek autorowie notują przypadek zapalenia krwotocznego nerek, wyleczonego podskórnem wstrzyknięciem żelatyny. *B. Żmigród.*

Silberstein. **Pochodzenie wód płodowych w jaju ludzkiem.** (*Praca nagrodzona. Archiv f. Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1902). Sprawa pochodzenia wód płodowych nie jest jeszcze dotychczas rozstrzygniętą. Jedni starają się udowodnić, że wody płodowe są przesączyną z naczyń błon doczesnych (Ott, Ahlfeld, Fehling); inni, że są one głównie wytworem nerek płodowych (Gusserow). Teorya Gusserowa zyskała w ostatnich latach coraz więcej zwolenników, dzięki doświadczeniom, jakie przeprowadzano w tym kierunku. Gusserow szukał w wodach płodowych mocznika i znalazł go w 16-tu przypadkach 13 razy. Następnie podawał rodzącym nalewkę jodową, poczem wykazał jod tak w moczu noworodków, jak i w wodach płodowych. Do tego samego wyniku doszedł Benicke z kwasem salicylowym. Ponieważ ciała te i inną drogą mogły się tam dostać (wprost z naczyń), przeprowadzał Gusserow doświadczenia z kwasem benzoesowym. Kwas ten zamienia się w nerkach na kwas hipurowy. Podawał więc rodzącym będźwinian sodowy. Istotnie mocz noworodków zawierał we wszystkich przypadkach, użytych do doświadczeń, kwas hipurowy, nigdy zaś nie było kwasu benzoesowego. W wodach płodowych znaleziono również, choć nie we wszystkich przypadkach, kwas hipurowy, nigdy benzoesowego. Że nie znajdowano kwasu hipurowego we wszystkich wodach płodowych, tłomaczy Gusserow tem, że to zależy od tego, czy płód oddał mocz przed porodem, czy też nie. Podobne doświadczenia z tymsamym wynikiem przeprowadzał Dührssen. Schaller robił doświadczenia z florydzyną, która w nerkach przemienia się w cukier. Z 22 przypadków znalazł 6 razy cukier w wodach płodowych. Wiener wstrzykiwał płodom w grzbiet siarkan sodowo-indygowy; po krótkim czasie mógł wykazać niebieskie zabarwienie wód płodowych. Schatz wreszcie przeprowadzał w ostatnich czasach badania nad t. zw. trzeciem krążeniem płodów bliźniaczych jednojajowych. Przez odpowiednie nastrzykania łożyska takich bliźniąt wykazał, że między krążeniem obu bliźniąt istnieje t. zw. krążenie trzecie, polegające na tem, że tętnice jednego z bliźniąt łączą się z żyłami drugiego z bliźniąt. Nadto przekonał się, że szerokość prądu w tem krążeniu, prowadzącego krew od pierwszego z bliźniąt do drugiego nie odpowiada w zupełności prądowi, odprowadzającemu krew od drugiego z bliźniąt do pierwszego. Wskutek tego powstają zaburzenia w zaopatrzeniu krwią obu bliźniąt o tyle, o ile pierwsze z nich więcej oddaje, aniżeli otrzymuje. Następstwem tego braku wyrównania dynamicznego muszą być zmiany czynnościowe w narządach wewnętrznych płodów, mające na celu wyrównanie tych zaburzeń. W ten tylko sposób można wytłomaczyć te czasem znaczne różnice w wymiarach i ciężarach obu bliźniąt. Pokazało się, że u płodów bliźniaczych jednojajowych, których wymiary zewnętrzne i ciężary mózgów zupełnie sobie odpowiadały, znaczne były różnice w ciężarze serc, nerek i pęcherzów moczowych. We wszystkich przypadkach płód bliźniaczy (II) był lepiej krwią zaopatrzony (*polyhydramnion*), a gorzej płód (I) (*oligohydramnion*). Wskutek większego dopływu krwi do płodu drugiego bliźniaczego, aniżeli odpływu, musi i serce silniej pracować, aby tę większą ilość krwi w ruch wprowadzić; musi więc w tym drugim płodzie przyjść do wytworzenia się przerostu roboczego serca; wskutek zaś wzmożonego ciśnienia krwi u tego płodu wzmaga się i moczenie, które znowu prowadzi do przerostu roboczego nerek i pęcherza moczowego. Strassmann powtórzył te badania i znalazł również przerost serca, nerek i pęcherza moczowego u jednego z bliźniąt w połączeniu z nadmiarem potoku (*polyhydramnion*), a upośledzony rozwój tych narządów u drugiego, w połączeniu z niedostatkiem potoku (*oligohydramnion*). Jasno z tego wynika, że przyczyny tej różnicy w ilości wód płodowych należy szukać w samych płodach, w szczególności w niesymetrycznym rozwoju ich serc i nerek. Płód z przerostem tych narządów oddawał wskutek wzmożonego moczenia większą ilość moczu do swej owodni; drugi zaś z niedorozwojem tych narządów mniejszą. Przedstawiając swój własny przypadek, podaje autor dokładną historyę porodu, ryciny i daty, dotyczące wymiaru i ciężaru pojedynczych narządów w obu płodach bliźniaczych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Nobécourt i Voisin. **O durze brzusznym i nieżycie jelit u osesków.** (*Revue des maladies de l'enfance* 1903, styczeń). Dur brzuszny u dzieci poniżej lat dwóch należy niewątpliwie do zjawisk rzadkich. Jakkolwiek w ostatnich latach dzięki serodyagnostyce Widala można uczynić pewne rozpoznanie duru w przypadkach, w których dawniej mógł być zapoznany, to jednak i w nowszych zestawieniach statystycznych odsetek duru u niemowląt nie przekracza 1·8% na 100 spostrzeganych przypadków tej choroby. Zachowanie się surowicy u dzieci pod względem odczynu Widala nie różni się wybitnie od stosunków u chorych dorosłych: wbrew twierdzeniu Rosenthala autorowie przypuszczają, że odczyn występuje u dzieci może nieco wcześniej i że jest czulszy, niż u osobników dorosłych.

Przypadek, który autorowie podają do wiadomości, jest zajmujący ze względu na powikłanie duru brzusznego z poprzednio istniejącym nieżytem jelit, przez co obraz chorobowy był tak zmieniony, że w okresie późniejszym bez odczynu surowiczego uczynienie właściwego rozpoznania byłoby prawie niemożliwe. Osutka ustąpiła, stolce przybrały wejrzenie szlamowate i zielone zabarwienie, oczy zapadłe, podsiniałe, wychudnięcie znacznego stopnia i ustawiczny niepokój, pomimo że ciepłota była stosunkowo niższa, niż z początku sprawy chorobowej. Powikłanie to, spostrzegane również przez innych autorów, zasługuje na uwagę ze względu na wskazówki, jakie daje co do leczenia i rokowania. We wzmiankowanym przypadku nieżyt kiszkowy stał się istotną przyczyną śmierci dziecka, czyniąc niemożebnem wszelkie odżywianie. Podawanie mleka powodowało natychmiastowe pogorszenie objawów kiszkowych i ogólnych; stosowano po kolei wszystkie inne sposoby odżywiania, niektóre z przemijającem polepszeniem, lecz ostatecznie wszystkie bez skutku. Nie można zatem postawić bezwzględnych wskazań co do sposobu żywienia dziecka w durze brzusznym. W przypadkach powikłanych nieżytem jelit należy postępować tak, jak w czystym nieżycie. Śmiertelność z duru brzusznego poniżej lat dwóch jest wogóle znaczna; można ją obliczać na 50%. Tę okoliczność należy brać w rachubę przy ocenieniu wartości leczniczej różnych sposobów leczenia. *Dr. T. Żeleński*

Munch. **Zmiany w brodawkach języka jako wczesny objaw rozpoznawczy płonicy.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 6). Rozpoznanie przypadków płonicy bez osutki, lub z osutką nieznaczną i szybko przemijającą, bywa niekiedy bardzo trudne. Ze względu na zapobieganie szerzeniu się choroby, uczynienie wczesnego i trafnego rozpoznania jest rzeczą niezmiernej wagi, a objaw, dzięki któremu moglibyśmy we wszystkich przypadkach płonicę wyśledzić, byłby bardzo cennym. Wymioty, występujące mniejwięcej w 80% przypadków, są objawem zbyt pospolitym, zwłaszcza u dzieci i mało znamiennym; objawy ze strony gardła nie zawsze są dość wyraźne, aby zwrócić uwagę lekarza. W każdym razie objawy te są bardzo

ważne: już bardzo skąpa punkcikowata osutka w pasze i pachwinie przy równoczesnym obrzęku migdałków i punkcikowatej osutce na podniebieniu pozwala nam rozpoznać płonicę nawet przy braku wyraźniejszych zmian na skórze. Niekiedy jednak brak i tych skąpych wskazówek. Wówczas należy szukać objawu, któremu Dr. John H. Mc Collom przypisuje duże znaczenie, a mianowicie pewnych, właściwych tej chorobie zmian na brodawkach języka.

Objaw ten może być mniej lub więcej wyraźny, nie brakuje go jednak w żadnym przypadku płonicy. Jeżeli chory wyciągnie język, widzimy, że brodawki, pokrywające koniec i brzeg języka (*papillae fungiformes*), przedstawiają obraz wybitnego przerostu i odcinają się wyraźnie od brodawek środka języka (*papillae filiformes*), od których prócz tego różnią się zwykle zabarwieniem. Zmiany te są wyrazem istotnej sprawy zapalnej błony śluzowej; t. zw. „język malinowy“, uważany za klasyczny objaw płonicy, jest tylko dalej posuniętym okresem tych zmian. Objaw ten występuje w płonicy wcześniej od wszystkich innych i trwa przez pięć tygodni lub dłużej. Jako objaw służący do uczynienia rozpoznania wstecznego płonicy po zniknięciu sutki, uważa Mc Collom białą linię, występującą na granicy pomiędzy skórą a paznogciem. Linia ta, zapowiadająca początek łuszczenia, występować ma już piątego dnia choroby i to tem wcześniej, im przebieg choroby był łagodniejszy. Jest ona wyraźną nawet przy słabem łuszczeniu i przy braku osutki, a nie pojawia się w żadnej innej chorobie, oprócz płonicy.

Dr. T. Żeleński.

Prof. Tarchanow. **Fizyologiczne działanie adrenaliny na ustrój zwierzęcy.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 47). Doświadczenia T. wykazują, że adrenalina, wprowadzona podskórnie do ustroju zwierząt nawet w małych dawkach (0,02), wywołuje silny skurcz naczyń obwodowych i przepełnienie krwią narządów wewnętrznych, zwłaszcza płuc, których powierzchnia przedstawia rozległe wybroczyny; ciepłota opada w wysokim stopniu (o 3—17°) wskutek tamującego wpływu adrenaliny na sprawy utleniania. Wprowadzona zaś do żołądka, nawet w dużej dawce, adrenalina przeciwnie niema żadnego działania. Ponieważ sok żołądkowy i trzustkowy nie niszczą adrenaliny, należy przypuszczać, że w razie stosowania jej przez usta, adrenalina staje się nieszkodliwa dzięki wątrobie. Pędzlowanie adrenaliną błon śluzowych nie sprowadza również ogólnego działania, miejscowo zaś wywołuje silny skurcz naczyń.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Taranuchin. **Precypityny surowic przeciwmorowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Doświadczenia T. z uodpornianiem zwierząt przeciwko laseecznikom morowym doprowadziły go do wniosków następujących: 1) podczas uodporniania zwierząt jadem morowym lub jego szczepionkami (limfa Chawkina, zabite chloroformem hodowle agarowe), w surowicy tych zwierząt powstają precypityny, które wywołują osad w przesączu hodowli żywych, a zwłaszcza zabitych laseczników morowych i w substancyach, wyciągniętych z ciał tych laseczników sposobem Lustig-Galeottiego; 2) precypityny można wykryć w surowicy uodpornianych zwierząt już po parokrotnem wprowadzeniu pod skórę zabitej hodowli agarowej; największa ich ilość występuje ku końcowi uodporniania; 3) strącająca siła surowicy przeciwmorowej, jakkolwiek z czasem słabnie, zachowuje się długo, niemniej niż $1^1/_2$ lat; 4) precypityny te są swoiste dla surowicy przeciwmorowej i nie zawierają się w innych surowicach; 5) substancya, strącająca się pod wpływem surowicy przeciwmorowej z przesączu limfy Chawkina, starych hodowli bulionowych lasecznika morowego i z hodowli agarowych, zabitych chloroformem, jest najprawdopodobniej identyczną z substancyą, otrzymaną przez Lustig-Galeottiego; 6) otrzymany osad, przepłókany kilkakrotnie 0,6% NaCl, odznacza się własnością uodporniającą. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Gejnac. **Późne nawroty raka.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 44). Autor zebrał 709 przypadków raka, spostrzeganych w klinice chirurgicznej od r. 1870 do 1900. Z tej liczby 122 (17,2%) chorych wstąpiło do kliniki z powodu nawrotu raka Najwcześniejszy nawrot spostrzegano w tydzień po operacyi; przed upłynięciem roku stwierdzono nawrót w 56 przypadkach (45,9%); przypadków, w których nawrót nastąpił po 1-go roku do 3 lat było 46 (37,7%). Wreszcie po 3 latach stwierdzono nawrót w 18 przypadkach (15%). Podobne nawroty późne najczęściej dotyczyły chorych na raka wargi (6), następnie na raka gruczołu piersiowego (3) i policzków (3). Okres czasu od wycięcia nowotworu do zjawienia się nawrotu późnego wynosił $3^1/_2$—19 lat. Pogląd więc Volkmanna, jakoby chory, który nie wykazuje żadnych objawów nawrotu w ciągu trzech lat po operacyi, był zupełnie wyleczony, nie ma, zdaniem G., podstawy. Przebieg późnych nawrotów może być równie złośliwy, jak i wczesnych; dlatego też nawroty te wymagają możliwie wcześniejszego operowania. Późne nawroty zależą od bujania cząsteczek nowotworowych, pozostałych podczas operacyi, i spostrzegają się przeważnie u osób o silnej budowie, nie osłabionych chorobami niszczącemi i przymiotem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **Wpływ wody, białkanów, tłuszczów i węglowodanów na wydzielniczą czynność żołądka zdrowych ludzi.** (*Izwiestija Imperat. Wojenno-Medicinskój Akad.* 1902, t. V, Nr. 2). Wprowadzając do zdrowego żołądka przez zgłębnik żołądkowy wodę, skrobię, dekstrynę, cukier, proszek mięsny, białko jaja kurzego, roborat i tłuszcze tak, że badany nie wiedział, co mu wlewano (co usuwało wpływ psychiczny), i badając następnie po upływie różnego czasu sok żołądkowy, przyszedł autor do wniosku, że ze wszystkich wymienionych substancyj jedynie przetwory białkowe wywołują wydzielinę soku żołądkowego, niezależnie od wpływu psychicznego; tłuszcze, a w mniejszym stopniu cukier i dekstryna, zatrzymują w żołądku treść przez dłuższy czas; woda podnieca gruczoły trawienne tylko w żołądku chorym z podniesioną wrażliwością błony śluzowej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **Oznaczenie ruchowej i wydzielniczej czynności żołądka, sposobem prof. Sahli.** (*Izwiestija Imper. Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1902, t. V, zesz. 1). Ł. sprawdzał w pracowni prof. Janowskiego (Petersburg) metodę Sahliego oznaczania czynności żołądka, polegającą, jak wiadomo, na podaniu zupy mącznej z równomierną domieszką oznaczonej ilości tłuszczu; z % zawartości tłuszczu w soku żołądkowym po upływie godziny S. wnioskuje o wydzielniczej i ruchowej czynności żołądka. Badania Ł. wykazują jednak, że otrzymany po upływie godziny sok żołądkowy nie przedstawia jednakowej zawartości tłuszczu w różnych porcyach: w niektórych razach zawartość tłuszczu w pierwszej połowie wyciągniętego soku przewyższała prawie 2 razy zawartość jego w drugiej i odwrotnie. Tłuszcze więc nie tworzą po próbnem śniadaniu Sahliego, wbrew jego oczekiwaniom, równomiernej mięszanki z zawartością żołądka. Wobec tego metoda Sahliego traci na swej ścisłości i doniosłości. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Steinbüchel. **Tymczasowe doniesienie o zastosowaniu wstrzykiwań skopolaminy z morfiną w położnictwie.** (*Centr. für Gynäcologie* 1902, Nr. 48). Zachęcony pracą Korffa o znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem Schneiderlinga, poczynił autor szereg prób w położnictwie. Skopolamina, zastosowana podskórnie łącznie z morfiną, jest środkiem, obniżającym znakomicie bolesność skurczów porodowych bez szkodliwego wpływu na ich przebieg; nie zagraża płodowi, nie wywołuje po wypchnięciu jaja płodowego niedowładu macicy, jak się czasem zdarza po chloroformowaniu. Nie przeszkadza bynajmniej zastosowaniu uśpienia przez wziewanie, jeśli zajdzie potrzeba użycia go podczas porodu. Nie będąc wcale środkiem niebezpiecznym, powinna znaleźć szerokie zastosowanie w prawidłowych porodach celem uśmierzenia bólów, lub w nieprawidłowych, gdy zachodzi potrzeba wykonania zabiegu operacyjnego. Sposób użycia polega na podskórnem wstrzykiwaniu pół lub jednej strzykawki Pravaza wodnego roztworu: *Scopolamini hydrobromici 0,0003* (trzy decimili), *Morphini hydrochlorici 0,01 S. Na jedną dawkę.* Można ją powtarzać co dwie godziny. Działanie występuje w pół godziny i dochodzi do szczytu w 1—$1^1/_2$ godziny, poczem słabnie. Uchwyciwszy dobrze czas najwybitniejszego działania, można wykonywać operacyjne zabiegi położnicze. Środek ten nie wywołuje i nie pozostawia żadnych ubocznych przypadłości.

G. Grzybowski

Gigli. **Uduszenie się noworodka z powodu wrodzonego zarośnięcia krtani.** (*Archivio italiano di ginecologia.* Sierpień 31, 1902). W jednym przypadku nie można było wprowadzić noworodkowi powietrza do płuc. Wykonano tracheotomię, mimoto noworodek wkrótce zmarł. Sekcya wykazała obecność wrodzonej przegrody między krtanią a tchawicą, krtań kończyła się ślepo. Przyczyna tkwiła w rozwojowej wadzie chrząstki pierścieniowej, albowiem chrząstka zamiast postaci pierścienia miała kształt krążka, zamykającego krtań. *G. Grzybowski* (Kraków).

D. de Buck i D. van der Linden. **O wygórowaniu odruchów przy raku.** (*Presse médicale* 1903, Nr. 1). W nader licznych przypadkach na pewne udowodnionego raka, bez względu na jego siedzibę, znaleźli autorowie odruchy ścięgniste wygórowane, mniej lub więcej, posunięte niekiedy aż do klonizmu. Także odruchy skórne, zwłaszcza brzuszne, okazywały się częstokroć wygórowanymi. Z czasem, w miarę rozszerzenia się sprawy nowotworowej, zmieniają się odruchy, pobudliwość ich się obniża i to naprzód odruchów skórnych, potem ścięgnistych. W przypadkach tedy podejrzanego ukrytego procesu rakowego ma, zdaniem autorów, wygórowanie odruchów ścięgnistych znaczenie cennej wskazówki, przemawiającej za złośliwością sprawy. Autorowie przypuszczają, że toksyny nowotworów złośliwych są źródłem bodźców dla narządu nerwowego odruchowego, podobnych do działania innych czynników, np. strychniny. *Dr. M. Blassberg.*

Abraham. **O leczeniu rzeżączki u kobiet zapomocą drożdży.** (*Arch. f. Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 6, 1902). Sposób leczenia rzeżączki u kobiet drożdżami, znany już Hipokratesowi, podjął w ostatnich czasach Landau i to z dobrym skutkiem. Landau przyjmuje następujące możliwości, jako przyczyny dobrego wyniku tego leczenia: 1) Przez ciągły wzrost drożdży zostają drobnoustroje, utrzymujące nieżyt, usunięte niejako mechanicznie; 2) rozwój tych drobnoustrojów zostaje powstrzymany przez odciągnięcie wody lub innego materyału, potrzebnego im do życia; 3) zostają one może zniszczone pod wpływem wytworów przemianie materyi drożdży. Inni autorowie podają również dobre wyniki tego leczenia; wytłómaczenia jednak leczniczego wpływu drożdży szukała napróżno. Autor przeprowadzał cały szereg badań nad chemicznem działaniem drożdży i ich wpływem bakteryobójczym i doszedł do następujących wyników:

1) Drożdże są w stanie zniszczyć gonokoki, co udało się stwierdzić tak klinicznie, jak i bakteryologicznie.

2) Bakteryobójcze działanie drożdży jest natury chemicznej i zależy od jakiegoś enzymu, nie dającego się ściśle określić.

3) Suche wyjałowione drożdże działają bakteryobójczo tylko po dodaniu do nich cukru, świeże drożdże i bez tego.

4) Działanie świeżych drożdży występuje o wiele silniej po dodaniu do nich asparaginy. Chodziło jeszcze o wygodny a praktyczny sposób użycia. Aby ten cel osiągnąć, starał się autor sporządzić gałki pochwowe, któreby sobie chora sama mogła wprowadzać do pochwy i to najlepiej wieczór tak, aby drożdże mogły działać całą noc. Udało mu się to przy pomocy żelatyny, do której dodawał drożdże i asparaginę w pewnym określonym stosunku. Gałki te, powleczone oliwą parafinową, utrzymują drożdże dłuższy czas w stanie żywotnym. Stosowano je z dobrym skutkiem przeciw zmianom rzeżączkowym przedsionka pochwy i macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Schultz. **O przeszczepianiu jajników.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 6, 1902). Omówiwszy nie bardzo obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu (Knauer, Gregorieff, Arendt, Ribbert, Herlitzka, Foà), przechodzi autor do swoich doświadczeń. Do tego używał głównie jajników ze świnek morskich, prócz tego z myszy i szczurów. W jednym szeregu przypadków przeszczepiał jajniki wycięte ze świnek na inne miejsca (najczęściej pod powłoki brzuszne) tegosamego osobnika; w drugim szeregu na inne świnki płci żeńskiej, ale tejsamej rasy; wreszcie przeszczepiał jajniki na osobniki płci męzkiej; tu znowu można badania rozdzielić na trzy grupy: *a*) badania z 3, 5 i 8 dnia po przeszczepieniu; *b*) mniejwięcej z 3 tygodnia i *c*) z późnego okresu. Wyniki tych badań są następujące: 1) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci żeńskiej tejsamej rasy, są w stanie wytwarzać jajka i ciałka żółte. 2) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci męzkiej tejsamej rasy, mogą wytwarzać dojrzałe jajka do 42 dnia po przeszczepieniu, a dają się wykazać jeszcze po 117 dniu. 3) Jajniki zwierząt ssących, przeszczepiane na osobniki płci żeńskiej innej rasy, okazują w pierwszych 8 dniach tesame stosunki, jak jajniki również 8-dniowe po przeszczepieniu na osobniki tejsamej rasy. 4) Zaraz po przeszczepieniu część jajnika ulega zwyrodnieniu (I st.): część zaś ulega zmianom, które się znajduje w stanie zarodkowym (II st.); ostatecznie przychodzi do odrodzenia części, które już uległy zniszczeniu (III st.). 5) Odrodzenie bierze swój początek z utrzymanej warstwy przybłonka zarodkowego, zkąd odchodzą wypustki ku wnętrzu jajnika. Po przeszczepieniu jajnika na osobniki męzkie wykazano w tych właśnie wypustkach już w 3, 5 i 8 dniu jajka. 6) Wyniki podane pod 1, 2 i 3, dają się także wykazać i to o wiele wyraźniej na jajnikach, wziętych z zupełnie dojrzałego osobnika. Herlitzka i Foà bowiem sądzili, że przeszczepianie jajników udaje się tylko wtedy, jeżeli je wzięto z noworodków, lub bardzo małych osobników. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Mueller. **Wpływ sztucznych porodów przedwczesnych na życie noworodków.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 51, 1902). Do wywołania porodu przedwczesnego używa autor baloników nieelastycznych rozmaitej wielkości „Champetier de Ribes". Baloniki te są nadzwyczaj silne, wytrzymują obciążenie 4—8 funtów i nie niszczą się mimo gotowania. Używając baloników do wywołania porodu, nie narażamy matki na żadne niebezpieczeństwo, w przeciwieństwie do rozszerzadeł metalowych, robionych według zasady Bossiego, a skutek jest równie, jak i przy innych sposobach pewny. Na 41 sztucznych porodów przedwczesnych stracił dzieci 21, z tych część zmarła podczas porodu, część zaś w pierwszych godzinach, lub dniach życia. Pozostałych przy życiu 20 zupełnie się prawidłowo rozwijało. Najwięcej uchowało się dzieci tych, które były urodzone w późniejszych tygodniach swego rozwoju. Zdaniem autora najlepiej dla dziecka, aby urodziło się po 35 tygodniu; jeżeliby zaś czekanie do tego czasu mogło narazić dziecko na śmierć podczas porodu, lepiej jest poród wcześniej wywołać. Im wcześniej jest urodzone dziecko, tem wymaga lepszej opieki, lepszego pokarmu matki lub mamki i odpowiedniego umieszczenia np. w cieplarce. *P.*

Dr. A. Gross. **O wrzodzie żołądka urazowym.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. V, Z. 5, 1902). Przypadki przewlekłego wrzodu żołądka, pochodzenia urazowego, znane są klinicznie. Nie brak nawet dowodów (względnych) doświadczalnych. W tym kierunku doświadczali Ritter i Vamin, a zwłaszcza ten ostatni. Po tępych urazach, które przez powłoki brzuszne zadziałały na pełny żołądek, stwierdzał Vamin po kilku (najdłużej 9) dniach wrzody głębokie, sięgające aż pod błonę surowiczą. Gross powtórzył te doświadczenia; — nie udało mu się jednak w żadnym przypadku otrzymać wrzodu. Stwierdził jedynie, że uraz, który zadziała na górną okolicę brzucha, jest w stanie wywołać obrażenie ograniczone wyłącznie tylko do samego żołądka. W zwyczajnych jednakowoż warunkach obrażenia te, bez względu na ich postać anatomiczną, goją się bez śladu. Nie zaprzeczając przeto znaczenia urazu w etyologii wrzodu przewlekłego żołądka, sądzi Gross, że współdziałać musi równocześnie inny czynnik (jak np. zwiększona kwasota soku żołądkowego). *Herman.*

Dr. Georg Friedlaender. **Krążenie i miejscowa gruźlica.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Autor usiłował na drodze doświadczalnej rzucić nieco światła na sposób szerzenia się gruźlicy w ustroju. W tym celu odsłaniał tętnicę udową u zwierząt powyżej dołu podkolanowego i wstrzykiwał bezpośrednio w naczynie zawiesinę jednorocznej hodowli prątków gruźlicy i widlak (lycopodium) we wodzie słonej. We wszystkich (5) przypadkach stwierdził pojedyncze gruzełki w torebce maziowej, w nasadzie kości udowej, oraz w gruczołach chłonnych w dole podkolanowym. Zatem i w doświadczeniu zajęte zostały przedewszystkiem te tkanki, które z natury są usposobione do gruźlicy. Usposobienie to polega na bardzo zwolnionym prądzie krwi w naczyniach włosowatych, zbliżającym się bardzo do zupełnego zastoju. *Herman.*

Dr. L. Rauenbusch. **Przyczynki do poznania umiejscowienia i kierunku szerzenia się zapalenia otrzewnej.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X. Z. 5, 1903). W jednej ze swych dawniejszych rozpraw o zapaleniu otrzewnej pisze Mikulicz: „Zdaniem mojem kierunek, w którym szerzy się zapalenie otrzewnej, nie jest przypadkowym, jakby się to zdawać mogło z dotychczasowych naszych wiadomości; sądzę, że z czasem wykryjemy drogi, któremi postępuje sprawa zapalna w sposób typowy, zależnie od miejsca wyjścia". Autor obecnej rozprawy stara się dociec kierunku tych dróg, badając materyał sekcyjny instytutu Ponficka. Do przytoczonych wniosków na razie nie dochodzi; sądzi, jednak zgodnie z innymi, że jelito poprzeczne wraz ze swą krezką z jednej strony, więzadło wieszadłowe wątroby zaś z drugiej, stanowią przegrody, które są w stanie początkowo ograniczyć sprawę zapalną — przynajmniej na krótki czas. *Herman.*

Dr. L. Mieczkowski. **Przyczynki kazuistyczne i doświadczalne do nauki o** *cholangitis calculosa.* (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. V, 1902). Na wstępie opisuje autor przypadek *cholecystitis* (po dawniej wykonanej cholecystektomii?), powikłanej zamknięciem przewodu żółciowego, prawdopodobnie jednak tylko przyrody zapalnej. Przez przetokę wydzielały się na zewnątrz kolosalne (do 2300 sz. ctm.) ilości żółci. W dalszym ciągu rejestruje M. szereg pomiarów manometrycznych na pęcherzykach żółciowych odsłoniętych (w klinice Mikulicza) z powodu kamicy żółciowej. W przypadkach, połączonych z wodną puchliną lub otokiem ropnym pęcherzyka, ciśnienie w tym ostatnim dochodziło do 710 mm. słupa wody. W przypadkach zaś, w których treść woreczka żółciowego komunikowała z resztą układu żółciowego, ciśnienie to rzadko wychodziło ponad 100 mm. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 2 stycznia 1903 roku

Przewodniczący: kol. Sołowij. — Obecnych członków 39.

1. Kol. Słęk przedstawia chorą, u której w klinice prof. Rydygiera wykonano rozległą resekcyę klatki piersiowej z powodu kostniakomięsaka żeber. Jest to jeden z nielicznych przypadków pomyślnego zejścia po tak rozległej operacyi. Przyczynę zejścia śmiertelnego po tych operacyach upatruje kol. Słęk w nagle powstającej odmie piersiowej.

W dyskusyi kol. Ziembicki podnosi rzadkość pomyślnego wyniku i potwierdza zapatrywanie prelegenta co do odmy piersiowej.

2 Kol. Uhma wygłosił odczyt: »O nadzór policyjno-lekarski nad prostytutkami we Lwowie[1]). Stanowisko lekarza policyjnego we Lwowie»[2]). — Mówca pokrótce przedstawia, co spowodowało, dalej zaś co nietylko usprawiedliwia, ale zobowiązuje władze do przymusowej kontroli zdrowia nierządnic. Zaznaczając szkodliwość złączenia nadzoru policyjnego z nadzorem lekarskim nad nierządnicami, rzuca myśl, że tę ostatnią mogłoby objąć miasto, bo to w myśl ustaw leży w zakresie jego samoistnego działania. Wytykając różne niewłaściwości w dzisiejszych urządzeniach tej kontroli, występuje mówca przedewszystkiem przeciw paragrafowi, zakazującemu lekarzowi policyjnemu wszelkich zabiegów leczniczych u prostytutek. Mówca widzi niekonsekwencyę w niedowierzaniu, jakie władze zdają się żywić do lekarza policyjnego w tym względzie, podczas gdy zkądinąd darzą go ogromnem zaufaniem, boć wierzą, że n. p. nie będzie przetrzymywał bez leczenia prostytutek dla honoraryum, jakie otrzymuje za ich badanie od nich samych. Wyszczególnia zaś przypadki, w których lekarz policyjny dla zdrowotności bez porównania więcej mógłby zrobić stałem podleczaniem, np trypra przewlekłego, — wśród regularnych wizyt, niż odesłaniem do szpitala (autoreferat).

W dyskusyi: zabierali głos koll.: Tatarczuch, Obtułowicz, Mars, Wątorek, Feuerstein, Kadyi i Łukasiewicz, który postawił wniosek, ażeby zarząd Tow. lek. wspólnie z lekarzami policyjnymi wypracował memoryał, zawierający program reform i przedłożył go na jednem z następnych posiedzeń. Wniosek ten przyjęto.

3. Kol. Sieradzki demonstruje preparaty i omawia następujące przypadki:

1. zwężenie przełyku, wywołane przez połknięcie kwasu solnego z następowem znacznem rozszerzeniem przełyku ponad miejscem zwężenia, oraz spory kęs pokarmowy, który w tem rozszerzeniu przełyku tkwił. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego głównie względu, iż dotyczy on dziecka $3^1/_2$-letniego, które przed $1^1/_2$ rokiem napiło się kwasu solnego; od tego czasu pozostawało w leczeniu o tyle skutecznem, że odżywienie dziecka nie było najgorszem.

2. Ranę postrzałową czaszki i mózgu z wojskowego rewolweru, tem zasługującą na uwagę, że w kanale postrzałowym wewnątrz czaszki znajdują się włosy i kawałek kapelusza. Przypadek ten stanowi jedną z ofiar rozruchów robotniczych.

3. Rodzaj moździerza, zrobionego z kawałka rury wodociągowej, wraz z kulą o średnicy 2 ctm., z którego to przyrządu odebrał sobie życie mężczyzna 60-letni przez postrzał w klatkę piersiową. Preparat anatomiczny z tego przypadku jest z tego powodu zajmujący, że pocisk wydarł kawałek ściany serca, nie przebijając serca na wskróś.

4. Fotografie z przypadku samobójczego postrzału w usta, w którym czaszka została zupełnie rozerwaną tak, że z niej pozostały tylko resztki.

5. Przypadek pęknięcia serca przy przejechaniu, które nie przechodzi na wskróś ściany serca, natomiast przez rozerwanie tętnicy wieńcowej wywołało znaczny krwotok do worka osierdziowego.

6. Rozległe zwapnienie sierpa dużego opony twardej z zwłok mężczyzny 30-letniego, który cierpiał na padaczkę i zmarł skutkiem napadu padaczkowego; dla analogii preparat z rozległem zwapnieniem osierdzia.

7. Dwa sklepienia czaszki o kościach nadmiernie cienkich, oraz nadmiernie grubych.

8. Pętlę sporządzoną z szelek i kawałków spodni, którą mężczyzna umysłowo chory odebrał sobie życie przez samozadzierżgnięcie; zarazem rysunki, przedstawiające zmiany na szyi.

Lwów dnia 6 lutego 1903 roku. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 6 lutego 1903 roku.

Obecnych członków 39.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz.

I. Kol. Przewodniczący, wyrażając gorący żal po stracie ś. p. Teodora Stahlbergera, b. sekretarza Tow. lek. lwowskiego, wzywa obecnych, by powstaniem z miejsc uczcili pamięć przedwcześnie zmarłego.

II. Kol. Przewodniczący przedstawia koll. Leszczyńskiego, Brilla, Sękiewicza jako gości i kol. Makowskiego członka Tow. lek. krakowskiego.

[1]) [2]) Mowca ze względów ubocznych wbrew zapowiedzi czuł się zobowiązanym pominąć w swem przemówieniu stosunki ściśle lwowskie.

III. Kol. Przewodniczący objaśnia członków, żądających pokwitowania przy wpłacie wkładek z roku zeszłego, że kwitów tych wskutek zamknięcia rachunków ze względów buchalteryjnych wydawać nie można.

W dyskusyi zabierają głos koll. Rydygier L., Trzciениecki, Szymański i Sieradzki, który radzi, by wydawać osobne pokwitowania przy wpłacaniu zaległych wkładek.

IV. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej:

1. Chorego 24 let. z objawami tocznia błony śluzowej podniebienia i lewego migdałka *(lupus vulg. exulc. muc. palati et tonsillae sin.)* bez objawów tejże choroby na powłokach zewnętrznych.

2. Chorego 60 let. z owrzodzeniem gruźliczem podostrem, zajmującem grzbiet i bok lewy języka, jako też część podniebienia i łuku lewego *(Ulcera tbc. mil. subacuta)*. U chorego wykazano stare zmiany gruźlicze w płucach.

3. Chorego 10-let z objawami tocznia żrącego na palcu I ręki lewej *(Lupus vulg. exulc. digiti I. man. sin.)*.

4. Chorego 44-let. z objawami twardzieli nosa (*rhinoscleroma*), leczonego poza kliniką przez dłuższy czas wcieraniami szaruchy.

5. Chorą 29-let. z objawami rozpadłego kilaka, zajmującego wargę większą prawą i wzgórek łonowy na przestrzeni dłoni dziecka.

6. Chorą 11-let. z objawami kilaka podniebienia twardego z następowym ubytkiem kości podniebienia twardego na przestrzeni grochu.

Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę, że często w dzieciństwie nabyta kiła (jak u dziecka 4-letniego, spostrzeganego w klinice, u którego zmiana pierwotna powstała na brodzie) daje powód do mylnych później rozpoznań kiły dziedzicznej.

Kol. Obtułowicz przytacza przypadek kilaka u panny 16-let., u której bliższe wywiady wykazały zakażenie w 2 roku życia.

V. Kol. Wątorek. Mechanizm III okresu porodu (odczyt). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos: koll. Hojnacki, Kadyi, Wątorek, Uhma, Skałkowski, Schramm, Mars i Szulisławski.

Kol. Hojnacki występuje przeciw odczytywaniu prac. Odpada w ten sposób zazwyczaj dyskusya. Stawia wniosek, by na następnem posiedzeniu poddać pod głosowanie, czy członkowie zgadzają się, aby prelegenci wygłaszali swe spostrzeżenia jak najtreściwiej.

Dr. J. Świątkiewicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 Lutego 1903.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 50.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Landau Jan demonstruje dziecko trzynastomiesięczne krzywicze, u którego miał sposobność leczyć rzadkie schorzenie. Dziecko to przyniesiono do prelegenta z powodu zupełnego zatrzymania moczu z rozpoczynającym się zaciekiem moczowym, znacznym obrzękiem prącia i moszen. Powodem schorzenia było zatkanie cewki przez kamień z fosforanów. Kamień ten usunął kol. Wachtel, poczem dziecko wkrótce odzyskało zupełne zdrowie.

W dyskusyi zabierał głos kol. Wachtel, motywując, dlaczego w danym przypadku nie potrzebował czynnie występować wobec zacieku moczowego.

III. Kol. Wachtel demonstruje chorego, który zgłosił się do niego z powodu krwawiączki *(haemophilia)*. Chory prócz tego schorzenia okazywał jeszcze zapadnięcie siodełkowate nosa. Z powodu tego ostatniego schorzenia wstrzyknął kol. prelegent choremu 5—6 gramów parafiny i uzyskał efekt kosmetyczny bardzo dobry. Wstrzykiwania robił prelegent przy pomocy strzykawki Karewskiego, (którą okazał); parafiny używał pół-twardej. Parafina miękka do wstrzykiwań się nie nadaje, gdyż łatwo się rozpuszcza, gdy chory zacznie gorączkować, twardej zaś nie można używać, gdyż bardzo szybko krzepnie i zatyka strzykawkę. Przy tej sposobności wspomina kol. prelegent i o innych przypadkach, które leczył tą metodą z wynikiem dobrym; — zatorów parafinowych nie miał.

IV. Kol. Wachholz wygłosił zapowiedziany odczyt: »Z historyi trucizn i otruć«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

V. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Talaat bey (Kair). *Doświadczenia z jadem skorpionów.*

Skorpiony w Egipcie są bardzo rozpowszechnione, szczególnie w górnym Egipcie, a ich ukłócie jest bardzo niebezpieczne i staje często powodem śmierci u dzieci. Dr. Talaat robił doświadczenia w kierunku: 1) jaki jest skutek jadu? 2) jaki jest skutek surowicy zwierząt uodpornionych? 3) czy surowica normalna zwierząt użytych do doświadczeń niema sama przez się własności antytoksycznych?

Do doświadczeń używał skorpionów czarnych, których ukłócie jest najniebezpieczniejsze. Wycinał ostatni członek ogona, tłukł go w moździerzu i dodawał wody jałowej, lub gliceryny w ilości 4 kropel na każdy gruczołek skorpiona i przechowywał w flakonikach wyjałowionych. Oznaczył tym sposobem, że gruczoł skorpiona ma przeciętnie 4 mlgr. jadu, a rozczyn w ten sposób przygotowany jest takiej siły, że 1/2 kropli, wstrzyknięte podskórnie zwierzęciu wagi 500 grm., z pewnością je zabija. Objawy zatrucia spostrzegane po zastrzyknięciu podskórnem rozczynu jadu są identyczne z objawami po bezpośredniem ukłóciu skorpiona, a mianowicie: krzyk, drgawki, wysadzenie gałek ocznych, wydzielanie łez, rozszerzenie źrenic, ślinienie, kichanie, odpływ z nosa, biegunka, bezmocz albo chylurya, ogłupienie, obrzęk bolesny w okolicy ukłócia lub wstrzyknięcia, niedowład członków, poronienie, drżenie, podniesienie się ciepłoty, a w końcu jej opadnięcie. Wynaczynionki w okolicy ukłócia, nastrzykanie wnętrzności, płynność krwi, pęcherz jużto pusty, jużto zawierający nieco moczu przeźroczystego, suchość błon surowiczych. Jad, wystawiony na działanie ciepłoty między 95°—105°, traci część swej jadowitości; filtrowany staje się jeszcze mniej jadowity. Chcąc otrzymać surowicę, T. uodparniał kozy, wstrzykując stopniowo coraz to większe dawki jadu.

Kozie I. wstrzyknął 752 kropel płynu w 21 wstrzyknięciach, co odpowiadało jadowi z 188 skorpionów.

Kozie II. wstrzyknął 3755 kropel = jadowi z 938 skorpionów. Koza ta padła wskutek szybkiego wstrzykiwania. Ostatnim razem dał jej 250 kropel naraz.

Kozie III. wstrzyknął 5581 kropel = jadowi z 1371 skorpionów i doprowadził do tego, że dał jej naraz 660 kropel. Gdy doszedł do 300 kropel, postawił jej 15 skorpionów bez żadnych objawów zatrucia.

Surowica kozy I: 10 kropel surowicy, zmięszane z 1/2 kropli jadu, wstrzyknięte małej śwince, dały tylko lekkie drgawki mięśniowe i osłabienie, śwince 500 grm. — tylko osłabienie.

Surowica kozy II: 10 kropel surowicy + 1/2 kropli jadu nie wywołały żadnych objawów zatrucia; 10 kropli surowicy + 1 kropla jadu, wstrzyknięte innej śwince, również powstały bez żadnych objawów; 1/2 kropli wstrzyknięte śwince wywołało zatrucie, ustąpiło jednak po wstrzyknięciu 10 kropel surowicy. Wstrzyknięcie jednej kropli jadu w pewien czas po wstrzyknięciu surowicy nie wywołało zmian.

Surowica kozy III. Wstrzyknięcie 5 kropel surowicy z 1/2 kropli jadu śwince: 500 grm. pozostaje bez zmian. Taksamo wstrzyknięcie 3 kropel surowicy 2 1/2 kropli jadu śwince 700 grm. Wstrzyknięcie 5 kropli surowicy w 12 i 24 godzin po wstrzyknięciu śmiertelnej dawki jadu przeszkodziło zatruciu. Wstrzyknięcie tej surowicy sprowadza ustąpienie wszystkich objawów, spowodowanych wstrzyknięciem jadu. Surowica, otrzymana z kozy nieuodpornionej, niema żadnej własności leczniczej; — przeciwnie, surowica otrzymana z kóz, uodpornionych zapomocą zwiększonych dawek jadu nie ogrzanego, ma własności antytoksyczne, lecznicze i zapobiegawcze.

Dr. Engel bey (Kair). *Trąd w Egipcie.*

Trąd miał istnieć w Egipcie od najdawniejszych czasów, choć niezbitych na to dowodów nie posiadamy. Niepewną też jest rzeczą, czy żydzi tę chorobę z Egiptu wynieśli. W każdym jednak razie trąd istniał napewno długi czas przed erą chrześciańską i rozszerzył się w państwie rzymskiem w I w. przed Chr. Choroba ta ma w Egipcie charakter bardzo łagodny. Istnieje obecnie 2204 trędowatych, co w porównaniu z innymi krajami, jak Portugalia, Sycylia, Kreta o ludności mniej licznej, jest bardzo niewiele, zważywszy nadto, że chorzy ci w Egipcie nie są odosobniani. Przyczynę łagodnego przebiegu trądu upatruje Dr. Engel w klimacie egipskim. W krajach zimnych i wilgotnych trąd ma przebieg cięższy. Podczas gdy tam częstsza jest postać guzkowa, to w Egipcie przeważa nerwowa, przebiegająca więcej przewlekle. Między Europejczykami w Egipcie trąd nie zdarza się, chyba że go z sobą przyniosą z Europy (Grecy). Śmiertelność z trądu jest w porównaniu z innymi krajami nieznaczna; mimoto nawołuje autor do tworzenia leprozoryj, powołując się na Norwegię, gdzie w r. 1850 było 2871 trędowatych, a obecnie dzięki odosobnianiu chorych liczba ta spadła do 700. Zważywszy łagodny charakter trądu w Egipcie, choroba ta dałaby się w przeciągu krótkiego czasu całkowicie wytępić.

Dr. Sandwirth (Kair). *Rumień lombardzki w Egipcie.*

Autor zauważył od lat 10, że rumień lombardzki bardzo często towarzyszy chorobie, wywołanej przez tęgoryjca, zwłaszcza w przypadkach, występujących u ludzi ubogich. Spostrzegał on około 1000 przypadków, szczególnie u ludzi, którzy się żywią kukurydzą. Radzi, aby władze starały się zapobiedz sprzedawaniu zepsutej kukurydzy i aby w Aleksandryi oglądano kukurydzę, przywożoną z Rumunii i Turcyi, krajów, gdzie rumień lombardzki panuje. Dr. Sandwirth przedstawia chorych ze szpitala szkolnego.

(Dok. nast.).

* * *

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

(Ciąg dalszy).

Pośród następstw cierpień ginekologicznych najważniejszą bezwątpienia jest niepłodność. Galen wie dobrze, gdzie szukać przyczyny niepłodności i zajmuje pod tym względem dosyć postępowe stanowisko, nie przypisując nigdy już z góry kobiecie przyczyny, lecz stara się pod tym względem zbadać obydwie interesowane strony i wykazać prawdziwą przyczynę.

Już wyżej wspomnieliśmy, że niezdrowe nasienie męskie może spowodować choroby macicy. Z natury rzeczy wynika, że nasienie takie nie może zapłodnić, raz z powodu swej własnej niezdolności, a powtóre z powodu cierpień macicy, które sprowadza. Niezdolni do zapłodnienia są także mężczyźni z spodziectwem *(hypospadiasis)*, gdyż podczas wytrysku nie może się nasienie dostać wprost do ujścia macicznego *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. III.)*. Taką samą przyczynę niepłodności możemy znaleść u kobiet pod postacią przemieszczeń macicy lub też jej zgięć, gdyż i te stany patologiczne przeszkadzają dostaniu się nasienia wprost do ujścia. Są to jednakowoż rzadsze przyczyny, gdyż bez porównania częstsze są zmiany zapalne macicy. By zapłodnienie mogło nastąpić, musi się macica podczas spółkowania otwierać i ułatwiać nasieniu dojście do jej wnętrza; a gdy to już nastąpiło, musi się ona znowu zamknąć, by się nasienie nie wylało na zewnątrz. Czynność ta musi się bardzo szybko odbywać, gdyż w przeciwnym razie oddziela się „pneuma“ od nasienia, pozostawiając tylko bezwartościowy płyn, nie mogący sprowadzić zapłodnienia. Dlatego to nie jest część pochwowa w prawidłowych warunkach ani zbyt miękką, ani też zbyt twardą, gdyż tylko w tym razie potrafi ona z należytą dokładnością swemu zadaniu podołać. *(De usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. III.)*. Gdy zbitość macicy w następstwie różnych spraw patologicznych staje się twardszą, aniżeli być powinna, natenczas nie może ona ani tak szybko, ani tak dokładnie dokonać swego zadania, jak tego potrzeba, by się nasienie nie psuło, lub nie wylało tak, że bezpośrednim skutkiem stwardnienia macicy jest niepłodność macicy. Obok spraw zapalnych powodują jeszcze i nowotwory stwardnienie macicy, a więc i niemożność zastąpienia.

W następstwie chorób, powodujących bądź brak miesiączki, bądź też bardzo obfite krwawienia podczas miesiączkowania, również kobiety nie mogą zastąpić. Brak mie-

siączki sprowadza brak żywności dla nasienia, a nadto i nagromadzanie się złych soków w ustroju, który z tego powodu choruje. Chory zaś ustrój nie zastępuje, a zastąpiwszy, zazwyczaj roni. Zbyt obfite krwawienia nie pozwalają się nasieniu zatrzymać w jamie macicy i przyczepić do jej ścian, które są wtedy zanadto gladkie *(de ut. dissectione cap. X.)*. Obfite krwawienia stanowią więc w tym kierunku taką samą przeszkodę, jak i miesiączka na swym szczycie.

Baczną uwagę zwraca Galen także pod tym względem na regularne wypróżnienia, ogólne zdrowie itd., okoliczności, które mogą pociągnąć za sobą takie same następstwa, jak schorzenia macicy.

Jak się od Soranusa dowiadujemy, nagabywano często starożytnych lekarzy o środki, zapobiegające zapłodnieniu. Nic więc dziwnego, że ci i w tym także kierunku przemyśliwali, nie mało ich zalecając. Galen opowiada nam również o takim środku *„periclymenus“ (de simpl. med. temp. et facultat. lib. VIII. cap. XVI. 13)*, który niszczy nasienie przez to, że mu odciąga soki, a w większej ilości użyty sprowadza nawet stałą niepłodność. Zdaje się jednak, że Galen własnego w tym kierunku doświadczenia nie miał i zbytnio temu środkowi nie ufał, gdyż się zastrzega, że powtarza tylko to, co inni mówią.

Gdy żadna z wymienionych przyczyn nie zachodzi, a kobieta nie zastępuje, natenczas ucieka się Galen w celu wyszukania przecież jakiegoś powodu do pojęć, bliżej określić się nie dających, z których sobie tak łatwo sprawy zdać nie można. Znakomicie nadawała się do tego nauka o temperamentach, której on naturalnie, jako bardzo konsekwentny lekarz i w tych rozpaczliwych przypadkach nie porzucił. Już wyżej wspomnieliśmy o wpływie temperamentu na macicę. Macica, zostająca w jakimkolwiek kierunku pod względem temperamentu swojego zanadto zmieniona, staje się chorą, a na nasienie wpływa źle o tyle, że odciąga wilgoć, lub zanadto mu jej dodaje, że je oziębia, lub będąc gorącą suszy je. *„Quaecunqae frigidos uteros habent, non concipient, propter substantiae ipsorum spissitudinem..... et quaecunque uteros nimis humidos habent, non concipiunt extinguitur enim genitura..... et quaecunque siccos sive adurentes habent uteros, propter defectum alimenti non concipiunt..... in habentibus autem immodicam caliditatem, quale ubi valde calidae terrae semina committuntur, quemadmodum in aestibus sub cane contigit“. (in aph. Hippocr. com. quint. 63)*. Te same przyczyny mogą być po stronie mężczyzn i jeżeli nasienie, pochodzące od mężczyzny chorobliwego temperamentu dostaje się do macicy takiego samego temperamentu, natenczas ta ostatnia nie może zastąpić pod żadnym warunkiem. Poprawa tu może mieć miejsce, gdy spółkowanie odbywa się pomiędzy osobami dwóch temperamentów przeciwnych, stosownie do zasady *„contraria contrariis“*, lecz tylko pod tym warunkiem, że temperament żadnej z interesowanych stron nie będzie zanadto nieprawidłowym. Często jednakowoż się zdarza, że kobieta nie zastępuje, pomimo że się schodzą temperamenty prawidłowe. Dzieje się to wtedy, gdy one są jednakie, *„modicae vero (temperaturae) si sint, et contrariis coniungantur, tunc concipient mulieres: si vero similibus, non concipient“. (ibid.)*.

Leczenie tego stanu wynika samo z siebie. Żeby jednakowoż do tego nie przyszło, należy przed pobraniem się badać kobietę i mężczyznę. Zdaje się, że jednego i drugiego badania dokonywały akuszerki, a jako kryteryum miał służyć sposób oddychania osoby badanej *„mulieres etenim non parientes (sunt autem hae omnino, quae non probe purgantur) apnoeis maxime prehenduntur, quemadmodum sane etiam, quae diutius sunt viduae“ (de difficultate respirationis lib. III. cap. XIII.)*. Prócz tego, już przez naturę podanego sposobu rozpoznawczego, istnieje jeszcze i drugi, który możemy nazwać próbą moczową. Do moczu kobiety i mężczyzny wrzuca się ziarno soczewicy i obserwuje, czy ono zaczyna kiełkować. Właściciel moczu, w którym soczewica kiełkuje, jest płodnym *(de remed. parabil. lib. III.)*. Sposób ten służy zarazem do rozpoznania różniczkowego w sprawach spornych, gdzie idzie o rozstrzygnięcie pytania, które z małżonków jest niepłodne.

Do pewnego stopnia dowodzi także niepłodności wylewanie się nasienia po spółkowaniu.

Na badania, dokonywane w Rzymie w kierunku płodności zwrócił już uwagę Soranus, czyniąc starożytnym zarzut, że rozstrzygającą u nich była liczba przodków i majątek, nie zaś zdolność zastąpienia i rodzenia *(Soranus lib. I. cap. IX.)*. Hołdując szkole metodycznej, starał się on, gdy szło o przepowiednię co do możności zastąpienia, zbadać przedewszystkiem macicę pod względem jej napięcia *(tonus)*, które nie powinno być w żadnym kierunku zmienione, gdyż ani macica o zanadto zwiększonem, ani o zanadto zmniejszonem napięciu nie jest w stanie zapłodnić się. Wszystkie inne przyczyny niepłodności są u Soranusa te same, które później u Galena znajdujemy; a więc wązkie ujście macicy, zmiany w jej położeniu, nieprawidłowości miesiączkowania itd. Jeszcze bardziej aniżeli z Soranusem zgadza się Galen pod tym względem z Hipokratesem, u którego również ważną rolę odgrywa temperament macicy. *(Hippocrat. de his quae uterum non gerunt. K. III. i de superfoetatione K. I.)*.

Z pośród następowych cierpień ginekologicznych jest bezsprzecznie najbardziej zajmującą histerya, opisana jeszcze przez Empedoklesa. Zajmującą zaś jest dla nas dzisiaj z powodu zainteresowania, jakie budziła pośród lekarzy starożytnych. Pochodzenia nazwy tej choroby nie tłómaczy Galen. Uczynił to już znacznie wcześniej Soranus *(lib. II. cap. IV.)*, wywodząc ją od narządu, któremu to cierpienie swój początek zawdzięcza. Źródła tej choroby szuka Galen, podobnie jak tylu innych jego poprzedników, w macicy *(„hysterica dicta symptomata ad uterum tanquam ad radicem pertinere,.....“ de locis affectis, lib. VI. cap. V.)*, a mianowicie w jej chorobach i w niewypełnianiu przez nią czynności, dla których jest przeznaczoną. Z chorób macicy mogą napad histeryczny spowodować wszystkie cierpienia narządu rodnego, o których wyżej wspomnieliśmy. Z drugiej kategoryi przyczyn należy przedewszystkiem wymienić brak miesiączki, — zwłaszcza u takich, które poprzednio miesiączkowały; — niemożność zastąpienia i spółkowania. Napad sam występuje zazwyczaj niespodziewanie, a pojawia się w różnych mniej lub więcej ciężkich postaciach. W jednym napadzie jest utrzymane czucie i zdolność poruszania się, natomiast brak przytomności i nadzwyczaj powierzchowny oddech; w drugim występuje brak czucia i zdolności wykonywania ruchów przy bardzo drobnem tętnie, lub też przy zupełnym jego braku. W najcięższych występują obok tych objawów jeszcze i kurcze. Leczenie tego cierpienia musi być, jak to z natury rzeczy wynika, przyczynowe *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*.

Soranus, podający sposoby odróżnienia napadu histerycznego od innych cierpień nerwowych (jak padaczka, udar mózgowy, katalepsya i letarg), dopatruje bliższej jego przyczyny, równie jak Galen, w braku zaspokojenia popędu płciowego, w ustaniu miesiączki i częstych poronieniach. Cierpienie samo polega na zwiększeniu się napięcia, a przebiega już to ostro, już też przewlekle Podczas napadu przywołuje Soranus chore do przytomności stosowaniem pod nos środków cuchnących *(Soranus lib. II. cap. IV.)*. Podobnie leczy także napad Celsus, który również histeryę zalicza do chorób kobiecych i widzi jej przyczynę nie gdzieindziej, jak w narządzie rodnym *„ex vulva quoque feminis vehemens malum nascitur“. (Celsus lib. IV. cap. XX.)*. Takie same zapatrywanie miała szkoła aleksandryjska, która nie rzuciła nowego światła na etyologię, ani na leczenie tego cierpienia tak, że jeżeli przejdziemy do Hipokratesa, to stwierdzimy, że począwszy od jego czasów aż do Galena sprawa ta tylko nieznacznie się posunęła naprzód. Według pierwszego kobiety, nie zaspokajające popędu płciowego, są szczególnie usposobione do napadów histerycznych. Usposobie-

nie to rośnie z wiekiem, gdyż stosownie do niego opróżniają się naczynia, macica zanika, a znalazłszy w jamie brzusznej więcej miejsca, przenosi się na wątrobę i okolicę podżebrza. Następstwem tego przeniesienia się są kurcze, odwrócenie oczu, znaczne oziębienie i sinica, zgrzytanie zębami, a często piana przed ustami, co czyni napad podobnym do padaczkowego *(Hippocr. de morbis mulier. I.)*. Leczenie polegało wedle Hipokratesa, stosownie do sposobu, w jaki sobie powstawanie napadu tłómaczył, na usiłowaniach w celu sprowadzenia macicy w miejsce dla niej przeznaczone

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Z prośbą o ogłoszenie otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Prawdziwa wdzięczność należy się kol. Chrząszczewskiemu i Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ za poruszenie sprawy, tak ważnej dla wielkiej liczby lekarzy. Że jednak dawno miałem zamiar poruszyć sprawę kosztów szczepienia, bądź to jako lekarz okręgowy, bądź też ze względu na moich współtowarzyszów, korzystam z tej okazyi, starając się przedstawić rzecz jasno i przedmiotowo. Ustawa w § 25. mówi: „Za szczepienie, rewizyę i rewakcynacyę pobierać będzie lekarz prócz kilometrowego przynależne mu dyety.

§ 26: Należytość dyety jednodniowej przyznaną będzie lekarzowi, jeżeli: nie podejmując żadnej podróży zaszczepi, zrewakcyonuje lub zrewiduje 60 osób;

podejmując podróż w odległości	1— 4 klm.	zaszczepi, zrewakcyonuje lub zrewiduje	40 osób
„	4·1— 8 „	„	30 „
„	8·1—12 „	„	25 „
„	12·1—15 „	„	20 „
„	15·1—19 „	„	15 „
„	19·1—25 „	„	10 „
„	25·1—35 „	„	5 osób.

W miarę większej liczby szczepionych lub zrewidowanych w jednym dniu służy lekarzowi prawo zarachowania podług powyższej normy należytości za 2, 3 i więcej dni, jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i liczby dzieci szczepionych i zrewidowanych.

Żeby zaś lekarze nie rachowali zbyt dużych odległości, wracając ciągle do domu, ustawa każe jechać rzemiennym dyszlem według topograficznego planu miejscowości, wyznaczonego przez starostwo, pozwalając wyraźnie przy szczepieniu i rewizyi według § 27 i 29 zarachowywać tylko dwukrotną podróż do każdej miejscowości szczepienia, a co najwyżej czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania za cały czas szczepienia i rewizyi. Nadto okręgowi lekarze za drogę nie otrzymują odszkodowania i w miejscu zamieszkania szczepią bezpłatnie; stosunek jednak liczby szczepionych co do odległości pozostaje taki sam, jak dla innych.

W zamian za jazdę bezpłatną pozwala się im odbyć objazd wiosenny przy sposobności szczepienia; ponieważ jednak objazd przepisany na wiosnę jest raz tylko, a na szczepienie i rewizyę musi się jechać 2 razy, dodaje się jeszcze trzecią podróż płatną. Zdawać — by się więc mogło, że jeżeli lekarz odbędzie podróż n. p. 12 kil. od miejsca zamieszkania i zaszczepi n. p 150 osób w jednym lub więcej dniach, przypadałaby mu należytość za 6 dyet według ustawy, licząc w odległości 12 klm. 25 osób na dyetę. To nie byłoby jednak kunsztowne obliczenie, a że u nas czem kto wyżej siedzi, musi coś lepszego wymyśleć, więc rachują nam tak: za pierwsze 25 osób jedna dyeta; ponieważ dalej się szczepi, nie robiąc żadnej podróży, więc na dalsze dyety liczy się już *po 60 osób*. Jako przykład wynagrodzenia takiego podam moje szczepienie w r. 1902. Rzemiennym dyszlem jadąc, zrobiłem 188 kilom. (w rzeczywistości znacznie więcej); zaszczepiłem i zrewidowałem przeszło 2,700 osób w przeciągu 2 tygodni; trzeci tydzień przeszedł na pisaniu wykazów przestarzałego systemu i za to dostałem 150 zlr. Odliczywszy koło 40 zlr. na dwukrotną podróż, którą odbyć musiałem, wypada mi 4 centy za dziecko. Dodać tu muszę wymaganie sprawienia przyrządu Odelgi, wreszcie znaczną ilość eteru, waty i t. d., której nie policzyłem, zapytać się wypada, czy rzeczywiście ustawa tak ma być interpretowana, czy może istnieje jaki tajny dodatkowy do niej okólnik. Bo aczkolwiek sugestyi władz obliczających chętniebym dla własnego spokoju uległ, że wszystko, co z góry idzie, jest sprawiedliwe, jestem jednak nieszczęśliwem tylko medyum w postaci lekarza okręgowego, nie mogącego zrozumieć, jakim cudem, będąc poza miejscem pobytu, tylko pierwsze pół godziny mam wiedzieć, żem odbył podróż, a dalej już przez resztę dnia i dni, żem podróży nie robił, czyli że jestem w domu? — jak to pogodzić z pojęciem dyet, które są przecież wynagrodzeniem za pobyt i jego koszta poza miejscem zamieszkania? Gdziekolwiek się już liczy dyety, to przez dłuższy pobyt charakter tychże nie ulega przecież zmianie, owszem, przebywając dłużej poza domem, ma się coraz większe koszta pobytu. Dość jednak powtórzyć, że za 2700 osób przeszło w 188 kil. policzono mi 50 dyet, czyli nie wiele brakuje do 3000 osób, i gdyby nie ból kości po jeździe, miałbym może złudzenie przymusowe, żem siedział w domu i szczepił 60 dzieci za dyetę. Lekarz powiatowy IX lub VIII rangi ma piękną pensyę, komisye, ryczałt na podróże, a przecież dostaje koszta podróży szczepienia; nas lekarzy okręgowych uważa się widać za świetnie sytuowanych i dlatego może *summum ius* w zastosowaniu do nas staje się *summa iniuria*. Już to samo, że skwapliwie podejmujemy się szczepienia, otrzymując tak liche wynagrodzenie, świadczy o naszej biedzie. Przytaczając ustawę co do wysokości dyet, pomylił się kol. Chrząszczewski, bo ma ona zastosowanie po 8 koron tylko w sprawach karnych. Lekarzom prywatnym, gminnym i okręgowym należy się według ustawy z dnia 3-go lipca 1854 r. i następowo z 18-go czerwca 1873, Dz. u. p. 115, po 7 koron dyety dziennej, a w specyalnym przypadku orzekło Min. spr. wewn. wewn. reskryptem z dnia 11 lutego 1895, L. 3398 o zastosowaniu tej ustawy do lekarzy okręgowych i gminnych, przeznając im po 7 koron dyety. O tem więc, że nam w r. 1902 przypadła korona na dyecie, niema wątpliwości, i wszyscy lekarze pokrzywdzeni solidarnie winni wnieść rekursa do wyższej instancyi tj. o ile mi się zdaje, do namiestnictwa, inaczej *usus* stałby się prawem, zaoszczędzającem na kieszeniach najmniej możnych. Poruszając sprawę szczepienia, zapytuję się Sz. Kolegów okręgowych, czy długo jeszcze w milczeniu czekać mamy, aż się w ramkach sejmowych nasze losy rozstrzygną? dwa lata upływa od podania petycyi, co do której uchwalono w komisyi, że Wydział krajowy na najbliższej po wrześniowej sesyi odpowiednie wnioski poczyni. Sesya była, ale nie o nas i bez nas. Najwyższy też czas, sądzę, zwołać znów ogólny Zjazd bez zwłoki w celu poparcia dotychczasowych słusznych żądań i nowych dodatków, jakie z biegiem czasu zjawiać się muszą W nadziei, że Komitet wybrany mej rady posłucha, wiedząc, że milczeniem nic nie zrobimy, kreślę się dla Szanownej Redakcyi z głębokiem poważaniem

Dr. Wincenty Wróblewski, lekarz okręgowy w Andrychowie.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne. Odczyt doc. Marchlewskiego został odłożony z powodu niezdrowia prelegenta. Po demonstracyi okazów anatomicznych (kol. Ozga) i przyrządów (kol. Żeleński) odbyły się odczyty: 1) kol. Frączkiewicza: »Leczenie tężca surowicą przeciwtężcową i 2) kol. Wrzoska: »Rys historyczny stanu nauk lekarskich w uniwersytetach polskich w XIX stuleciu«.

* Wiec społeczny lekarzy rakuskich, który miał się odbyć podczas Wielkiejnocy, został przez Komitet urządzający zaniechany. Przyczyną tego postanowienia jest odmowa z powodów politycznej natury udziału w wiecu niektórych Towarzystw lekarskich wiedeńskich. Czytelnicy przypominają sobie, że lekarze czescy, na zaproszenie do uczestnictwa przyrzekli wziąść udział pod warunkiem, że język czeski będzie w obradach wiecu równouprawniony z niemieckim; komitet urządzający uwzględnił ten postulat, który następnie stał się powodem secesyi niektórych towarzystw lekarskich wiedeńskich, a wreszcie rozbicia zamierzonego wiecu

Żądanie lekarzy czeskich miało więcej znaczenie zasadnicze, teoretyczne i harmonizowało z całokształtem życia społeczno-politycznego w Austryi; prawdopodobnie lekarze czescy nie byliby korzystali z tego przywileju, któryby im nawet utrudniał spełnienie mandatu; natomiast postąpienie niektórych towarzystw lekarskich wiedeńskich jest ze stanowiska interesów stanu lekarskiego i koleżeństwa w wysokim stopniu gorszące i godne napiętnowania.

* W Wiedniu między 12 września a 20 października odbędzie się międzynarodowa Wystawa zdrojowisk i uzdrojowisk przedstawionych w panoramach i obrazach. Na tej wystawie można będzie zasięgnąć dokładnych informacyj o wyrobach leczniczych ze źródeł, o urządze-

niach zakładowych, stosunkach klimatycznych, spacerach i wycieczkach, a także o cenach.

* W Niemczech powstają »Komisye pośredniczące« między Kasami chorych a lekarzami, których zadaniem jest zawieranie kontraktów przy obsadzaniu posad lekarskich przy Kasach chorych.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w uniw. lwowskim otrzymał Jan Zenon Puzdrowski.

* Jedenasty międzynarodowy Kongres higieny i demografii odbędzie się w Brukseli w pierwszym tygodniu września 1903 r.

* Piąty międzynarodowy Kongres dermatologiczny zbierze się w Berlinie od 13 do 17 września 1904 r.

* Negus abisyński, Menelik, jak donosi »Gazette des hôpitaux de Toulouse«, zakazał w granicach swego państwa wyrobu, sprzedaży, oraz przywozu z zagranicy, wszelkich napojów wyskokowych. Jest to jeśli nie jedyny, to najpewniejszy może sposób uporania się ze sprawą alkoholizmu, w czem Negus (w tym przypadku »nomen« nie jest »omen«) dał przykład nieszczerze zabierającym się do tej sprawy rządom europejskim.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VII (15—25—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,929. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 30, urodziło się dzieci 61, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 8 (5 zam.), z zapalenia płuc 7 (1 zam.), z błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 1, z cholery niemowląt 2 (2 zam.).

* Między 25-II a 3-III doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), tarnowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł i charakter profesora zwycz. otrzymał Dr. Kreschner, prof. nadzw. w Insbruku. Dr. Jendrassik mian. prof. zwycz. chorób nerwowych w Peszcie. Mianowani w Gracu: profesorem zwycz. chirurgii Hacker i prof. nadzw. dermatologii Kreibich. Dr. Merk — prof. nadzw. dermatologii w Insbruku. Doc. Puppe — profesorem nadzw. sądowej medycyny w Królewcu.

Nekrologia. Dr. Crolas, prof. farmakologii, zmarł w Lugdunie. Dr. Gallezzi, prof. kliniki chirurg., zmarł w Neapolu.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Z. 3. Wiśniewski: Przyczynek do przymiotu dzieci.

— *Biblioteka lekarska* Z. 2. Dieulafoy: Choroby oskrzeli (dok.) i płuc.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2 Rozenfeld: Uwagi w sprawie leczenia niepłodności. W. Puławski: Przyczynek do statystyki leczenia błonicy surowicą swoistą. Arnstein: Uwagi nad artykułem Dr. Rząda: »Przyczynek do leczenia kulszówki«. Eichler: Parę słów w kwestyi urządzenia stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej. Sterling: W sprawie babek wiejskich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 9. Dydyński: Ś p. Adolf Rothe. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Wizel: Ś. p. Adolf Rothe. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej (dok.). Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się (dok).

— *Kronika lekarska* Nr. 4 Żenczykowski: Przyczynek do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcem pochodzenia mózgowego. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 3. Korybut Daszkiewicz: Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi (1903). Tchórznicki: Sklepiki spożywcze.

— *Sbornik klinický* Nr. 3. Rubeška: O rupturách děložních za porodu. Gerzabek: O významu Walcherovy posice v porodnictvi. Niederle: Přispěvek k otázce léčeni rakoviny konečniku.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9. Zahradnicky: O dnešnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu (c. d.). Wiesner: Pathologie smichu (c. d.). Babák: O podnětech činných v ontogenese (dok.). Cisler: O anomaliich splavů mozkových vzhledem k otogennim komplikacim intrakranielnim.

— *La Presse médicale* Nr. 17. Merklen: Wydolność serca przy zmianach zastawkowych. Lyon: Zaburzenia sercowo-naczyniowe pochodzenia trawiennego. Faugère: Leczenie wodniaka zmodyfikowaną metodą Doyena.

— Nr. 18. Roger: Wyskok jako pożywka. Parmentier: Kryoskopia mleka i jej zastosowanie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Umber: Kliniczno-patologiczne znaczenie autolizy. Wild: Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Rotschild: Rola kąta mostkowego, jaką odgrywa przy oddechaniu. Rosenfeld: O niektórych przyczynach kaszlu i nieżytu. Haenel: Myśli w sprawie neuronów (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Büdinger: O skręceniu szypuły śledzionowej i o etyologii śledziony wędrującej. Exner: Doświadczenia na zwierzętach o spajaniu i przeszczepianiu naczyń krwionośnych. Ranzi: Przyczynek do kazuistyki żeber szyjnych. Floderer: O kryształach Charcot-Leydena w ropie otoku piersiowego. Swoboda: Leczenie krztuśca arystochiną, nowym przetworem chininy, pozbawionym smaku. Kapsammer: Chłoniak mięsakowaty opuszki cewki moczowej, wychodzący ze zwężenia rzeżączkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Wandel, Hoehne: Mechaniczne wyjaławianie gutaperkowych rękawiczek i zastosowanie ich w praktyce. Petruschky: Rwa grzbietowa, jako wczesny objaw zakażenia gruźliczego. Doering: Teocyna, nowy lek moczopędny. Ehrlich: Przyczynek do kazuistyki guzów trzustki. Schneiderlin: Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Schönwerth: Szew żyły biodrowej nad więzem Pouparta. Reckzech: Zatrucie wyskokiem amoniaku. Krone: Leczenie włóknikowego zapalenia płuc wstrzykiwaniami hetolu. Salomon: Wrzody skórne pochodzenia rzeżączkowego. Gunsett: Czy wilk rumieniowaty jest przyrody gruźliczej? Steiner: Etyologia chorób zawodowych w zakresie n. pośrodkowego. Roscher: Przyczynek kazuistyczny do ślepoty pochodzenia moczniczego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10. Wolff: Metoda badania żywego szpiku kostnego zwierząt, oraz ruchowa zdolność myelocytów. Brieger i Disselhorst: Badania ludzkiego potu. Roth: Przyczynek do chemii tlenowo-chloroformowego znieczulenia. Assmus: Projekt zupełnej reformy ubrania i bielizny noworodków na podstawie higienicznej. Hohlbeck: Przyczynek do wykazania pochodzenia prątka tężcowego u ludzi z zewnątrz obrębu miejsca zakażenia. Schuckmann: W sprawie antytoksycznego leczenia tężca.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: 1) Przyczynek do nauki o wściekliźnie u ludzi. 2) To samo po niemiecku. 3) Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca urazowego. 4) To samo po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 18 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Regiec mówić będzie: „O sztucznych kąpielach solankowych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 21 Marca 1903. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia [1]).

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

Jeden z przedmiotów sporu między neurologami i psychiatrami stanowi ciemna dziedzina neurastenii, a zwłaszcza te jej przypadki, które jedni (Sollier, Oddo, Dunin, Puławski itd.) określają jako neurastenię okresową, — inni zaś (Lange) jako okresowe stany przygnębienia, inni wreszcie (Kahlbaum, Hecker, Kraepelin itd.) jako obłąkanie cykliczne słabego stopnia. Lekarz praktyczny określa te przypadki słowami psychicznie nerwowy, albo poprostu nazywa je neurastenią. Główną przyczyną tej niezgodności zdań jest brak ścisłych wiadomości, odnoszących się do tego schorzenia. Nieznano do tej pory nici, wiążącej ze sobą wiele spostrzeganych objawów; nie znano również istoty schorzenia. Nic przeto dziwnego, że z jednej strony uważano pojedyncze objawy za samoistne jednostki chorobowe, z drugiej zaś strony, że często uznawano takowe za przynależne do jakiego innego obrazu chorobowego.

Powiodło mi się rzucić nieco światła na tę dziedzinę, a to dzięki wielomiesięcznym doświadczeniom i spostrzeganiom nad kilku, — a szczególnie jednym — pacyentami, uznanymi także w Kraepelinowskiej klinice za wybitne przypadki omawianego schorzenia.

Przytaczam poniżej historyę choroby trzech pacyentów, z których pierwszy był przedmiotem moich długotrwałych badań i doświadczeń. Wraz z opisem tych przypadków przedstawiam omówienie końcowe całej choroby [2]).

I. Obserwacya 1-sza.

P., mężczyzna z uniwersyteckiem wykształceniem, lat 28. Z wywiadów wnosić należy, że mamy do czynienia z dziedzicznem obciążeniem nerwowem. Matka pacyenta ma być nerwowa, jak również rodzeństwo, lecz w mniejszym stopniu. Na czem atoli nerwowość ta polega, bliżej niewiadomo. W 10-tym roku życia pacyent przebył dur brzuszny, potem już nie chorował. W czasie swych studyów gimnazyalnych, a szczególnie w ostatnich czterech klasach, pracował do wyczerpania sił i bywał wystawiony na częste wzruszenia uczuciowe. W ciągu kilku miesięcy z powodu nadmiaru pracy sypiał zaledwie po 4—5 godzin na dobę, doświadczając ciągle potrzeby dłuższego snu. W okresie tym pił codziennie wiele kawy i herbaty. Przed ośmiu atoli laty zaprzestał całkowicie używania tych napojów, co trwa do tej pory. W 12-tym i 13-tym roku życia oddawał się pacyent prawie codziennie samogwałtowi, co trwało $1^1/_2$ do 2 lat, kiły nie przebywał; wyskoku prawie zupełnie nie używał, tudzież wcale nie palił tytoniu.

Kiedy zaczęła się obecna choroba, pacyent nie jest w stanie ściśle oznaczyć; w każdym razie ma trwać już wiele lat (około 10). Schorzenie to objawia się w sposób następujący: Wskutek zadziałania choćby najsłabszego zimna na ciało pacyenta powstaje w ustroju jego cały szereg objawów, szczególnie ze strony skóry, serca, przewodu pokarmowego, tudzież w sferze psychicznej. Objawy te mogą trwać dnie, tygodnie, a nawet miesiące, dopóki nie nastąpi nadmierne ogrzanie skóry. Wraz z tem rozgrzaniem skóry uczuwa się pacyent zupełnie prawidłowo, a wyżej wymienione objawy znikają. Natychmiast atoli stan prawidłowy znika, jeżeli to ogrzewanie skóry zostanie zaniechane.

Tę przemianę stanu prawidłowego na chorobliwy i odwrotnie można każdej chwili wywołać, a to przez ogrzewanie lub ostudzenie skóry pacyenta. Dziesiątki razy przeprowadzałem te doświadczenia.

Dodać należy, że podobne doświadczenia wtedy dają najdokładniejszy obraz, gdy zostaną usunięte głębiej sięgające zaburzenia w stanie pacyenta, które to zaburzenia, gdy raz powstaną, trwają dalej, chociaż czynnik, który je wywołał, został usunięty. Jakie to są te głębsze zaburzenia i jak je usunąć, o tem niżej mówić będę.

Zanim przejdę do zajmujących nas objawów, podaję tu przedtem w krótkości obraz ogólnego stanu chorego. Pacyent jest człowiekiem budowy średniej, o odżywieniu miernem, ma stłumienie w obu szczytach płucnych, tudzież miernego stopnia rozedmę płuc. Opukiwanie i osłuchiwanie serca nie wykazują żadnych zmian organicznych. Układ krwionośny nie przedstawia żadnych zboczeń. Uciskanie brzucha w przebiegu nerwu spółczulnego, jak również okolicy splotu trzewnego i podbrzusznego nie wywołuje żadnej boleści. Pole widzenia nie jest ograniczone. Źrenice oddziaływują na światło raźno; VII i XII para nerwów czaszkowych bez zmian. Płatki uszne przyrośnięte, oraz *tuberculum Darvini*. Kończymy górne prawidłowe, tak co do czucia, jak i ruchu. Wszystkie odruchy utrzymane. Mechaniczna pobudliwość mięśni nie zwiększona. Odruchy brzuszny, mosznowy i kolanowy istnieją; odruch ścięgna Achillesa — raźny. Skurczu stopowego *(Fussclonus)*, jak również odruchu Babińskiego — niema. Odruchy palcowe prawidłowe. Ruchomość i czucie w kończynach dolnych i w tułowiu prawidłowe.

Kilkumiesięczne obserwowanie pacyenta tudzież do-

[1]) Rzecz niniejsza zostanie w streszczeniu odczytana w Sekcyi psychiatryczno-neurologicznej Kongresu madryckiego.

[2]) Brak dostępu do pracowni medycyny wewnętrznej — jest przyczyną, że nie porobiłem pomiarów sfigmograficznych tętna, badania krwi itp. badań klinicznych.

świadczenia wielokrotne, jakie przeprowadziłem z pacyentem, wykazały co następuje:

Pod wpływem zadziałania zimna na skórę w pierwszym rzędzie ulega zmianie jej wejrzenie: na całem ciele staje się ona bladą, chłodną, suchą, szorstką, utraca elastyczność i mniej wydzielają jej gruczoły. Stan ten, jak powiedzieliśmy, trwać może tak długo, dopóki pacyent nie zostanie nadmiernie ogrzany.

Szczególnie widoczna jest zmiana skóry na twarzy i najwięcej wpada w oko otoczenia. Pacyent, który np. jeszcze przed $^1/_2$ godziną wyglądał na twarzy czerstwo i zdrowo, staje się bladym z chorobliwą, nieco żółtawą cerą, co budzi w otoczeniu podejrzenie istniejących u niego suchot.

Bladość ta ustępuje wraz z pożądanem ogrzaniem ciała, cera twarzy staje się znowu czerstwą, a czerstwość ta trwa znowu tak długo, jak długo trwa silne ogrzanie skóry.

Szczególnie zwraca na siebie uwagę następująca okoliczność: po wstaniu z łóżka ciepłego pacyent wygląda różowo i czerstwo; wkrótce atoli cera jego staje się znowu chorobliwą, jeżeli podczas ubierania uległ on działaniu zimna i następnie nie ogrzał się należycie. Odwrotnie ma się rzecz, jeżeli pacyent z chorobliwem wejrzeniem wejdzie do ogrzanego miejsca, np. teatru, restauracyi, ogrzanego mieszkania itp. Po 10—30 minutach, zależnie od stopnia ogrzania tego przybytku, cera pacyenta staje się znowu czerstwą i zdrową, co znowu trwa tak długo, jak długo pacyent znajduje się pod wpływem ciepła. Nie należy objawu tego uważać za zjawisko fizyologiczne, które spostrzega się u każdego zdrowego człowieka, gdy z mrozu wejdzie do gorącego mieszkania, już chociażby dlatego, że w opisywanym przypadku nie są potrzebne do wystąpienia przytoczonego objawu tak wielkie różnice stopnia ciepłoty, przy którym objaw ten występuje u każdego człowieka zdrowego; powtóre, zaczerwienienie twarzy w stanie fizyologicznym, występujące po przejściu z mrozu do gorąca, trwa bardzo krótko, podczas gdy w przypadku naszym może ono trwać całe godziny, a nawet dzień i dłużej, dopóki nie nastąpi oziębienie.

Wszystkie czynniki, składające się na ogólne pojęcie „chorobliwa cera“, nie są do tej pory całkowicie znane. W każdym jednak razie najważniejszym jest tu ubytek ilości krwi w skórze twarzy i spowodowane przez to zmniejszenie się barwy krwi w ogólnem zabarwieniu skóry, która wtedy posiada własne swe zabarwienie. Jeżeli na skórze istnieją plamy barwikowe, wyrzuty, nierówności, blizny itd., to wszystko to występuje bardzo jaskrawo i wpada wyraźnie w oczy, nie będąc pokryte zabarwieniem różowawem, pochodzącem z naczyń krwionośnych. Następną przyczynę, wchodzącą w skład pojęcia „cera chorobliwa“, stanowi twarz wychudła, zapadnięte policzki i ócz. Tę zmianę w twarzy można z pewną ścisłością stwierdzić nawet przedmiotowo przy pomocy n. p. przyrządu, w rodzaju przepaski na wąsy. Już pacyent sam zauważył, że przepaska na wąsy, której używa w stanie prawidłowym pacyenta silnie opina, natomiast w stanie chorobliwym przylega luźnie. Skóra twarzy w stanie chorobliwym nie jest tak elastyczną i miękką, jaką jest zazwyczaj, gdy pacyent znajduje się w stanie prawidłowym, co nie trudno stwierdzić uciskiem i lekkiem jej ujęciem w fałd dwoma palcami. Podobnież nie trudno jest stwierdzić chropowatość skóry, tudzież lekkie ostygnięcie podczas stanu chorobliwego, a natomiast gładkość i pewne rozgrzanie w stanie prawidłowym pacyenta. Ścisłe stwierdzenie wilgotności, wogóle wydzielania gruczołów skórnych, natrafia na istotne trudności.

Wystąpieniu już najmniejszych zmian w skórze towarzyszą obłożenie języka, tudzież spieczone wargi. Objawy te występują niezwykle szybko i w stopniu, odpowiadającym stopniowi zmiany w skórze. Po tych zewnętrznych objawach na języku i wargach rozpoznać można odrazu, że pacyenci nie są dostatecznie ogrzani.

Obłożenie języka można przedmiotowo dość ściśle stwierdzić, jeżeli się każe pacyentowi wystawiony język przycisnąć mocno do górnych zębów, a następnie cofnąć go do jamy ustnej w taki sposób, aby się otarł mocno o brzegi zębów. Na zębach pozostaje wtedy albo wyraźny nalot przy obłożeniu języka, albo tylko ślina, gdy język jest czysty.

Pacyent ma znaczną trudność w utrzymaniu jamy ustnej w czystości. Szczególnie na podstawie języka prawie stale można stwierdzić nalot, czemu towarzyszy nieprzyjemna woń z ust.

Na wargach, jednej lub obu, po jednej lub po obu stronach, tworzą się błonki cienkie, nie fałdujące się jak reszta powierzchni warg, z wejrzenia i zabarwienia różniące się od innych miejsc na wargach. W celu zupełnie przedmiotowego stwierdzenia tego objawu można zastosować następujący sposób: pociera się np. wargi jakim ciemnym barwikiem roślinnym, np. sokiem z wisien czarnych itp. — i następnie zmywa się to miejsce wodą. Części zdrowe zmywają się bardzo łatwo, natomiast wspomniane wyżej błonki prawie wcale zmyć się nie dadzą. Jeżeli skóra zostanie należycie ogrzaną i ogrzanie to trwa jakiś czas, wtedy błonki wspomniane dają się bardzo łatwo oderwać, wargi odzyskują prawidłowe wejrzenie i zachowują je tak długo, jak długo trwa ogrzanie skóry. Również daje się wtedy łatwo usunąć nalot na języku i nie tworzy się więcej.

Należy nadto dodać, że wargi pacyenta są sine, co atoli nie znajduje się w bezpośredniej zależności od zmiany zaszłej w skórze, lecz zależy od zmienionej czynności serca, o której wspomnę poniżej.

Oczy pacyenta okazują również pewną zmianę, — mianowicie podczas większego stopnia stanu chorobliwego źrenice bywają rozszerzone i oddziaływują leniwie.

Kończyny górne, a głównie dłonie, podobnież jak twarz, zwracają na siebie większą uwagę pacyenta z powodu zmian, jakim ulegają. Raz są różowe, gładkie, z niewyraźnemi prawie plamami skórnemi, tudzież wyglądają dość pełno; innym razem są zupełnie blade, szorstkie, mniej pełne, z wpadającemi wybitnie w oczy plamami, co czyni wrażenie, jak gdyby te ostatnie świeżo powstały.

Kończyny dolne pacyenta okazują również pewne różnice w zabarwieniu: szczególnie dają się różnice w ciepłocie łatwo stwierdzić na nogach; przy tem badaniu ciepłoty można posługiwać się tak wewnętrzną stroną dłoni, jak i zewnętrzną; dobrze jest przy zbadaniu rękę przesuwać po badanej kończynie. Według mego doświadczenia należy dotykać przedewszystkiem przedniej i bocznej powierzchni uda, gdzie najłatwiej daje się stwierdzić różnica w ciepłocie. Stwierdzenie lekkiego oziębienia na tem miejscu było mi zawsze nieomylnym znakiem, że pacyent znajduje się w stanie nieprawidłowym. Bardzo często zdarza się, że skóra na udach jest ochłodzona, podczas gdy np. na tułowiu jest ciepła, co świadczy, że ochłodzenie skóry pacyenta jest czę-

ściowe, więc mniejszego stopnia. Temu mniejszemu stopniowi ochłodzenia skóry odpowiada zawsze mniejszy stopień zaburzeń ze strony innych narządów.

Tułów pacyenta okazuje również wszystkie wyżej wyłuszczone objawy, — zarówno w stanie prawidłowym, jak i chorobliwym. Stwierdzenie różnic w stopniu wydzielania, tudzież w stopniu ciepłoty, jest tu szczególnie łatwem. Uniósłszy z lekka koszulę pacyenta, znachodzącego się w stanie prawidłowym, czujemy wilgotną woń potu, której nie uważamy, gdy pacyent znajduje się w stanie chorobliwym. Że w czasie stanu chorobliwego pacyenta ma miejsce znaczne zmniejszenie się wydzielania skóry, na to wskazuje również stan bielizny po 3—4 dniach jej noszenia. Gdy pacyent znajduje się w stanie prawidłowym, bielizna staje się przesiąknięta silnie woniejącym potem, co podczas stanu chorobliwego miejsca niema. Pacyent zauważył, że przed swą chorobą pocił się stale bardzo wiele, przy każdej więcej wytężającej pracy fizycznej czy umysłowej, jak również przy cieplejszej odzieży okrywał się potem. Od czasu zaś, kiedy popadł w obecną chorobę, pocił się bardzo mało, a przytem raz wydzielanie skórne jest większe, to znowu mniejsze, czemu równocześnie, jak to pacyent stale stwierdza, towarzyszy ogólny stan raz prawidłowy, to znowu chorobliwy. W przypadku ostatnim nawet w lecie może pacyent spać pod najcieplejszą pierzyną, zupełnie się nie pocąc, chyba że umyślnie pierzyną tą okryje się tak szczelnie, jakby niejako chciał wywołać skutek zawijania. Obok stwierdzenia stopnia wydzielania łatwem jest, szczególnie na piersi w okolicy sutków stwierdzić różnicę w rozgrzaniu skóry; atoli w tem miejscu lepiej jest badać rozgrzanie skóry przy pomocy dotykania zewnętrzną powierzchnią dłoni.

Żołądź prącia — w stanie chorobliwym pacyenta bywa zazwyczaj, podobnie jak i wargi, sina — co atoli bezpośrednio zależy od zaburzeń w czynności serca, o której niżej mówić będę; podobnież jak wzmożone wydzielanie oskrzelowe, objawiające się częstem wykrztuszaniem, bądź wydzielaniem przez nos białej ciągnącej się wydzieliny śluzowej. Wtedy występuje również zazwyczaj duszność, polegająca na potrzebie wykonywania jaknajgłębszych oddechów, po wykonaniu których pacyent czuje, że jeszcze ma zamało powietrza.

Odruchy, szczególnie kolanowe, są w stanie nieprawidłowym pacyenta wybitnie wzmożone w porównaniu ze stanem prawidłowym, w którym, jak to przy opisie „stanu obecnego" wspomniano, odruchy nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Również jest dość wyraźne drżenie wyciągniętych palców.

W moczu pacyenta podczas stanu nieprawidłowego, zwraca szczególną uwagę wzmożona ilość kwasu moczowego.

Pacyent, znajdując się w stanie fizyologicznym, podobnie, jak każdy prawidłowy w omawianym kierunku człowiek, czuje odrazu, jeżeli np. zimne powietrze owionie mu nogi, ręce lub całe ciało. Natomiast w stanie chorobliwym tego nie odczuwa. W stanie nieprawidłowym pacyent wogóle nie odczuwa zimna. Z odczuwania zimnego powiewu, lub z jego braku poznaje pacyent odrazu, czy znajduje się w stanie prawidłowym, czy też chorobliwym. Atoli przy badaniu przedmiotowem nie można stwierdzić widocznych różnic w podmiotowem uczuciu ciepłoty.

Jednym z najwidoczniejszych objawów omawianego schorzenia jest wybitna i charakterystyczna dermografia, posiadająca następujące właściwości: 1) zadrażnienie musi być dosyć silne; drażnienia słabe nie wywołują prawie wcale oddziaływania; 2) oddziaływanie jest bardzo powolne, często mija 15 do 20 sekund, zanim okażą się pierwsze ślady zaczerwienienia; 3) zaczerwienienie nie odrazu jest silne, lecz zwolna staje się coraz wyraźniejsze tak, że dopiero po upływie 20—30 sekund po okazaniu się pierwszych śladów występuje najsilniejsza kresa; 4) zaczerwienienie jest wtedy niezwykle wybitne i 5) utrzymuje się niezwykle długo. Nawet po 1—2, a często i więcej godzinach, zależnie od siły zadrażnienia, można jeszcze stwierdzić ślady zaczerwienienia.

Przy tej sposobności zauważyć należy, jak są niedostateczne i nieliczne sposoby badania skóry i jak często stwierdzenie objawów skórnych wymaga znacznej wprawy ze strony badającego; np. jak trudne jest stwierdzenie suchości i chropowatości (szorstkości) skóry.

Jak już zauważyłem, zmiana, zachodząca w skórze, bywa rozmaitego nasilenia i może dotyczyć niekiedy tylko pojedynczych części skóry, a nie całej jej powierzchni. Wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, że przy odpowiedniem ogrzaniu, np. tułowia, można było w nim otrzymać stosunki prawidłowe, gdy np. kończyny, nie ogrzane dostatecznie, pozostają w stanie chorobliwym.

Serce podczas stanu chorobliwego skóry ulega również zaburzeniom w swojej czynności, nie wystarczającej w takim razie potrzebom ustroju. Fala tętna wtedy jest prawidłowa tak co do siły, jak i co do liczby. Liczba uderzeń serca wynosi około 90 na minutę. Tętno jest skaczące; fala jego mała, trwa bardzo krótko i zaraz znika *(p. frequens et parvus)*. Równocześnie występują objawy zastoju w małem krążeniu, a z tych trzy objawy, o których już wspomnieliśmy, zwracają na siebie większą uwagę, mianowicie: posinienie warg i żołędzi, wzmożona wydzielina oskrzelowa i duszność, do której po pewnym czasie pacyent się przyzwyczaja, doznając tylko nieokreślonego uczucia braku powietrza. Po zastosowaniu leków, wzmacniających serce, tętno staje się silniejsze i powolniejsze, wargi znowu zaczerwieniają się, nadmierna wydzielina oskrzelowa znika, tudzież duszność nie występuje więcej; — wszystko to atoli na tak długo tylko, jak długo trwa działanie środka wzmacniającego. Zaraz po odstawieniu leku występują wspomniane objawy niewyrównania. Tylko dzięki ciągłemu używaniu leków sercowych pacyent nie doświadcza objawów zastoju i to tylko wtedy, gdy nie wykonuje żadnej cięższej pracy. Doprowadzenie skóry pacyenta do stanu prawidłowego pociąga za sobą również i prawidłową czynność serca; tętno staje się pełne, silne, wyczuwalne nawet przy silniejszym ucisku na tętnicę, 72—74 uderzeń na minutę. Wprawienie skóry w stan chorobliwy pociąga znowu za sobą owo zaburzenie w czynności serca.

Wystąpieniu skurczu naczyń w skórze towarzyszą również zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W stanie nieprawidłowym skóry pacyent nie ma stolca, nie oddaje wiatrów, a jednocześnie nie odczuwa najmniejszego wzdęcia brzucha, raczej można stwierdzić pewne jego zapadnięcie.

To zaparcie stolca, brak wiatrów bez odęcia trwa 3—6 dni, poczem pacyent oddaje śród bólów nieco kału, — ilość nieproporcyonalnie małą w porównaniu do tylodniowego zaparcia stolca. Kał ten jest niezwykle zbity, w małych grudkach, przypominających kał owczy, — zwykle powleczony wielką ilością śluzu, a często, acz niewiele, także i krwi. Po oddaniu tego stolca następuje znowu zaparcie, trwające dni kilka, po których ma miejsce ten sam akt opróżnienia itd. Przyczyną opisanego zaparcia stolca nie jest atonia jelit, lecz kurcz kiszki grubej. Mamy tu przeto do czynienia z *obstipatio spastica*, będącą od niedawna na porządku dziennym w nauce o chorobach przewodu pokarmowego. Najpowierzchowniejszem badaniem stwierdzić można w okolicy kiszki grubej twardy, gładki, okrągły, cienki sznur; sznur ten zazwyczaj jest wyczuwalny na całej długości okrężnicy, — czasem tylko brakuje go w przebiegu okrężnicy wstępującej, — a wtedy, szczególnie w dolnym odcinku tej części okrężnicy, można stwierdzić rozszerzenie tego odcinka, przyczem, ugniatając to miejsce, wywołuje się znaczne bulkotanie. Po głębokich wlewaniach ciepłej wody wychodzi kał kształtu kolankowatej tasiemki, pokryty obficie śluzem. Cały ten obraz zaburzeń w czynności przewodu pokarmowego zmienia się, gdy ogrzejemy i w odpowiedniem ograniu utrzymywać będziemy powierzchnię ciała pacyenta. Wtedy wypróżnienie odbywa się codziennie zupełnie prawidłowo, bez bólu, kał odchodzi w dużych kłębach i o zwykłej zbitości, a śluzu i krwi nie zawiera. W miejscu kiszki grubej nie znajdujemy wyżej opisanego ciała powrózkowatego. Tylko rozszerzenie dolnego odcinka kiszki grubej jest bardzo wyraźne. Już w kilka minut po należytem ogrzaniu całej powierzchni ciała pacyenta znika kurcz jelita, występują wiatry, wypróżnienie sprowadzić może lada bodziec, n. p. miesienie, które przedtem zwykle pozostawało bez najmniejszego skutku. Nie należy sądzić, że powrózkowate ciało, wyczuwane w miejscu kiszki grubej, jest nagromadzonym stwardniałym kałem, — a nie kurczowo zaciśniętą kiszką: podobne tłómaczenie niezawodnie było przyczyną, że dopiero tak niedawno kurczowe zaparcie *(obstipatio spastica)* zwróciło na siebie uwagę świata lekarskiego. Pomijając już wszelkie inne dowody, przekona nas o tem fakt, że po najzupełniejszem wypróżnieniu jelita grubego drogą głębokich wlewań powrózkowate zgrubienie wcale nie ustępuje.

Podczas wielkiego skurczu naczyń skórnych, n. p. w czasie wielkiego zimna, gdy brzuch bywa niedostatecznie ciepło utrzymywany, — występują również zaburzenia i w żołądku, — mianowicie nudności i wymioty. Pacyent stara się utrzymywać swój brzuch szczególnie ciepło przy pomocy różnych opasek.

Co się tyczy innych narządów wewnętrznych, to zdają się przedewszystkiem mięśnie gładkie p ę c h e r z a i c e w k i podlegać również skurczowi, jak na to wskazuje potrzeba częstszego moczenia, chociaż w małej ilości, oraz podmiotowe uczucie i przedmiotowe stwierdzenie ściągnięcia się (stwardnienia do pewnego stopnia) cewki, czego wszystkiego niema po ustąpieniu stanu chorobliwego skóry, t. j. po odpowiedniem jej ogrzaniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bróżdogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności.

Podał
Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

II.

Dotychczas nie poruszałem prawie tych objawów, którym ulegała nasza chora ze strony serca. Uczyniłem to z rozmysłem, objawy te bowiem są na tyle pouczające, że zasługują na wyłączne uwzględnienie. W porządku chronologicznym przedstawiają się one tak: początkowo przytłumienie odgłosu w okolicy serca sięgało ku stronie prawej do linii środkowej ciała, nad koniuszkiem słyszało się zaraz po pierwszym tonie krótkotrwały szmer dmuchający; siła szmeru nie zmieniała się pod wpływem różnych okresów oddechania; w położeniu leżącem szmer słabnął; już na odległości 2—3 ctm. szmer nie był słyszalny; odpowiednio do innych zastawek słyszało się dwa głuche tony. Dnia 2-go października przytłumienie odgłosu w okolicy serca doszło do prawej linii mostkowej, a w stronę lewą do linii sutkowej; oprócz skurczowego szmeru nad koniuszkiem, słyszalnym stał się silniejszy szmer dmuchający w okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer występował po pierwszym tonie i już na odległość 2 — 3 ctm. nie był słyszalny; zmiana położenia chorej i różne okresy oddechania nie wywierały wpływu na siłę jego. Dn. 25 października przytłumienie odgłosu w okolicy serca przechodziło ku stronie prawej na szerokość 1 palca (2 ctm.) po za prawą linię mostkową; ku stronie lewej również na szerokość jednego palca po za lewą linię sutkową; lewa granica odpowiadała uderzeniu koniuszkowemu; nad koniuszkiem ton skurczowy znikł, miejsce jego zajął wyraźny trący szmer skurczowy, któremu czasami towarzyszył mruk koci; stopniowo słabnąc, szmer przenosił się w lewą okolicę pachową do tylnej linii pachowej, ku stronie zaś prawej — do prawej linii mostkowej; do pierwszego tonu w okolicy osłuchiwania zastawek tętnicy głównej dołączał się bezpośrednio krótki słaby szmer skurczowy, który znikał już na odległości kilku ctm.; w drugim lewym przestworze międzyżebrowym występował wciąż szmer po pierwszym tonie; drugi ton był znacznie wzmożony. Dnia 2-go listopada szmer skurczowy na tętnicy głównej znikł. Dn 4/XI szmer nad koniuszkiem był znacznie słabszy. Dn. 8/XI odpowiednio wszystkim zastawkom słyszalnym był szmer skurczowy; szmery nad tętnicą główną i płucną znikały już na odległości 2 —3 ctm.; szmer nad koniuszkiem przenosił się w lewą okolicę pachową do tylnej linii pachowej, w prawo zaś do prawej linii mostkowej; drugi ton nad tętnicą płucną był znacznie wzmożony; przytłumienie odgłosu w okolicy serca sięgało ku stronie prawej na szerokość 2 palców (4 ctm.) po za prawą linię mostkową. Dn. 14 listopada wymiary przytłumienia zmniejszyły się: prawa granica odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa linii sutkowej; nad koniuszkiem występował znów pierwszy ton ze szmerem skurczowym; szmer nad tętnicą

płucną znacznie był słabszy; nad tętnicą główną szmeru nie było. Od 6 grudnia granice przytłumienia sercowego były już prawidłowe; nad koniuszkiem po pierwszym tonie występował szmer skurczowy, który znikał już na odległości 2 ctm.; w położeniu leżącem szmer słabnął; w drugim lewym przestworze międzyżebrowym był słyszalny słaby szmer skurczowy, który dołączał się bezpośrednio do pierwszego tonu; drugi dźwięk nie przedstawiał wzmożenia.

Śledząc za wszystkiemi przytoczonemi nieprawidłowościami ze strony serca, trudno było z początku stanowczo orzec o ich źródle; mogły bowiem one być tak dobrze pochodzenia nieorganicznego, jak również powstawać na drodze zmian zapalnych zastawek sercowych. Gdy jednak objawy te zaczęły szybko ustępować z polepszeniem ogólnego stanu chorej, nie mogło być już wątpliwości, że były one pochodzenia nieorganicznego. Rozejrzenie się w tych nieprawidłowościach jest bardzo pouczające, albowiem może ono przyczynić się do wyświetlenia dotychczas zawiłej jeszcze nauki o istotnych i rzekomych (przypadkowych, niedokrewnych, gorączkowych, nieorganicznych i t. d.) szmerach sercowych. Nad tymi szmerami zastanowię się szczegółowiej, zwłaszcza wobec tego, że w piśmiennictwie naszem sprawa ta była dotychczas mało poruszaną; tymczasem nieorganiczne szmery słyszą się często i prawidłowa ich ocena ma doniosłe znaczenie.

Nim jednak przejdę do różniczkowego rozpoznania istotnych a rzekomych szmerów sercowych, opierając się na danych piśmiennictwa i na spostrzeżeniach, dokonywanych przez długi czas w naszej klinice (Pasternacki, Fawicki, W. Orłowski), rozejrzę się nieco w zapatrywaniach na powstawanie szmerów nieorganicznych. Uważam jednak za zbyteczne przytaczać wszystkie wypowiedziane poglądy: zabrałoby to dużo miejsca, a oprócz tego większość tych teoryj ma obecnie znaczenie tylko historyczne. Ograniczę się na omówieniu tylko teoryj, uznawanych w naszym czasie. Szkoła francuzka (Potain[30]) i inni) tłómaczy wszystkie szmery nieorganiczne, jako „sercowopłucne“: one mają powstawać nie w sercu, lecz w przylegających częściach płuca; części te, ulegając podczas rozkurczu uciskowi ze strony serca, szybko rozszerzają się podczas skurczu; wskutek tego powietrze wpada w oskrzele z niezwykłą siłą, przewyższającą znacznie szybkość w innych płatach, nie uciśniętych; drogą tą powstaje szmer skurczowy. Słyszymy go nie zawsze i nie u każdego osobnika; dla powstania go bowiem wymagany jeszcze szereg sprzyjających warunków, mianowicie: pewien stopień grubości płuca, oddzielającego serce od klatki piersiowej, pewna siła oddechania, objętość serca, stosunek między liczbą oddechów a czynnością serca itd. Wbrew tej teoryi szkoła niemiecka usadawia szmery nieorganiczne w samem sercu, uważając je jako szmery, powstające wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, wywołanej osłabieniem czynności mięśni brodawkowatych *(m. papillares cordis)*. Takie tłómaczenie pochodzenia szmerów nieorganicznych szkoła francuzka odrzuca. Jeśli jednak zastanowimy się bliżej nad objawami ze strony serca w naszym przypadku, to musimy przyznać słuszność zapatrywaniom szkoły niemieckiej. Istotnie w naszym przypadku, jak to wyrażę niżej, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca w pewnym okresie przebiegu choroby zawdzięczał swoje powstanie właśnie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. To samo spostrzegaliśmy i w kilku innych przypadkach; jeden z nich, jako interesujący ze względu na powikłanie z miąższowem krwawieniem żołądka, będzie w niedalekiej przyszłości przezemnie ogłoszony. Na mocy więc tych spostrzeżeń uważam powstawanie szmerów nieorganicznych na drodze względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej za udowodnione. Z tem zapatrywaniem zgadzają się również najnowsze dociekania Bezsonowa[31]), dotyczące pochodzenia nieorganicznego szmeru skurczowego u koniuszka serca.

Bouilland[3]), Paul[3]) i inni tłómaczyli powstanie szmerów nieorganicznych niedokrwistym stanem krwi. Ten pogląd obaliły już badania Potaina. W najnowszym czasie Bezsonow również usiłował wyświetlić stopień udziału niedokrwistości w powstawaniu tych szmerów. Okazało się, że szmery nieorganiczne, rozwijające się nad zastawką dwudzielną, są zupełnie niezależne od składu krwi; szmery zaś nieorganiczne nad tętnicą główną, zwłaszcza nad tętnicą płucną, spotykają się częściej w razie niedokrwistego stanu krwi; wreszcie w przypadkach silnie wyrażonej niedokrwistości słyszy się zwykle szmery nad ujściami sercowemi. Niedokrwistość więc, czyli raczej wodnistość krwi *(hydraemia)*, ma pewne znaczenie w powstawaniu szmerów nieorganicznych, rozwijających się nad tętnicą płucną i główną, jakkolwiek bezpośredniej zależności badania Bezsonowa nie stwierdziły. Bezpośrednią przyczyną tych szmerów jest, według tego autora, wzmożona szybkość przedostawania się krwi przez ujścia tętnicze do tętnicy głównej i płucnej. Pod tym względem wyniki, do których doszedł Bezsonow, zbliżają się do poglądu Sahliego[32]), który tłómaczy wszystkie szmery nieorganiczne, nie zależne od uznawanej przez niego względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, również zwiększoną szybkością przepływania krwi z komórek sercowych do tętnic głównej i płucnej. Wobec nieprawidłowej budowy wewnętrznej powierzchni komórek i zwężenia przy ujściu tętnic głównej i płucnej, powinna, zdaniem Sahliego, więcej nas zadziwić ta okoliczność, że nie słyszymy szmeru w warunkach zwykłych, niż to, że w zdrowem sercu w niektórych razach powstaje szmer, innemi słowy, słuszniej byłoby postawić pytanie odwrotne, dla czego w sercu tworzą się w warunkach zwykłych nie szmery, lecz tony? Rozwiązania tego zagadnienia Sahli dopatruje w tem, że w warunkach zwykłych szybkość prądu krwi nie jest na tyle znaczną, żeby mógł powstać szmer; gdy zaś szybkość podnosi się, jak to bywa w ogólnem osłabieniu, niedokrwistości i gorączce, łatwo wobec nowych sprzyjających warunków może wytworzyć się szmer. Wobec tego tłómaczenia zrozumiałą jest i ta okoliczność, że szmery nieorganiczne nie bywają rozkurczowymi (Bouilland, Peter[4]), Eichwald[33]), Leube[34]), Sahli, nasza klinika). Rozkurcz serca trwa, jak wiadomo, dłużej niż skurcz; wskutek tego szybkość prądu krwi podczas rozkurczu jest znacznie mniejszą, niż podczas skurczu; oprócz tego krew w czasie rozkurczu nie napotyka zwężenia, co ma miejsce przy skurczowem przedostawaniu się krwi z komór sercowych do połączonych z sercem tętnic. Nie można wreszcie porównywać siły mięśniowej komór sercowych, wypierających krew do

[3]) Przytaczam według Potaina.

[4]) Przytaczam według Potaina.

tętnic, z siłą sprężystej tkanki, znajdującej się w tętnicach i warunkującej szybkość rozkurczowego prądu krwi. Wszystkie te warunki nie sprzyjają powstaniu szmerów w zdrowem sercu podczas rozkurczu. Nie trzeba zapominać, że w okolicy tętnicy głównej niekiedy słyszy się szmer rozkurczowy bez żadnych zmian na zastawkach półksiężycowych. Te rzadko nadarzające się szmery, jak to wykazali Leube i Sahli, przedstawiają udzielony szmer z niedokrwistości, powstający w opuszce żyły szyjnej.

Przypisując powstanie szmerów nieorganicznych względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej i wzmożonej w większości przypadków szybkości przepływania krwi z serca do układu naczyniowego, Sahli przyznaje wreszcie w wyjątkowych przypadkach powstanie ich w płucach, zapatrując się na nie, jako na „skurczowy oddech pęcherzykowy".

Jeśli teraz zwrócimy uwagę na cechujące właściwości szmerów nieorganicznych, to łatwo przekonamy się, że i pod tym względem w zapatrywaniach różnych klinicystów niema jednomyślności. Okoliczność ta zniewala do odrzucenia myśli o jednem źródle wszystkich tych szmerów; tylko bowiem różnorodnością warunków ich pochodzenia można wytłómaczyć sobie nieraz wprost przeciwne zdania, które spotykamy u różnych klinicystów w opisie cech, wyróżniających te szmery od szmerów organicznych. (Dokończenie nastąpi).

• • •

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,

elew kliniki.

(Dokończenie).

Rozpoznanie torbiela trzustki musi się opierać na wywiadach i na badaniu przedmiotowem.

Wiemy, że wystąpienie torbiela poprzedzają bardzo często ostre objawy zapalne, a czasem uraz. W wywiadach chory objaśnić nas może, że guz to znikał, to znów się pojawiał, że cierpi na zaburzenia w trawieniu i bole i że znacznie wychudł. Bezsprzecznie największe znaczenie rozpoznawcze posiada umiejscowienie guza i stosunek, jaki zachodzi między znalezionym guzem, a sąsiednimi narządami, na co pierwszy Gussenbauer[9]) zwrócił uwagę.

Jeżeli znajdziemy w górnej części brzucha, między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem guz okrągły, silnie napięty, mało ruchomy, o powierzchni gładkiej, o wypuku stłumionym, a na obwodzie bębenkowym, musimy badać, czy między wątrobą a guzem niema pasa o wypuku bębenkowym i jak się w stosunku do guza zachowuje żołądek i poprzecznica. Po wypróżnieniu żołądka i jelit wydymamy żołądek, a dokładnie oznaczyć możemy, że żołądek leży z przodu i ku górze i w całości lub w znacznej części guz przykrywa.

1. Po wydęciu poprzecznicy widzimy, że ta leży poniżej guza i czasem tylko częściowo guz przykrywa. Takie zachodzą stosunki w największej liczbie przypadków, jeżeli torbiel nie jest bardzo wielki, i że tak powiem, typowo się rozrasta t. j. w ten sposób, że torbiel wyrasta z trzustki, wypukła pokrywającą otrzewnę ku przodowi do torebki sieciowej *(bursa omentalis)*, wypiera żołądek ku górze i między żołądkiem a poprzecznicą dosięga przedniej ściany brzusznej.

2. Większe trudności rozpoznawcze przedstawiają przypadki, gdzie torbiel rozwija się z głowy trzustki ku więzowi żołądko-sieciowemu, ku sieci małej. Przylega on wtedy ściśle do spodniej powierzchni wątroby, dochodzi do przedniej ściany brzusznej przy dolnym brzegu lewego płatu wątroby, a żołądek w znacznej części go przykrywa. Po wydęciu żołądka układa się przed torbielem i tylko mała część, leżąca po za więzem żołądkowo-wątrobowym daje wypuk stłumiony.

Rozpoznanie w danym przypadku rozstrzygnąć może ta okoliczność, że guz w większej swej części leży za żołądkiem. W tych obu przypadkach torbiel znajduje się w torebce sieciowej.

3. *a)* Jeżeli torbiel rozwija się między blaszkami krezki okrężnicy poprzecznej *(mesocolon transversum)*, wówczas przy przeważnym rozroście jego ku górze wrasta torbiel do torebki sieciowej i daje obraz, jak w przypadku pierwszym z tą różnicą, że torbiel leży niżej, bliżej pępka.

b) Jeżeli zaś torbiel rozrasta się głównie ku dołowi, braknąć może charakterystycznych objawów. Guz może zejść na dół aż do miednicy, a wtedy wydęta poprzecznica znajduje się ponad górnym jego biegunem. W ten sposób rozrastają się przedewszystkiem torbiele, wychodzące z lewej części trzustki, gdyż właśnie jej część ogonowa leży między blaszkami krezki okrężnicowej *(mesocolon)*. W tym ostatnim wreszcie przypadku torbiel może się rozrastać na lewo, popod łuk żebrowy i sięgać aż do linii pachowej przedniej.

Mimo to rozpoznanie napotyka często na bardzo wielkie trudności i o omyłki wcale nie trudno. Zatem w każdym przypadku uwzględnić należy zbitość guza. Następnie pamiętać trzeba, że ropnie trzustki przebiegają z gorączką, są bolesne, rozwijają się szybciej, niż torbiele, nie mają kształtu półkulistego i są zawsze mniejsze.

Do odróżnienia od guzów odźwiernika i tylnej ściany żołądka pomoże nam badanie treści żołądka i jego czynności.

Wązki pas o wypuku bębenkowym między guzem a wątrobą pozwala nam odróżnić torbiele trzustki od bąblowca wątroby. (Küster radzi badać w pozycyi stojącej). Wydęcie żołądka wykazuje, że torbiel trzustki leży po za żołądkiem. W torbielach wyrastających z wątroby ten sam objaw stwierdzić możemy jedynie w przypadku wyrastania torbieli z tylnych i dolnych części wątroby.

Guzy z zatrzymania (retencyjne) woreczka żółciowego mają kształt gruszkowaty, przylegają bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej i prawie nigdy nie mają kiszki przed sobą, jak torbiele rozwijające się z głowy trzustki i rozrastające się na prawo.

Nad guzami torbielowatymi śledziony wypuk stłumiony przechodzi bezpośrednio w stłumienie śledzionowe. Przy torbielach, wychodzących z ogona trzustki, znajdziemy między guzem a śledzioną pas wypuku bębenkowego; gdzie zaś wyjątkowo braknie tego pasa, tam po wydęciu żołądka stwierdzimy, że żołądek choćby częściowo przykrywa torbiel, a przy torbielach śledziony stosunki zgoła się nie zmienią.

[9]) Archiv f. klin. Chir. 1883. Bd. 29, str. 355.

Gdy torbiel trzustki rozrasta się bardziej na zewnątrz od linii środkowej ciała, łatwo możemy go wziąść za guz nerki. Jednak puchlina nerkowa wypełnia okolice lędźwiowe, gdy guz trzustki sięga bardziej ku przodowi. Nadto od pomyłek uchronić nas może stwierdzenie stosunku guza do kiszki wstępującej, względnie zstępującej, dokładne badanie moczu, obraz cystoskopowy pęcherza itd.

Największa ilość pomyłek rozpoznawczych przypadała na torbiele jajnika, choć zdawałoby się, że różniczkowe rozpoznanie między torbielami jajnika a trzustki nie powinno napotykać na tak wielkie trudności. Senn w tych przypadkach kładzie ogromny nacisk na wywiady. Gdzie te są niepewne, musimy się przedewszystkiem uciec do dokładnego badania ginekologicznego. Nie małe znaczenie będzie tu miał objaw Schultzego.

Nadto i tu bardzo ważny jest stosunek, zachodzący między żołądkiem i poprzecznicą a guzem. Nawet przy bardzo wielkich torbielach jajnika żołądek nigdy nie leży przed nimi, podczas gdy przy torbielu trzustki nawet bardzo obniżonym wykazać można, że okrężnica znajduje się przed nim lub na górnym jego biegunie.

Udzielone tętnienie aorty było powodem, że parę razy myślano o tętniaku. Już samem jednak obmacaniem możemy stwierdzić, że to tętnienie guza jest tylko pozornem, udzielonem, a zapomocą stetoskopu wykazujemy brak zmian przysłuchowych.

Znaczne trudności rozpoznawcze przedstawiają torbiele krezki, zwłaszcza znajdujące się w okolicy pępka. W przypadkach, w których torbiel trzustki rozwija się między blaszkami krezki okrężnicy poprzecznej, rozróżnienie staje się niemożliwem; pozostaje wówczas bowiem jedyna i niewystarczająca cecha odróżniająca, że torbiele krezkowe są bardzo ruchome, torbiele zaś trzustki albo bardzo mało, albo wcale nie.

Torbiele torebki sieciowej, z sieci dużej, z tylnej ściany żołądka i torbiele chłonne pozaotrzewnowe, rozwijające się w górnej części brzucha, dają zupełnie te same objawy, co i torbiele trzustki i nie dają się odróżnić.

W takich właśnie przypadkach, nadzwyczaj trudnych, a właściwie niemożliwych do rozpoznania, zalecają niektórzy autorowie, a poniekąd skłania się do nich i Körte, próbne nakłócie torbiela w celu wykazania cech płynu. Wiemy jednak, że bardzo często w płynie z torbieli trzustki nic charakterystycznego nie znaleziono; z drugiej zaś strony wykazano, że płyny jam surowiczych posiadają czasem własności dyastatyczne, a niekiedy nawet zmydlają tłuszcze. Jako jedyną i właściwą cechę dla treści torbieli trzustki uważa Boas[10]) zdolność trawienia białka i włóknika i radzi płyn otrzymany z próbnego nakłócia zmięszać z mlekiem; jeżeli po strąceniu sernika przesącz daje reakcyę biuretową, to okoliczność ta ma wskazywać, że mamy do czynienia z torbielem trzustki.

Tymczasem nowsze badania wykazują, że i to czasem jest fałszywem. Jako przykład przytacza Starck przypadek taki: w przypadku torbiela pozaotrzewnowego, wychodzącego najprawdopodobniej z trzustki, zrobiono próbne nakłócie i stwierdzono sposobem Boasa reakcyę biuretową. Wykonano przeto laparotomię, ściany torbiela wszyto w powłoki brzuszne i po 3 dniach torbiel nacięto. Pacyentka wkrótce po nacięciu umarła wśród objawów moczniey, a sekcya wykazała prawostronną puchlinę nerkową *(hydronephrosis)*, podczas gdy trzustka była nietkniętą.

Rupprecht[11]) zaś po nakłóciu torbiela w okolicy pępka znalazł mocznik; przypuszczał więc puchlinę nerkową, a tymczasem operacya wykazała torbiel trzustki.

Zatem w takich przypadkach nawet próbne nakłócie może tylko mylić, które w każdym innym przypadku stać się może niebezpiecznem, gdyż po drodze do torbiela możemy nakłóć żołądek lub kiszkę, albo też, zrobiwszy nawet bardzo mały otwór w ścianach torbiela, nie zdołamy zapobiedz temu, aby przez ten otwór nie wylewała się do jamy otrzewnowej treść torbiela, pozostająca zwykle pod wielkiem ciśnieniem.

A to wszystko sprowadzić może zapalenie otrzewnej nawet z zejściem śmiertelnem.

W przypadkach bardzo trudnych do rozpoznania skłoniłbym się raczej do propozycyi Brackla, który w takich razach radzi próbną laparotomię, jako zabieg mniej niebezpieczny od nakłócia próbnego, a daleko pewniej prowadzący do rozpoznania, a względnie i do wyleczenia.

Co do leczenia, to jak przy innych torbielach, tak samo i tutaj, tylko chirurgiczne może mieć jeszcze powodzenie.

Obawa krwotoku do torbiela, a z drugiej strony obawa przed pęknięciem torbiela i wylaniem się jego treści do jamy brzusznej i dobre wyniki po operacyi zachęcają nas do niej, na co chorzy, wyniszczeni i zmęczeni ustawicznymi bolami i długoletniem cierpieniem zazwyczaj bardzo chętnie się zgadzają. Od znalezionych zaś stosunków zależeć będzie, czy wybierzemy nacięcie i wszycie ścian torbiela w powłoki brzuszne, czy też zupełne wyłuszczenie guza.

W razie obecności silnych i licznych zrostów z otoczeniem musimy się uciec do nacięcia torbiela i wszycia ścian jego w ranę powłok brzusznych, przyczem całą operacyę kończymy na jednem lub na dwóch posiedzeniach.

Niektórzy nadto radzą (n. p. Sawicki z Warszawy na jednym z poprzednich Zjazdów) dodać cięcie ze strony przeciwnej, w okolicy lędźwiowej, poniżej 12 żebra, zwłaszcza, jeżeli torbiel rozwija się po stronie lewej kręgosłupa. To ma przyśpieszyć wyleczenie.

Największą niedogodnością tej metody operacyjnej są przetoki, które goją się w czasie rozmaicie długim, a wydzielina ich wskutek nadżerającego działania drażni brzegi rany i wywołując wyprysk, sprawia choremu przykre dolegliwości. Z tego też powodu powinno się już bezpośrednio po operacyi obłożyć brzegi rany pastą cynkową.

Zazwyczaj goją się przetoki w czasie około sześciotygodniowym, choć są znane przypadki, gdzie przetoka istniała całe miesiące i lata.

Gojenie przetoki w ogólności zostawiamy naturze, a tylko w ostatecznym razie uciekamy się do przyżegania jej brzegów azotanem srebrowym, chlorkiem cynkowym, lub do wyłyżeczkowania. Całkowite wycięcie ścian torbiela, co w końcu do wyleczenia przetoki zalecono (Wölfler), bezsprzecznie doprowadzi do celu, ale zawsze jest operacyą, gdzie na nowo

[10]) Boas: Deutsche med. Woch. 1890, str. 1195.

[11]) Rupprecht: Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. 50. 2, str. 261.

otwieramy otrzewnę, a tymczasem wydzielina z przetoki spływać może do jamy otrzewnowej. Sąsiedztwo z żołądkiem i poprzecznicą, nadto liczne zrosty, powstające po każdej laparotomii, znacznie utrudniają operacyę i od niej odstraszają.

Przeciwko nacinaniu torbiela i zakładaniu przetoki przemawia także możliwość nawrotu choroby, jeżeli torbiel jest wielokomorowym z rodzaju torbieli bujających (proliferacyjnych), nadto możliwość przepukliny brzusznej w miejscu blizny pooperacyjnej.

Na korzyść tej metody przemawia względny brak niebezpieczeństwa, gdyż odsetek śmiertelności nie wynosi nawet $4^0/_0$; nadto możliwość zastosowania jej nawet w przypadku bardzo licznych i silnych zrostów torbiela z otoczeniem.

Stan chorych po operacyi bardzo szybko się poprawiał. Ustępowały bole i zaburzenia w trawieniu, a chorzy pomimo nawet ciągłego wydzielania soku trzustkowego przez przetokę, w krótkim czasie powracali do sił. I ta okoliczność przemawia za tem, że dolegliwości żołądkowo-kiszkowe i szybkie chudnięcie chorych są następstwem ucisku torbiela na żołądek i jelita, a nie wynikają z zaburzeń w wydzielaniu się i działaniu soku trzustkowego. Wspomnieć jeszcze muszę, że w kilku przypadkach przyszło do obumarcia, a następnie do samowolnego wydzielenia ścian torbiela.

Bez porównania trudniejszem i niebezpieczniejszem, ale pewniejszem i doszczętniejszem w wyniku jest całkowite wyłuszczenie guza. Jest ono jednak wtedy tylko możliwe, jeżeli zrosty z sąsiednimi narządami można oddzielić i jeżeli mamy do czynienia z torbielem prawdziwym, posiadającym własne ściany. Baczną tutaj zwrócić musimy uwagę na naczynia i o ile możności je oszczędzić, a zwłaszcza naczynia krezkowe, by nie wywołać zaburzeń odżywczych w ścianach jelit.

Musimy pamiętać, że powyżej trzustki znajdują się trzy główne pnie tętnicy trzewowej (art. coeliaca) (t. śledzionowa, wieńcowa żołądka lewa i wątrobowa) i że ich umiejscowienie i wielkość często są zmienne. Najwięcej zmian w swoim przebiegu przedstawia tętnica śledzionowa, która wraz z żyłą przebiega na górnym brzegu trzustki. Żyła bramna przebiega z tyłu po za głową trzustki, a górną jej część tuż powyżej trzustki przykrywa tętnica wątrobowa lub jej gałęzie.

Większe jeszcze znaczenie mają naczynia, wychodzące z pod dolnego brzegu trzustki, zaopatrujące jelita, a mianowicie stosownie do przypadku albo same pnie t. i ż. krezkowej górnej, lub też ich gałęzie czcze *(jejunales)*, a zwłaszcza tętnica okrężnicowa średnia, zaopatrująca okrężnicę poprzeczną, gdyż po jej przecięciu następuje obumarcie tego jelita.

W ścisłym związku z trzustką pozostają gałązki tętnicy wątrobowej, t. żołądkowo-dwunastnicowa i t. trzustki, t. dwunastnicowa górna i żołądkowo-sieciowa prawa.

Lecz podwiązanie ich nie pociąga za sobą wielkich następstw, jak nas pouczają doświadczenia przy resekcyi odźwiernika.

Z tego powodu Kehr[12]) radzi wyłuszczenia całkowitego nie forsować, a wykonać je dopiero wtedy, gdy uda nam się torbiel na tępo oddzielić i wyłuszczyć i jeżeli żadne większe naczynie po drodze nam nie przeszkadza.

[12]) Handbuch der praktischen Chirurgie. H. v. Bergman, Mikulicz itd.

Inne dawniejsze metody operacyjne, jak przyżeganie potażem żrącym według metody Recamiera i wypuszczenie płynu zapomocą nakłócia, pomijam, gdyż te prawie nigdy do celu nie doprowadziły.

Jeżeli teraz zastanowimy się nieco nad naszym przypadkiem, to widzimy, że po stwierdzeniu guza o powierzchni gładkiej, zbitości elastycznej, usadowionego między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, przykrytego przez żołądek, a od wątroby odgraniczonego pasem o wypuku bębenkowym, a następnie po stwierdzeniu prawidłowej (pod względem chemicznym) czynności żołądka i nerek, mieliśmy prawo już nie przypuszczać, ale twierdzić, że mamy do czynienia z torbielem, wychodzącym z okolicy trzustki. Próbnego nakłócia z przyczyn powyżej wspomnianych nie wykonaliśmy.

Czy rzeczywiście guz ten był torbielem, wychodzącym z samej trzustki, czy też z torebki sieciowej, ani przed, ani po operacyi rozstrzygnąć nie zdołaliśmy. Przeciw torbielowi trzustki, a za torbielem torebki sieciowej mogłoby przemawiać to, że w wydobytej treści nie znaleźliśmy nic takiego, coby wykazywało jakiś bliższy związek fizyologiczny tego torbiela z trzustką, a nadto i ta okoliczność, że guz przy głębokich wdechach się poruszał.

Niestety te same objawy stwierdzano i w przypadkach niewątpliwych torbieli trzustkowych. Że jednak takie wyspecyalizowanie rozpoznania ma jedynie znaczenie teoretyczne, gdyż praktycznie tak w rzeczywistych torbielach trzustki, jak i w torbielach ruchomych torebki sieciowej z jednakim skutkiem stosujemy jednakowe leczenie, nie będę się wcale kusić o rozstrzygnięcie wątpliwości, a to tem bardziej, że wątpię, abym w jednym lub w drugim kierunku znalazł dość silnych argumentów, któreby zarówno mnie jak i czytelnika przekonać zdołały.

Dodatek:

Sawicki (Warszawa) (w dyskusyi na Zjeździe) oświadczył, że obserwował jeden przypadek, rozpoznany po laparotomii. Próba wyłuszczenia nie udała się. Przecięto — wszyto w ranę powłok. Pozostała uporczywa przetoka. Chora zaszła w ciążę, nastąpił poród przedwczesny, a po nim *phlegmasia alba dolens* i *exitus letalis.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Surzycki (Kraków). **O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń.** (Str. 123. XVI tablic). *(Pamiętnik Tow. lek. warsz., 1902).*

Pomimo olbrzymiego piśmiennictwa, obejmującego dział środków sercowych, witamy z wdzięcznością każdą nową pracę, gdyż tu jeszcze jest sporo nierozwiązanych pytań. Autor, znany zaszczytnie internista, uczeń Korczyńskiego, omawia po kolei leczniczą wartość naparstnicy, strofantu, strofantyny, kofeiny, teobrominy, sparteiny, heleboryny, konwalii i gorzykwiatu. Szkic historyczny, terapeutyczny i farmakologiczny, przy każdym z tych leków poprzedzają uwagi kliniczne, objaśnione kilkoma historyami chorób. Najobszerniej przedstawia S. rzecz o naparstnicy. Streściwszy ważniejsze prace, przeważnie niemieckie i francuskie (24 stronic), podaje wyniki swoich spostrzeżeń z kliniki lekarskiej krakowskiej.

Z 53 przypadków, w których stosował naparstnicę, uzyskał autor 35 razy wynik dodatni, 9 razy ujemny,

w trzech wątpliwy, w 6-ciu zaś przypadkach z powodu powikłań lub przerw w spostrzeganiu nie można było dojść do żadnego wyniku. W trzech przypadkach stosował digitalinę po $^1/_2$ miligr., lecz wystąpienie nudności i wymiotów u chorych zmusza autora do zaprzestania digitaliny. Jakkolwiek autor podaje tylko kilka historyi choroby w streszczeniu i nie objaśnia szczegółowo, jak pojmuje „dodatni wynik", to przecież z uwag odnoszących się do kilku spostrzeżeń, ilustrowanych tablicami sfigmograficznemi, widać obserwatora, surowo i krytycznie oceniającego wyniki terapeutyczne. Najzupełniejszą np. ma słuszność, gdy zaznacza niepewność działania poszczególnych środków sercowych, i gdy twierdzi, że „nigdy nie powinno się zostawiać chorego przy jednym leku, lecz należy zmieniać raz po raz, by właśnie natrafić (bo tego nie można inaczej nazwać) na najbardziej skuteczny środek". Na uwagę zasługuje stwierdzenie korzystnego działania stale podawanych dawek naparstnicy u chorych z wadami serca, przeważnie w zmianach miażdżycowych; całymi miesiącami podawał autor 0,10 dziennie i przez to utrzymywał chorych w „stosunkowo świetnym stanie". Wielka szkoda, że brak tu bliższych szczegółów z historyi chorób, gdyż jakkolwiek Balfour już przed 7 laty polecił stosowanie małych dawek naparstnicy miesiącami i wielu lekarzy naśladuje ten sposób, a w praktyce nieraz i u nas to się czyni, to przecież sprawa ta wymaga dokładniejszych wyjaśnień pomimo obszernych dyskusyi na kongresach medycyny wewnętrznej.

Zbiorowego działania, pomimo podawania 5 dawek (à 1: 200) po sobie, a w innym przypadku przez 11 dni (1 dzień przerwy), autor nie spostrzegał: przypuszcza, że zależy ono od osobniczych właściwości i od dobrego stanu przewodu pokarmowego. W przypadkach przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego z tętnem zwolnionem (44—50), naparstnica poprawiała czynność serca i sprowadzała przyspieszenie tętna. Zdaniem autora naparstnica nie jest przeciwwskazaną w przypadkach zwolnionego tętna, „byleby charakter tego tętna, arytmia i tętno próżne wskazywały na osłabioną czynność serca". Jeżeli wystąpi oprócz przyspieszenia tętna jeszcze arytmia, duszność, jeżeli stan się pogarsza, należy zaprzestać podawania naparstnicy. Jeżeli zwężeniu zastawki dwukończystej lub tętnicy głównej, lub znaczniejszej miażdżycy u ludzi starszych towarzyszy zbytnia powolność skurczów serca, wtedy naparstnica zdaniem autora jest bezwarunkowo przeciwwskazaną.

Swoistego wpływu naparstnicy na przebieg zapalenia płuc nie mógł autor wykazać; również i w chorobie Basedowa środki sercowe są bez wpływu.

Na ilość moczu naparstnica w połączeniu z kalomelem wpływa znakomicie*). W niewyrównanych wadach serca rokuje autor zawsze źle, jeżeli po naparstnicy nie nastąpi wyraźna poprawa. Twierdzenie to ilustrują trafnie zdjęcia sfigmograficzne i przebieg kilku przypadków. Czasami używał naparstnicy jako środka rozpoznawczego — dla uspokojenia nadmiernie przyspieszonej czynności serca, szczególnie u osób nerwowych, niedokrewnych.

W przewlekłych zapaleniach nerek stosował autor naparstnicę (w 40 przyp.), zwłaszcza wobec zmian w sercu, w puchlinie; moczenie prawie zawsze się zwiększało, chyba że serca było wyczerpane. Nawiasowo nadmienia, z czem wielu lekarzy się zgadza, że sfigmomanometryczne wyniki, uzyskane przyrządem Bascha w tych przypadkach, są bez wartości.

Tr. strophanthi podawał autor w 48 przypadkach, z których w 33 uzyskał wynik dodatni, w 12 ujemny (3 przyp. wad sercowych, 3 marsk. wątroby, 3 choroby Brighta, 2 zapal. płuc, 1 ch. Basedowa); w 3 działanie było wątpliwe. W ogólności potwierdza autor dotąd znane fakty. Sfigmograficzne tabl. V., VI, VII, VIII., IX., X., ilustrują działanie nalewki strofantowej w poszczególnych przypadkach. Tra strophanthi działa o wiele szybciej, niż naparstnica i niema wpływu zbiorowego. Szczególnie w przypadkach, w których chorzy nie mogą zostawać w obserwacyi ciągłej lekarza, zaleca autor 30—40 kropel na dzień. Przypadłości żołądkowe stanowią przeciwwskazanie.

Strofantynę podawał autor w 10 przypadkach (chorób serca i nerek) i tylko w pięciu stwierdził pewną poprawę. Strofantyna sprowadza często zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Dawka wynosiła od 3 miligr. do jednego centigr. trzy razy dziennie. Jedna chora wyżyła 30 miligr. ze znacznem polepszeniem.

Sąd ogólny autora o działaniu strofantyny jest korzystny. Tam, gdzie chwilowo nie możemy podawać naparstnicy, w przypadkach, w których często nie możemy badać i obserwować, w przestankach pomiędzy lekami sercowymi, dla podtrzymywania ich działania, tam strofantyna jest wskazana. Naparstnica wszakże działa w przeważnej liczbie przypadków pewniej i lepiej; również strofantyna działa moczopędnie, chociaż nie swoiście.

Kofeinę stosował autor u znacznej liczby chorych, leczonych ambulatoryjnie, a w 16 przypadkach klinicznie spostrzeganych. Na 8 wad sercowych stwierdził u 5 wynik dodatni, u 3 bardzo mały. W zapaleniu płuc u 2 chorych miał autor dobry wynik, w jednym nie było żadnego polepszenia, w 1-szym wynik ujemny. Zwyczajna dawka wynosiła gram dziennie, wyjątkowo stosował podskórnie lub w czopkach.

Za najlepszy przetwór uważa cytrynian koffeiny i czystą kofeinę. W cięższych przypadkach niewyrównanych wad sercowych kofeina zawodzi. Tam gdzie chodzi o działanie wybitne i prędkie, zaleca S. naparstnicę w naparze z dodatkiem 1—1,50 kofeiny. W zwyrodnieniach mięśnia sercowego kofeina zdaje się być najmniej odpowiednią; w stanach zapalnych osierdzia lub śródsierdzia nie powinno się podawać wogóle kofeiny; najlepiej ona działa w krótkotrwałych niedomogach, w przemęczeniach serca. Podawanie kofeiny w chorobach zakaźnych (autor widocznie ma na myśli — „gorączkowych zakaźnych") 0.50—1·0, jest bardzo odpowiednie; niestosowną jest kofeina natomiast w chorobie Basedowa i w nerwowem biciu serca. Jako środek moczopędny, szczególnie w wysiękach zapalnych surowiczych, działa kofeina lepiej, niż diuretyna; dawki 1,25 dziennie nigdy autor nie przekraczał. Osobiście mogę potwierdzić te uwagi z tym wszakże dodatkiem, że podskórnie stosowana działa lepiej.

Teobrominę stosował autor w 14-tu przypadkach (6 wad sercowych, 5 choroby Brighta, resztę stanowiły wypocina opłucnowa, marskość wątroby, zapalenie płuc dławcowe). Podawał 0·5—1·0, pomimo to diureza znacznie wzrastała. Zbiorowego działania nie stwierdzono. Sądzę, że zbyt rzadko stosowaną była teobromina. Mojem zdaniem jest to jeden z najdzielniejszych środków moczopędnych, leków przeciw dusznicy sercowej, miażdżycy tętnic wieńcowych, a nadto ma tę wielką zaletę, że połączenia teobrominy są prawie w zupełności wolne od ubocznych działań.

Sparteiny używał w 11-tu przypadkach, przeważnie w wadach serca; (u trzech z cierpieniem nerek — prawie bez wpływu). Jakkolwiek już w parę godzin stwierdzić można działanie sparteiny, ale gdzie chodzi o energiczniejszy wpływ, tam zawodzi i sparteina, nie dorównywa nawet strofantowi. W przypadkach dusznicy bolesnej, w nerwowem kołataniu serca, widywał autor dobre skutki, szczególnie w kombinacyi z bromem lub morfiną. Dawki 0·025, trzy razy dziennie były dostateczne, jakkolwiek dawki większe żadnych zaburzeń nie sprowadzają. W pauzach pomiędzy naparstnicą sparteina podtrzymuje jej działanie i chorzy dobrze ją znoszą; zbiorowego działania autor nie widział. Dołączone tablice z dwóch przypadków doskonale ilustrują działanie sparteiny.

Ciemiernik zielony zawiera dwa glikozydy, z których heleborynę doświadczalnie już zbadano. Tętno staje się

*) Kombinacyi tej poświęciłem kilka uwag w mojej »Terapii chor. serca« (str. 140). Tam gdzie chodzi o działanie szybkie, zalecałbym kalomel. *Przyp. sprawozd.*

nieregularnem i wolniejszem po kilku dawkach; po okresie krótkotrwałym wzmożenia się ciśnienia następuje spadek, a w trzecim końcowym okresie skurczowe zaprzestanie bicia serca Autor stosował napar z 0·30—0·40 na 200,0, w ciągu doby, a dawki większe, np. 0·50—0·80 już sprowadziły silne zaburzenia żołądkowe. Wpływ na serce nieznaczny (na 10 przypadków wad sercowych stwierdził 6 razy wynik dodatni); ilość moczu wzrasta, obrzęki ustępowały, tętno wolniało, ale korzystny ten wpływ był krótkotrwały. Chyba dla chwilowego zastąpienia innych środków sercowych zaleciłby autor ciemiernik. Zaburzenia w przewodzie pokarmowym przy dawkach nieco większych odstręczają od rozleglejszego zastosowania ciemiernika.

Konwalię stosował autor w dawkach 5·0—6·0: 200 z ogólnym niekorzystnym wynikiem (8 przypadków). Jeszcze mniejszy wpływ wywiera nalewka konwaliowa 30—40 kropel dziennie. W połączeniu z kofeiną wyniki były lepsze.

Gorzykwiat wiosenny podawany był w 6 przypadkach, wybitnego wpływu na serce nie wywarł; natomiast działanie moczopędne bywało nieraz znaczne, szczególnie w połączeniu z kofeiną. W przypadkach, w których nudności i wymioty występują, zaleca autor gorzykwiat mrożony, albo w lewatywach.

W uwagach końcowych wypowiada autor kilka cennych uwag, wziętych z praktyki, o oględnem stosowaniu środków sercowych, leczeniu spokojem, bez leków, wczesnych okresów chwilowej niedomogi serca. Jeżeli po ruchach (w ozdrowieniu) liczba tętna wzrasta tylko o 12—16 do 20 uderzeń na minutę w porównaniu z tętnem podczas spokoju, wtedy autor uważa serce za wypoczęte i zdolne do dalszej pracy. Na pierwszem miejscu stawia przecież naparstnicę, obok zasady częstego zmieniania leków sercowych: szesnaście tablic przedstawiają graficznie działanie moczopędne, sercowe, wpływ na oddech itd. poszczególnych środków.

Język nie wszędzie bez zarzutu, germanizmy np. „powodują zwiększenie ilości moczu", „chorzy znoszą bez szkody", „wywołuje powiększenie ilości moczu", „działanie kumulatywne i kumulacyjne", „po 19 dniach nie brania żadnych środków", „bierze naparstnicę", „chorych z niższej klasy", „naparstnica nie może podnieść tej ilości moczu" ... chyba tylko przypadkiem się zakradły. Istotnej wartości pracy nie czyni to ujmy: jako materyał kliniczny obfituje ona w mnóstwo trafnych uwag i spostrzeżeń, rozrzuconych niemal na każdej stronicy. Nie jest to traktat, lecz rzecz żywcem wzięta z spostrzegania u łoża chorego, nie przykrojona do teoretycznych rozumowań, „nie obrobiona", lecz przypominająca świetne prace niektórych naszych poprzedników, u których po dzień dzisiejszy nie styl podziwiamy, lecz nadewszystko dar spostrzegawczy.

Prymaryusz Dr. W. Pisek (Lwów).

V. Wyciągi.

L. Crandon. **Patogeneza i anatomia patologiczna przerostu gruczołu krokowego.** (*Annals of Surgery*, grudzień, 1902 roku). Autor podjął badania w pracowni i pod kierunkiem Malloryego, w celu sprawdzenia wyników pracy Ciechanowskiego. Za materyał do badania służyło mu 37 gruczołów krokowych ze starców, w tej liczbie 12 powiększonych, 24 nie powiększonych, a 1 gruczoł zmniejszony. Oprócz zwykłych sposobów barwienia używał autor sposobu Malloryego dla zabarwienia tkanki łącznej, oraz sposobów Weigerta dla barwienia włókien elastycznych i nerwów. W przeszło połowie przypadków zauważył Crandon w ujściu pęcherza istnienie zastawkowatego fałdu, poza którym dno pęcherza było zagłębione. Autor sądzi, że to zagłębienie jest skutkiem zmian w samej ścianie pęcherza. Roztrząsając kolejno zapatrywania różnych autorów na rodzaj tych zmian, dochodzi autor do wniosku, iż bujanie tkanki łącznej w ścianie pęcherza starców może być nietylko pozorne wskutek zaniku mięśni, lecz także i rzeczywiste, co mogłoby zależeć od spraw zapalnych w pęcherzu; miażdżyca nie gra tu roli, ani ogólna, ani miejscowa, zajmująca naczynia ściany pęcherzowej. Wskutek tych zmian w ścianach pęcherza kurczliwa jego energia słabnie, nie może on wyprzeć całego nagromadzonego moczu, przyczem dno pęcherza zagłębia się poza ujściem, ściślej przymocowanem do spojenia łonowego. Niewydolność pęcherza znacznie się wzmaga, jeżeli dołączą się zmiany zapalne, pozostałe po przewlekłej rzeżączce, lub wywołane przypadkowo (n. p. zakażenie przy cewnikowaniu).

Ogólne wnioski autora nie wiele różnią się od zapatrywań Ciechanowskiego i są następujące: *a)* Niedomoga pęcherza u starców, nosząca klinicznie nazwę „prostatyzmu", nie jest jednolitą jednostką chorobową, lecz sprawą złożoną; ma ona jednak zawsze wyraźną podstawę anatomiczną; *b)* nie zależy od zwyrodnienia tłuszczowego mięśni pęcherza, ani od otłuszczenia; *c)* nie jest w związku z miażdżycą tętnic pęcherza, gdyż zmiany w tych naczyniach nie pozostają w stałym stosunku do zmian ściany pęcherza; *d)* przyczyny niedomogi pęcherza u starców są następujące: 1. zanik mięśnia pęcherzowego i rozwój nadmierny tkanki łącznej; 2. mechaniczna przeszkoda dla odpływu moczu, usadowiona w ujściu pęcherza (fałd zastawkowaty, lub guzek zastawkowaty, powstający z powiększonych gruczołów dodatkowych, znajdujących się stale w ujściu), lub w krokowej części cewki (powiększenie płatu bocznego gruczołu krokowego); 3. przewlekły nieżyt pęcherza, wzmagający działanie tamtych dwóch przyczyn przez wywołanie dalszych zmian w ścianie pęcherza; 4. w rzadkich przypadkach kamienie pęcherzowe, wzmagające również działanie tamtych przyczyn, a wyjątkowo stanowić mogące przyczynę pierwotną niedomogi pęcherza. *e)* Zmiany ściany pęcherza mogą same być przyczyną jego niedomogi, ale zazwyczaj główną przyczyną jest przeszkoda mechaniczna w odpływie moczu; *f)* skłonność do tych wszystkich zmian wzrasta z wiekiem; *g)* najwybitniej występuje niedomoga w tych przypadkach, w których równocześnie spotkają się wszystkie przytoczone czynniki (zanik mięśnia, rozwój tkanki łącznej, zapalenie pęcherza i powiększenie gruczołu krokowego).

W drugiej części pracy podaje autor makroskopowy i mikroskopowy obraz gruczołu krokowego prawidłowego, opierając się na najnowszych badaniach (Walkera, Antoniniego i innych), a następnie przechodzi do opisu przerosłego gruczołu krokowego na podstawie badań własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa. Przerosłe gruczoły krokowe, które badał autor, ważyły 27 do 180 gramów, posiadały spójność rozmaitą, na przekroju, odpowiednio do spójności, przedstawiały się bądź jako ciało gąbczaste, bądź jednolite. Co do cech makroskopowych, to autor nie zauważył nic szczególnie nowego: w sprawie powstawania „płatu średniego" przychyla się do zapatrywań Joresa, według którego przyczyna tej postaci przerostu leży w gruczołach dodatkowych, znajdujących się w tylnej wardze ujścia pęcherzowego.

Badając pod mikroskopem zachowanie się poszczególnych składników utkania w przerosłych gruczołach krokowych, stwierdził autor, że mięśnie gładkie zdają się nigdy nie ulegać prawdziwemu przerostowi; jeżeli zaś spotyka się gdzieniegdzie obficiej komórki wrzecionowate, podobne na pierwszy rzut oka do mięsnych, to zapomocą barwienia sposobem Malloryego łatwo się przekonać, że są to komórki młodej tkanki łącznej. Tkanka łączna w przerosłych gruczołach krokowych jest zawsze obfitszą i różni się od prawidłowej tkanki łącznej gruczołu wystąpieniem nacieków drobno-okrągłokomórkowych, oraz ognisk wyraźnie bliznowatych. Jedne i drugie leżą najczęściej w bezpośredniem sąsiedztwie gruczołów, t. j. tuż pod ich wyściółką nabłonkową; często widzieć można, że otaczają dookoła przewód gruczołowy, wywołując jego zwężenie, a nawet zupełne zamknięcie. Ilość tkanki elastycznej w powiększonych („przerosłych") gruczołach krokowych pozostaje bez zmiany. Przestrzenie gruczołowe w przerosłych gruczołach krokowych są rozszerzone, a nabłonek ich w miarę tego rozszerzenia spłaszcza się i w końcu zanika; zanikają też stopniowo, w miarę wspomnianego rozszerzenia, przegrody między sąsiednimi gruczołami. W rozszerzonych gruczołach znajduje się zawsze treść, złożona ze złuszczonych nabłonków, ciałek skrobiowatych i ciałek białych krwi, w rozmaitym stopniu ze sobą pomięszanych.

Zgodnie z Socinem i Ciechanowskim dochodzi autor do wniosku, że to rozszerzenie przestrzeni gruczołowych jest główną podstawą powiększenia się „przerosłych" gruczołów krokowych. Rozszerzenie to może występować albo ogniskowo, zajmując grupę gruczołów, mających wspólny przewód, wskutek czego powstają guzy, wypuklające się na świeżym przekroju przerosłych gruczołów krokowych, „gruczolaki rzekome", jak je nazywa Ciechanowski; lub też rozszerzenie takie zjawia się nieregularnie w różnych okolicach narządu, w gruczołach, nie mających wspólnego przewodu. W obu przypadkach to rozszerzenie gruczołów jest skutkiem zwężenia lub zamknięcia przewodów, odprowadzających wydzielinę z całej grupy lub z pojedynczych gruczołów, przez naciek lub blizny

w tkance łącznej podścieliskowej. W podobny sposób przy zaciśnięciu dróg wydzielniczych wytwarzają się drobne torbielki w przewlekłem zapaleniu sutka i w pewnych rodzajach przewlekłego zapalenia nerek. Że rzeczywiście rozszerzenie gruczołów, wywołane zmianami łącznotkankowemi, usadowionemi około przewodów, jest przyczyną t. zw. przerostu gruczołu krokowego, dowodzi rzadkość przerostu przedniego spoidła gruczołu krokowego, w którem gruczoły znajdują się według Aschoffa tylko wyjątkowo, a więc w którem zazwyczaj brak materyału do t. zw. przerostu. Bardzo ważną rolę w powstawaniu powiększenia gruczołu krokowego gra umiejscowienie zmian łącznotkankowych w podścielisku; nacieki i blizny podścieliska muszą pociągnąć za sobą tem znaczniejsze i rozleglejsze rozszerzenie przestrzeni gruczołów obwodowych, im leżą bliżej cewki moczowej, t. j. im grubsze przewody otaczają i zaciskają. Zmiany podścieliska, usadowione tylko na obwodzie, a nie dotyczące środkowych części gruczołu krokowego, sprowadzić mogą — odwrotnie — zmniejszenie całego narządu. Na to ważne znaczenie umiejscowienia zmian podścieliska, wykazane przez Ciechanowskiego, kładzie autor wielki nacisk, a zapatrywania swoje na histogenezę t. zw. przerostu gruczołu krokowego wogóle określa zgodnie z Greenem i Brooksem, jako nie różniące się od zapatrywań Ciechanowskiego, przytaczając te ostatnie dosłownie.

W trzeciej części pracy Crandon zajmuje się przyczynami opisanych zmian drobnowidowych w gruczole krokowym: roztrząsa krytycznie wygłoszone dotąd teorye i dochodzi do wniosku, że główną podstawą tych zmian są przewlekłe sprawy zapalne; pewne znaczenie posiadać też mogą starcze zmiany wsteczne.

W końcu autor streszcza swoje zapatrywania w następujący sposób: 1. Wspólną przyczyną zwykłej postaci powiększenia (przerostu) gruczołu krokowego i pewnych rodzajów jego zaniku jest wytwarzanie się tkanki łącznej, wskutek zmian zapalnych, zakaźnych, lub tychże zmian w połączeniu z wstecznemi sprawami starczemi: 2. Przyczyną tych zmian zapalnych i zakaźnych jest, jak się zdaje, najczęściej rzeżączka, za czem przemawia: *a)* wielka jej częstość wogóle, *b)* rzadkość innych przyczyn zapalenia w tej okolicy, *c)* ogromne podobieństwo zmian histologicznych rzeżączkowych ze zmianami histologicznemi w t. zw. przeroście gruczołu krokowego. 3. Zdarzają się prawdziwe włókniaki i gruczolaki gruczołu krokowego, lecz są bardzo rzadkie.

Praca ilustrowana jest kilkunastu doskonałemi fotografiami drobnowidowemi. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Herzberg. **Czy w jamie ustnej oseska, karmionego przez mamkę, znajdują się paciorkowce.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1, 1903). Do badań brał autor dzieci dobrze rozwinięte, zdrowe, karmione przez zdrowe mamki, jużto z praktyki prywatnej, już też brane ze szpitali. U wszystkich znalazł paciorkowce tak w preparatach mikroskopowych, jak i w hodowlach. Paciorkowce układały się czasami w długie, czasami w krótkie łańcuszki. *P.*

Garrè. **Przypadek prawdziwego obojnactwa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Dwudziestoletni osobnik, wychowany jako chłopak, zgłosił się do kliniki. Budowa jego ciała odpowiadała kobiecej, co 4 tygodnie były regularne krwawienia z narządu rodnego. Narząd ten przedstawiał się jako dobrze rozwinięty, nie mający otworu członek; wiotkie, dobrze owłosione części rodne, obejmujące otwór, który komunikował z pęcherzem. Badanie przez odbytnicę wykazało po stronie lewej postronek, zdążający od cewki ku linii bezimiennej aż do dwóch tworów wielkości jaja gołębiego, obok siebie leżących, z których jeden był nieco guzowaty; po prawej jedno tylko ciało, leżące przed kanałem pachwinowym, co do którego nie dało się rozstrzygnąć, czy to był jajnik, czy jądro. Operacya i następowe badanie histologiczne ciała po stronie prawej wykazały obecność jądra i przyjądrza, jajnika i przyjajnika, z czego wynika, że osobnik ten był prawdziwym obojnakiem. Przypadki, przytaczane w piśmiennictwie, nie wytrzymują krytyki: przypadek Salena demonstrowany w niemieckiem Towarzystwie patologicznem nie jest opisany. Właściwe znaczenie opisanego przypadku polega na tem, że po raz pierwszy znaleziono u tego samego osobnika żyjącego jądro i jajnik, a temsamem udowodniono istnienie prawdziwego obojnactwa. *B. Żmigród.*

Goebel. **Ciąża powikłana z rakiem części pochwowej.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48, 1902). Według zdania autora, jeżeli się znajdzie w macicy ciężarnej zmiany rakowate, należy ratować życie matki, to jest usunąć macicę rakowatą, a nie zwracać zupełnie uwagi na płód z wyjątkiem tych przypadków, gdzie płód wydobyty jest zdolny do życia. W tych właśnie przypadkach należy wydobyć płód, a potem macicę. W miesiącach wcześniejszych ciąży trzeba wydobyć macicę wraz z płodem, najlepiej przez pochwę: udawać się to ma do 5-go miesiąca ciąży, w miesiącach późniejszych drogą laparotomii. W końcu opisuje autor wydobycie macicy ciężarnej w 6-tym miesiącu ciąży, dotkniętej rakiem części pochwowej. *P.*

Bogdanik. **Niedrożność jelita przy kamicy żółciowej.** (*Wiener med. Presse* 45, 1902). W dwóch przypadkach robił autor laparotomię: w jednym z powodu rozpoznanego wpochwienia, w drugim z powodu niedrożności jelita bez bliższego określenia przyczyny. Tymczasem okazało się przy operacyi, że przyczyną niedrożności w obu przypadkach były duże kamienie żółciowe, chociaż przed operacyą nie było żadnych objawów, świadczących o jakiemkolwiekbądź schorzeniu dróg żółciowych. Istnieć więc mogą przypadki kamicy żółciowej, w których się wytwarzają duże kamienie, przechodzą przez drogi żółciowe do dwunastnicy, a później dają powód do zamknięcia jelita, mimoto jednak nie występują przedtem żadne zgoła objawy ze strony dróg żółciowych. *B. Żmigród.*

Kristinus. **Ciąża trąbkowa obustronna.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). U wieloródki, która odbyła cztery porody prawidłowe i jeszcze karmiła ostatnie dziecko, znalazł autor ciążę trąbkową obustronną. W jednej trąbce całe jaje płodowe utrzymane, usadowione było w części trąbki w całości utrzymanej bliżej macicy; odwrotnie w trąbce drugiej jaje usadowione było w brzusznym końcu trąbki. Trąbka na szczycie guza była pęknięta, przez otwór wylała się część krwi do jamy brzusznej, reszta zaś w postaci skrzepów otaczała jaje. Przy wykonanej laparotomii wycięto obie trąbki wraz z jajnikami, mimoto w odpowiednim czasie po wyzdrowieniu pojawiła się zupełnie prawidłowa miesiączka. Autor przypuszcza, że obustronna ciąża trąbkowa powstała dlatego, że osoba ta przebyła po ostatnim porodzie zapalenie obu trąbek z obfitym odpływem, skutkiem czego trąbki były łatwiej drożne, a macica sama zanikła skutkiem karmienia. *P.*

Bronsztejn i Grinblat. **Różniczkowe rozpoznanie lasecznika błoniczego od rzekomobłoniczego.** (*Russkij Archiw patologii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1902, tom XIV, zeszyt 5). Laseczniki błonicze, rozwijając się w bulionie, zmieniają jego odczyn, jak wiadomo, na kwaśny; laseczniki zaś rzekomobłonicze nie wytwarzają wcale kwasu, lub co najwyżej ślad jego, w wielu zaś razach nawet podnoszę alkaliczność bulionu. Cecha ta, według Neissera, jest najważniejsza dla różniczkowego rozpoznania. B. i G. podają własny sposób dla tem łatwiejszego i ściślejszego oznaczenia zmiany odczynu bulionu. W tym celu posługują się nieco zmienionym odczynnikiem Mańkowskiego, który od najmniejszych ilości kwasu barwi się na czerwono, od najmniejszego zaś śladu alkaliczności — na zielono. Składa się on z dwóch części roztworów: I—*2,0 indigo carmini* i *100,0 aq. dest.*, II—*10,0 säurefuchsinii 100 ctm.*^{3} 1% *KOH;* przed użyciem roztwory te mięszają się w następującym stosunku: 2 części I-go + 1 część II-go + 22 części wody przekroplonej. Bulion powinien zawierać $^1/_2\%$ glukozy i mieć odczyn obojętny na odczynnik Mańkowskiego. Zasiawszy na bulion badaną hodowlę, wstawiamy go do termostatu; po upływie doby dolewamy do bulionu 3 krople odczynnika Mańkowskiego. Jeśli mamy do czynienia z hodowlą lasecznika błoniczego, bulion barwi się natychmiast na czerwono; jeśli zaś badany lasecznik jest rzekomobłoniczy, to wystąpi barwa zielona, pojawiająca się po upływie 1—2 minut; dopiero po następnych 12-tu godzinach zabarwienie to zmienia się na czerwone. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Arnold W. W. Lea. **Przypadek nagłego wypadnięcia cewki moczowej.** (*Journal of obstetrics and Gynaecology of the Britisch Empire.* Styczeń, 1903). Wypadnięcie cewki moczowej zdarza się zwykle u dzieci, lub starszych kobiet, u których narządy rodne są zmienione i zwiotczałe. W przypadku opisanym wypadnięcie nastąpiło u 35-letniej, zdrowej, dobrze rozwiniętej osoby. Między wargami mniejszemi, w miejscu odpowiadającem ujściu cewki, sterczał bardzo bolesny i łatwo krwawiący siny guz, podobny do krwawnicowego. Odprowadzenie nawet w uśpieniu było niemożliwe; odcięto przeto u podstawy wysterczającą część i obszyto błonę śluzową katgutem. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Dr. C. Neck. **W sprawie przepłókiwań żołądka.** (*Ctrbl. für Chir.* 1902, Nr. 52). Przygotowując chorego do operacyi w żołądku, przepłókuje go N. sondą lewarową w położeniu poziomem chorego tak długo, aż wylewający się płyn stanie się zupełnie czysty. Wówczas, nie wyjmując sondy, układa chorego skośnie (głowa nizko, a miednica bardzo wysoko) i wtedy jeszcze zwykle znaczne ilości wody się wylewają. Doświadczenia na zwłokach wykazały, że w ten sposób można żołądek w zupełności opróżnić. (Do tego samego celu dojść można w sposób równie łagodny, używając np. pompy Jaworskiego. *Przyp. ref.*). *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Rudolph (Magdeburg). **Leczenie gruźlicy płuc przetworami wapna naprzemian z tuberkuliną.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 48, 1902). Nić przewodnia postępowania leczniczego, podanego przez autora, polega na znanem prawidle, że wyleczenie gruźlicy płuc można wówczas uważać za dokonane, jeśli w miejscu choroby wytworzył się przerost i bujanie tkanki łącznej, lub też ognisko gruźlicze uległo zwapnieniu; że ustrój jest istotnie skłonnym do takich zmian, nie ulega wątpliwości. Wstrzykiwania więc tuberkuliny mają pociągnąć za sobą właśnie rozrost tkanki łącznej: wiadomo bowiem, że tuberkulina wywołuje w ognisku gruźliczem przekrwienie, które znów, powtarzając się częściej, pobudza tkankę łączną do rozrostu. Z drugiej znów strony widać w ustroju ludzkim tę dążność do zwapnienia i otorbienia ciał obcych w ogólności, by je w ten sposób uczynić nieszkodliwemi; tę właściwość można znów wzmocnić, wprowadzając większe ilości wapna do ustroju. Autor więc stosował u swoich chorych wlewania wody wapiennej, a nadto trzy razy dziennie po ½ łyżeczki proszku: *Calc. carb., Calc. phosphor aa 20·00.* Obok tego od czasu do czasu wstrzykiwał tuberkulinę; wyniki miały być bardzo dobre i wielce zachęcające do dalszych prób. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Lange. **O zastosowaniu adrenaliny, jako leku tamującego krwotoki w przypadkach rozpaczliwych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Pierwszy raz zastosował autor adrenalinę w przypadku, w którym żaden ze środków tamujących krew nie doprowadził do celu; chory był krwawcem, a trzeba było z powodu ropówki dłoni zrobić nacięcie. Wytamponowano całą ranę gazą, zamaczaną w roztworze chlorku adrenaliny (*solutio adrenalini hydrochlorici*), zmięszanego w równych częściach z roztworem fizyologicznym soli kuchennej; krwotok ustał i nie powtórzył się więcej. Następnie użyto jej w dwóch przypadkach znacznego, opierającego się wszelakim lekom, krwotoku u chorych, operowanych z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Zauważono przytem, że wydzielina z rany od czasu zastosowania adrenaliny się zmniejsza, a tłomaczy się to zmniejszeniem zapalnego przekrwienia. Raz zastosowano adrenalinę przy uporczywem, długo trwającem krwawieniu z nosa, przyczem wysączkowano przewody nosowe gazą zmaczaną w adrenalinie i krwotok ustał. Stosowano adrenalinę i wewnętrznie: podawano raz w krwotoku płucnym, raz w wymiotach krwotocznych (2 razy po 30 kropli), i krwotoki ustawały. Przytoczonych sześć przypadków pouczyło, że zyskaliśmy w adrenalinie znakomity środek przeciwkrwotokowy, tembardziej, że sposób stosowania jest bardzo prosty, a szczególniej wygodny dla lekarza praktycznego. Dalsze spostrzeżenia wykażą, czy też nie da się środek ten zastosować w rozległych krwotokach macicznych. *B. Żmigród.*

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Dokończenie).

Dr. Stiles (Waszyngton). *Choroba wywołana tęgoryjcem (ankylostomiasis).* Autor podaje, że „ankylostomiasis" jest chorobą bardzo rozpowszechnioną między ludnością białą okolic piaszczystych w południowej części Stanów Zjednoczonych, a o wiele rzadszą na terenach gliniastych: jest więc przeważnie chorobą obszarów piaszczystych.

Niedokrewność w stanach południowych piaszczystych, przypisywaną przedtem zimnicy i złemu odżywianiu się, należy odnieść w rzeczywistości do zakażenia tęgoryjcem.

Dr. Jamgoth (Aleksandrya). *Leczenie przymiotu u Arabów, jego niebezpieczeństwo pod względem społecznym i niezbędne pod tym względem reformy.*

Mowca opisuje różne zajmujące a nie naukowe sposoby leczenia przymiotu u Arabów, dziwiąc się, że mimo tego partactwa choroba ta tak łagodnie przebiega w Egipcie i radzi aby: 1) Ustanawiać w głównych miastach Egiptu i Sudanu zakłady, gdzieby chorym ubogim wydawano lekarstwa bezpłatnie. 2) Pouczać publiczność zapomocą wykładów, prasy, broszur itp. o okolicznościach, powodujących zakażenie i o niebezpieczeństwach przymiotu nieleczonego z punktu widzenia osobistego i społecznego. 3) Ustanowić prawo, mocą którego każdy wstępujący w związek małżeński miałby obowiązek dostarczenia świadectwa lekarskiego, że jest zdrów pod tym względem.

Dr. Engel bey (Kair). *Klimat Egiptu.*

Egipt, otoczony ze wszystkich stron pustyniami, z wyjątkiem morza śródziemnego, posiada klimat pustynny, charakteryzujący się wysoką ciepłotą i znaczną różnicą między stopniem ciepłoty w dzień a w nocy. Różnica ta w miarę zbliżania się ku równikowi staje się coraz wybitniejszą. Nad brzegami morza śródziemnego klimat jest więcej umiarkowany, ztąd i ta różnica nieznaczna. W Egipcie wieje przeważnie wiatr północny, a tylko na wiosnę wiatr południowy, zwany „hamsin". Pod koniec jesieni i w zimie padają czasem deszcze: częściej w Aleksandryi, rzadziej w południowej części Egiptu. Śniegu niema nigdy. Miesiąc styczeń jest najzimniejszy. Średnia ciepłota w Kairze jest w tym czasie 7°, *maximum* 22°. Niebo ciągle pogodne, słońce zawsze jasne, a świeci w każdym razie dłużej, niż gdziekolwiek indziej. Lato jest gorące: średnia ciepłota w Kairze 29°, w Assuan 35°, w Aleksandryi 27°. Długie upały letnie sprawiają, że obcokrajowcy stają się nerwowymi, niedokrewnymi i doznają ogólnego osłabienia; ulegają też cierpieniu niemało: krążenie krwi, łaknienie, czynności przewodu pokarmowego i narządów wewnętrznych. Choroby przewodu pokarmowego i narządów wewnętrznych przeważają zatem w Egipcie, podczas gdy choroby piersiowe są daleko rzadsze, niż w Europie. Gruźlica płuc, która przepełnia sale szpitalne w Europie, stanowiła tylko nieznaczny odsetek i to przeważnie tylko między sudańczykami, przybyłymi z kraju cieplejszego, niż Egipt. Gościec stawowy jest daleko rzadszy, a przymiot, jakkolwiek bardziej zaniedbywany przez tubylców, przebiega daleko łagodniej, niż w Europie. Gościec stawowy jest rzadkością, ztąd i choroby sercowe, wynikające z gośćca, są rzadkie; natomiast często występują one w następstwie nadużywania kawy, tytoniu i korzeni. Zapalenia spojówek i choroby skórne są bardzo częste, jak niemniej choroby, spowodowane przez pasorzyty narządu pokarmowego, oraz przez komary. Klimat Egiptu, szczególniej w zimie, jest odpowiedni do leczenia chorób przewlekłych, dla których zimno i wilgoć są przeciwwskazane i dla chorych, którzy szukają słońca, czystego i suchego powietrza, a są jeszcze na tyle silni, aby znieść trudy podróży. Jest rzeczą naturalną, że chorzy powinni spędzić czas najzimniejszy w górnym Egipcie, mniej zimny w Heluan i Kairze, a potem, stosownie do sezonu, w Aleksandryi.

Dr. Saleh bey (Kair). *Leczenie poospowych owrzodzeń guzkowych t. zw. metodą metaliczną.*

Zważywszy, że powietrze, otaczające światło, oraz zmiany atmosferyczne, przyspieszają ropienie pryszczów, rozmyślał autor nad tem, aby stworzyć błonkę obojętną, nierozpuszczalną i nieprzemakalną, jednem słowem wytworzyć sztuczny przybłonek, przylegający do powierzchni ranki, pod którymby się miała wytworzyć blizna. Używał on w tym celu listków złota metalicznego i miał otrzymać zdumiewające wyniki. Ciepłota ciała opadała, majaczenia ustawały, a co najważniejsza, nie było blizn poospowych, tak szpecących oblicze.

Dr. Parissis bey (Kair): *Medycyna w Abisynii.*

Dr. Parissis, który przez 2 lata pełnił obowiązki naczelnego lekarza Negusa Jana, odczytał studyum, poparte licznymi dowodami, o medycynie w Abisynii. Opisuje on rozlegle sposoby, używane przez Abisyńczyków w celu leczenia chorób zakaźnych, zimnicy, ospy, przymiotu, chorób skóry, słoniowaciny, trądu, chorób przewodu pokarmowego itd. Zwraca uwagę, że przez te dwa lata nie zdarzyło mu się leczyć ropnia wątroby, ani gruźlicy. Przymiot zaś, jako taki, nie jest bardzo złośliwy. Wogóle można powiedzieć, że choroby leczą się prędko w tym kraju szczególnie zdrowym. Jak za czasów Galena stosują Abisyńczycy rodzaj leczenia ludowego, używając tak na zewnątrz jak na wewnątrz różnych wydzielin organicznych w celach leczniczych. Jak dalekimi są od mikrofobii, tak również nie mają osławionych dzisiejszych surowic, jak niemniej większej ilości przetworów chemicznych, które przemysł dzisiejszy z pomocą często podstępnych reklam sprzedaje, a łatwowierni je stosują z lekkiem sercem, wysyłając nieszczęsnych pacyentów do ciemnego królestwa Plutona.

Dr. Eid (Kair). *Medycyna i lekarze w Egipcie.*

Niektórzy badacze przypuszczają, że medycyna w właściwem tego słowa znaczeniu nie istniała w dawnym Egipcie. Inni znowu, wnosząc z ogólnej oświaty Egipcyan, twierdzą, że istniała i była dość naprzód posunięta. Odkrycie różnych papyrusów potwierdza to drugie przypuszczenie. W istocie istniała medycyna religijna i fizyczna, a lekarze dzielili się na lekarzy magików i fizyków, tak więc Egipt, kolebka umiejętności wogóle, jest także kolebką medycyny, a my lekarze jesteśmy następcami kapłanów egipskich. Lekarze fizycy dzielili się na lekarzy ogólnych i specyalistów. Herodot np. wykazuje, że w VI wieku przed Chrystusem okuliści egipscy byli bardzo sławni i że istnieli dentyści i interniści. Wzywano najprzód magików, a gdy ci choroby nie usuwali, proszono fizyków. Dr. Eid dzieli swoją pracę na 5 okresów. W pierwszym, — starożytny Egipt, — omawia medycynę egipską, autorów i lekarzy, praktykę

lekarską i środki lecznicze na podstawie *a)* papyrusów berlińskiego, *b)* Ebersa, *c)* Zoega, *d)* kahaun, następnie patologię i dyagnostykę, anatomię, chirurgię, położnictwo i ginekologię. Medycyna egipska w tym okresie może charakteryzowała się trzema kierunkami: empirycznym, religijnym i polifarmaceutycznym. Pozbawiona z punktu widzenia naukowego, charakteru umiejętności, jeśli nie usprawiedliwia podziwu, który jej niektórzy bez powodu przyznają, to przynajmniej przedstawia wielki interes historyczny. W każdym razie nie zasługuje na pogardliwe traktowanie, jak to niektórzy chcieli. Dawną naukę egipską pochłonęła nauka grecka, budując swe mury na jej podwalinach. Historya medycyny egipskiej kończy się z przejściem Egiptu pod panowanie macedońskie. W drugim okresie, — szkoła aleksandryjska, — Grecy wstępowali w ślady Egipcyan, dzieląc medycynę na kilka specyalności, przynosząc z sobą upodobanie do rozmyślań i teoryj, w przeciwieństwie do Egipcyan, więcej skłaniających się do lekarstw, zawikłanych formuł i empiryzmu. Wtedy to rozpoczęto sekcyę zwłok, a pierwszymi anatomami byli Erasystrat i Herofil. Nadto przytacza prelegent Orybaza z Pergamu, Aecyusa, Diarbekira. Galen był też przez długi czas w Aleksandryi, zbierając materyał do swego dzieła. Okres trzeci, — medycyna arabska w Egipcie, — dzieli Eid na czas przed i po zaprowadzeniu islamu. Medycyna arabska opierała się z początku na dziełach szkoły Aleksandryjskiej, a w szczególności na nauce Galena, — na którą znowu, jak wspomniano wyżej, wywarła swój wpływ medycyna dawnych Egipcyan. Później wiadomości perskie, syryjskie i indyjskie sprowadziły pewne zmiany, do których Arabowie z kolei dołączyli swoje zwyczaje, religię muzułmańską i owoce badań osobistych. Piśmiennictwo lekarskie Arabów jest olbrzymie; mała jego część została ogłoszoną lub przetłómaczoną; wielka ilość jeszcze pozostaje nagromadzona w bibliotekach, gdzie szukając i badając, znalezionoby może inne szczegóły, które dotychczas nie doszły do naszej wiadomości. Podczas czwartego — okresu mameluków — powrócono do medycyny początkowej. Kilku Mograbów leczyło choroby, stosując bańki, przypalając ogniem itd. Niektórzy z nich jednak uczyli się w specyalnych szkołach lub własnych domach i otaczali się ubogimi chłopcami, których uczyli swej sztuki, a którą oni znowu przekazywali innym. Nauka, która kwitnęła dawniej, wygasła; pozostali szarlatani, wyzyskujący wiarę ludu, prości empirycy, jako lekarze, oraz felczerzy, jako chirurdzy. Piąty — okres Mehmeta Alego, — to okres rozkwitu i postępu: on to w r. 1827 ustanowił szkołę medyczną z profesorami Francuzami, do której dołączono potem szkołę przygotowawczą do szkoły medycznej, a następnie szkołę farmaceutyczną i szkołę dla położnych. Szkoła ta, przechodząc różne fazy, jest obecnie przekształcona na sposób szkół angielskich, a wykłady w niej odbywają się po angielsku. Obok znajduje się szpital na 600 łóżek, gdzie uczniowie ćwiczą się w badaniu chorych i wykonywaniu operacyj. W r. 1825 Mehmet Ali ustanowił rodzaj służby sanitarnej wewnętrznej, która po odpowiednich zmianach i organizacyi do tego czasu istnieje pod nazwą „Services sanitaires“. Nadto w r. 1831 ustanowił Mehemet Ali tzw. „Radę sanitarną morską i kwarantanową“, prosząc do współudziału konsulów obcych mocarstw, przebywających w Aleksandryi, która w obecnych czasach ma za zadanie ochronę Egiptu i Europy przed epidemiami, zawlekanemi z zewnątrz. Tak więc dzięki założycielowi obecnej dynastyi, wielkiemu Mehmetowi Alemu, zawdzięczamy, że Egipt został uwolniony od dzikości Mameluków, a natomiast jest otwarty dla cywilizacyi, nauki i medycyny. Medycyna na nowo zażywa opieki i kwitnie nad brzegami Nilu. Prace i badania mnożą się w pracowniach, klinikach prywatnych i różnych szpitalach, a lekarze egipscy i obcokrajowcy pracują obok siebie, dzięki tolerancyi religijnej. Najwymowniejszym tego dowodem obecny Zjazd.

Dr. Batko.

VIII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakonczenie.

(Dokończenie).

Na zakończenie rozdziału o chorobach narządu płciowego podług Galena wypada jeszcze wspomnieć o zmianach sutków niepołogowych. Tu należą rozpadliny brodawek i zapalenia sutków, o którychby raczej w patologii połogu mówić należało. Ponieważ jednak Galen nie wylicza tych cierpień, jako wikłających połóg, musimy więc i my tutaj o nich wspomnieć. Nad rozpadlinami brodawek nie zastanawia się Galen wiele, ograniczając się jedynie do podania sposobu ich usunięcia. Jako najodpowiedniejsze uważa przykładanie na chorą brodawkę roztartych ślimaków morskich z białkiem jaja, lub z mlekiem oślem. Czas trwania cierpienia oblicza na 20 dni. *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI).*

Cokolwiek więcej, niżeli wyżej omówione cierpienie, zajmuje Galena zapalenie sutków. Galen obserwuje bardzo dobrze trzy okresy rozwoju tej sprawy, a mianowicie: przekrwienie, naciek i okres trzeci, w którym zmiana przechodzi w ropienie. Dziwnym zbiegiem okoliczności najwięcej obawia się Galen tak ze względu na pacyentkę, jak i ze względu na życie płodu, (jeżeli ma z kobietą ciężarną do czynienia), okresu przekrwienia, gdyż wtedy bywa górna część ciała silnie przekrwioną, a nadmiar krwi może się łatwo do głowy dostać. Jak w tylu innych przypadkach, tak zastrzega się i tym razem, że sam tego wprawdzie nie spostrzegał, lecz że polega na Hipokratesie *(in aph. Hippocr. com. quint. 40).*

W miarę dalszego trwania cierpienia przechodzi ono w okres drugi *(„mammae durae“)*, który się odznacza szczególniejszą twardością i bolesnością sutków. Ten okres nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, nawet wtedy, gdy przechodzi w trzeci, t. j. we właściwe zapalenie *(„inflammatio“)* sutka, przeciw któremu Galen zaleca cały szereg rozmaitych środków. Tu należą: ziemia cymolijska, kadzidło roztarte na olejku różanym, koryander, alun i psinka w formie plastra woskowego, chleb z miodem lub winem, siemię lniane z octem i wiele innych. *(de remed. parabil. lib. II. cap. XV i XVI).*

Bardziej, aniżeli wymienione choroby sutków może nas zająć ich rak z powodu stanowiska, powiedzmy zaraz, bardzo postępowego, jakie Galen wobec niego zajmuje. Na podstawie tego, cośmy wyżej o raku macicy powiedzieli, można się z góry domyśleć, jak się będzie zachowywał wobec raka sutka. Galen uważa to cierpienie za następstwo nadmiaru czarnej żółci, a z powodu jego własności rozszerzania się zapomocą korzeni, za bardzo złośliwe. Wobec tej jego własności bywa lekarz zazwyczaj bezsilny. Dlatego też powinien on, zauważywszy niemożność doszczętnego wyleczenia, ograniczyć się do łagodzenia jedynie istniejących przypadłości, nie stosując właściwych leków, gdyż one sprowadzają w tych rozpaczliwych przypadkach jedynie pogorszenie. Jeżeli jednak jest nadzieja usunięcia drogą operacyjną i to nożem całego nowotworu, natenczas jest za tem, by tego sposobu nie zaniechano. Wierny swej teoryi o powstawaniu złośliwych nowotworów, radzi przed operacyą zapomocą środków czyszczących chory ustrój należycie opróżnić z czarnej żółci, a nie zakończyć zabiegu, dopóki się nie wyciśnie krwi z przeciętych żył. W ten bowiem sposób można wydalić korzenie nowotworu, znajdujące się w najbliższem jego sąsiedztwie. Leczenie pooperacyjne jest takie samo, jak przy wrzodach. *„ubi vero totum quod vitiatum est prorsus excideris sic ut nulla supersit radix, sines effluere sanguinem, nec propere eum retinebis, imo premendo potius quae circum sunt venas exprimes ex iis crassiorem sanguinem: mox aliis ulceribus similiter curabis“. (methodus medendi lib. XIV. cap. IX. K. X).* Co się tyczy narzędzia, którym ten zabieg wykonywano, niema pod tym względem pewności, ponieważ przypisywana Galenowi *„isagoge“* wspomina o rozpalonem żelazie, lub o rozpalonych nożyczkach. Czy Galen używał tego, lub innego narzędzia, to jest obojętne i okoliczność ta nie jest w stanie ani zwiększyć, ani zmniejszyć jego zasługi. Dla historyi operacyi pozostaje rzeczą pewną, że Galen operował wśród odpowiednich warunków raka sutków. Wobec dzisiejszego stanu nauki musimy jeszcze podziwiać bystrość umysłu Galena, która mu nakazywała nie szczędzić krwi w naczyniach prze-

ciętych, ale owszem je opróżniać, jak gdyby chciał wypustki nowotworów z nią wydalić. Wszak i dzisiaj obawiamy się przenoszenia się ognisk nowotworowych przez krew w naczyniach przeciętych.

Zadalibyśmy jednak kłam faktom historycznym, gdybyśmy chcieli twierdzić, że Galen był pierwszym, który wskazał w leczeniu raka właściwy kierunek: miał on pod tym względem rywala w osobie Celsusa, który stosował w tem cierpieniu obok środków leczniczych rozpalone żelazo i nóż. Z wyników operacyjnych nie jest jednak bardzo zadowolony, gdyż pomimo operacyi zdarzają się często nawroty i dlatego w pierwszym rzędzie jest za użyciem leków, tembardziej, że nowotwór często już po zabliźnieniu się pola operacyjnego dalej buja. Podobnie jak nóż nie zadowalnia go często i rozpalone żelazo. *(Celsus lib. V. cap. XXVIII).* Stanowisko, które Celsus zajął wobec tej operacyi, nie jest, zwłaszcza w stosunku do Galena, bardzo postępowe, dla historyi chirurgii sutków jest jednak ten rozdział bardzo ważny, gdyż stanowi bardzo pewny i najdawniejszy dowód, że już w świecie starożytnym używano noża w leczeniu chorób sutków. Hipokrates, przypisujący powstawanie raka sutków wstrzymywaniu się miesiączki, nie wspomina wcale o operacyjnem jego leczeniu.

Zestawiając wyniki naszego studyum, dochodzimy do przekonania, że w pracach Galena plon dla ginekologa nie jest zbyt obfity, ale też nie jest znowu tak źle, jak o nim Kleinwächter powiada. Uwzględniając bowiem niezbyt bogatą literaturę ginekologiczną starożytnego świata, musimy mu być wdzięczni za tych kilka uwag ginekologicznych, któremi nas obdarzył. Uwagi te staną się tem cenniejszemi, jeżeli uwzględnimy fakt, że Galen sam nie wykonywał praktyki ginekologiczno-położniczej, że więc wiele jego uwag pochodzi od innych autorów, jego poprzedników lub rówieśników, których dzieła nas nie doszły, a które, jak często na to zwraca uwagę, za jego pośrednictwem zostały przekazane potomności.

Tej części ginekologii, którąby Galen mógł najbardziej wzbogacić już na podstawie swoich studyów przygotowawczych, t. j. anatomii nie posunął naprzód. Owszem, opierając ją na spostrzeżeniach, robionych na zwierzętach, cofnął ją wstecz. Opis macicy z powodu tego mniej odpowiada rzeczywistości, aniżeli u niejednego jego poprzednika. Zasługę ma w dokładnem odróżnieniu części pochwowej od reszty trzonu i w opisie przebiegu trąbek, poprawiając w ten sposób błąd Herofila. Jajniki znano już przed nim, a w sprawie błony dziewiczej nie przyniósł żadnego wyjaśnienia.

Fizyologii części rodnych nie pchnął naprzód pomimo wprowadzenia nowych teoryj. Stworzył wprawdzie fizyologię jajników, lecz ta, jako odpowiadająca jego fałszywym zapatrywaniom o tym narządzie, nie przedstawia żadnego postępu. Dobrze pojął znaczenie jąder męzkich.

W embryologii stosuje w głównych zarysach naukę Hipokratesa, podczas gdy w fizyologii płodu znacznie się naprzód posunął.

Fizyologia i patologia ciąży i porodu nic nie zyskały na Galenie, jak to naprzód przyjąć można było. Jeżeli jednak uwzględnimy, że tych kilka uwag, które Galen w patologii porodu podaje, powtarza za innymi, musimy na podstawie naszych domysłów powiedzieć, że za jego czasów zachowywano się wyczekująco wobec położeń podłużnych, przy których nie poprzedzała główka, a gdy potrzeba zachodziła, wykonywano ekstrakcyę, tak jak to Celsus polecał. Przy położeniach poprzecznych z wypadnięciem drobnych części ściągano prawdopodobnie nóżki.

Połóg, nie przebiegający gładko, uważał Galen za rzecz dla kobiety bardzo niebezpieczną; najczęstszą przyczyną nieprawidłowego połogu bywa zatrzymywanie się odchodów. Zapatruje się więc nań podobnie, jak Hipokrates, stosując w głównych zarysach i jego leczenie.

Dyetetyka noworodka jest u Galena bardzo zbliżoną do dzisiejszej.

Chorób kobiecych niepołogowych Galen nie wymienia wielu. W porównaniu jednak z poprzednikami przybywają tu dwie, t j. choroby wnętrza macicy i choroby trąbek.

Wobec raka sutków zajmuje Galen stanowisko bardzo postępowe.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Regiec miał wykład: »O sztucznych kąpielach solankowych«.

* Izba lekarska zachodnio-galicyjska ukonstytuowała się d. 16. b. m. Prezesem wybrany został prof. R. Trzebicky, wiceprezesem Dr. J. Walczyński z Tarnowa. Do wydziału weszli: Dr. August Kwaśnicki, Dr. Adam Langie i Dr. Stefan Schoengut. Delegatem do kraj. Rady zdrowia wybrano Dra Adolfa Dietziusa z Jarosławia, a zastępcą Dra Stanisława Jabłońskiego z Rzeszowa.

* Urzędowa statystyka, dotycząca gruźlicy w Niemczech, przedstawia się jak następuje: w r. 1899 było w cesarstwie niemieckiem chorych na gruźlicę i z tego powodu niezdolnych do żadnej pracy 226,000. Od r. 1892 do 1900 zmarło na gruźlicę 1.066.722, t. j. rocznie osób 118.525. W zestawieniu z tą niemiecką statystyką znajdują się w gorszem położeniu Francya, Rosya i Austrya, — w lepszem zaś: Anglia, Holandya, Belgia, Szwajcarya i Dania. Najwięcej umiera z gruźlicy w Niemczech między 15 a 60 rokiem życia; na 1000 zgonów przypada z gruźlicy 317.

W październiku 1902 r. było w Niemczech 57 sanatoryów publicznych i 16 prywatnych, mieszczących razem 7000 łóżek, w których rocznie leczy się 30,000; 10 sanatoryów nowych jest na wykończeniu, 23 rozpoczęto budować. Do tego znakomitego rozwoju zakładów dla gruźliczych wielce przyczyniły się osoby prywatne, i zarządy miast, a kilka zakładów dla robotników stanęło z funduszów zamożnych przemysłowców. Na 100 chorych, leczących się w sanatoryach, wychodzi 67 zdolnych do pracy; 7 może się oddać lżejszemu zajęciu, 14 może pracować z przerwami, 11 pozostaje bez możności podjęcia pracy; 87 opuszcza sanatoryum uzdrowionych lub w stanie wybitnej poprawy; 8 nie doznaje zmiany; 3 wychodzi z pogorszeniem; 0,5 umiera.

Obliczając korzystne wyniki leczenia w sanatoryach chorych gruźliczych na zysk skarbu społecznego, okazuje się, że jeśli przedłuży się zdolność do pracy 9000 osobom w ciągu trzech lat, to, po odtrąceniu kosztów leczenia, społeczeństwo zyskuje 7,500,000 marek, nie mówiąc już o dobrodziejstwie uratowania biednych rodzin od nędzy. Autor przytoczonej statystyki sądzi, że żadne dzieło ludzkie nie jest równie miłosierne i korzystne, jak instytucya sanatoryów.

* Skarbnik Komitetu polskiego na międzynarodowy Kongres lekarski w Madrycie, kol. prof. Reiss, zawiadamia, że w myśl zarządzeń Komitetu gospodarczego Kongresu nie może już przyjmować dalszych wkładek wpisowych, które obecnie skierowywać należy wprost do skarbnika Kongresu w Madrycie.

* Prof. dr. Wachholz ofiarował do biblioteki Towarz. lekar. krak. siedm roczników czasopism polskich, nadsyłanych przez redakcye Komisyi sprawozdawczej do roczników »Virchowa — Hirscha«. Ofiarodawcy składam niniejszem serdeczne podziękowanie. *A. Wrzosek,* bibliotekarz Towarz. lekar. krak.

* Namiestnik przeniósł starszego lekarza powiatowego, Dr. Władysława Czyżewicza, do Jarosławia, oraz lekarzy powiatowych: Dr. Jacka Jabłońskiego do Sanoka i Dr. Stanisława Karpińskiego do Liska.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymał Ksawery Obmiński, lwowianin.

* W Warszawie ma być założony przez miasto instytut Pasteura.

Osobna komisya wypracowała plany i zaproponowała, aby instytut ten stanął na gruntach szpitala św Łazarza.

* W Berlinie w Zakładzie głuchoniemych odbędzie się od 4 do 23 maja dla lekarzy kurs badania i leczenia dzieci głuchoniemych. Na te kursa rząd wysyła lekarzy czynnych w zakładach dla głuchoniemych, opłacając im koszta podróży tam i napowrót, oraz dyety po 15 marek dziennie.

* Wydział lekarski, lekarze i medycy w Pradze obchodzili uroczyście d. 10 b. m. pięćdziesiątą rocznicę urodzin prof. Karola Maydla, kierownika kliniki chirurgicznej w Pradze.

* Urzędowa statystyka pruska stwierdza stopniowe, lecz znaczne obniżanie się śmiertelności z gruźlicy w Prusach. Na 10,000 żyjących; zmarło w r. 1876 osób 31, w 1891—27, w 1896—22, w 1901—20. W miastach śmiertelność większa niż po wsiach: w gminach miejskich zmarło z gruźlicy na 10.000 żyjących w r. 1876—36, w r. 1891—22, w gminach zaś wiejskich 28 i 17.

* Liczba kobiet, uczęszczających na uniwersytety niemieckie, spadła z 1200 na 887. Na ten stan rzeczy wpłynęło nieuwzględnianie przez władze uniwersyteckie świadectw dojrzałości z rosyjskich gimnazyów żeńskich, w których zakres nauk jest znacznie niższy niż w gimnazyach mężkich, a powtóre postanowienie senatów, ażeby kobietom, nieposiadającym, jak się okazało, potrzebnej wytrwałości, utrudnić przyjmowanie, gdyż na 2000 zapisanych w r. 1901, zaledwo 14 złożyło egzamin.

* Między 4 a 10 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Krakowie (1 przypadek), oraz w powiatach: borszczowskim (1 gm.), brzeskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podgórskim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), wielickim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VIII (22—28—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 44, zmarło osób 82, mianowicie: z gruźlicy 19 (5 zam.), z zapalenia płuc 8 (5 zam.), z płonicy 2, z odry 1 (zam.), z cholery niemowląt 3.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Barsony mian. zwyczajnym prof. ginekologii w Peszcie.

Nekrologia. Dnia wczorajszego zakończył życie w Krakowie Dr. Stanisław Koy, lekarz miejski, człowiek wielkiej cnoty i prawości. Przyszedł na świat w Podgórzu r. 1851; nauki średnie i lekarskie odbył w Krakowie. Pierwsze lata zawodu lekarskiego poświęcił doskonaleniu się w chorobach dzieci, pracując w szpitalach wiedeńskich i krakowskich, w szczególności zaś w szpitalu św. Ludwika, gdzie pełnił obowiązki sekundaryusza. W r. 1890 został mianowany lekarzem miejskim i na tem stanowisku dokonał żywota, ceniony przez spółobywateli i kolegów, kochany przez ludność ubogą, dla której był cichym dobrodziejem i opiekunem. Cześć Jego pamięci. W Mosciskach zmarł magister chirurgii Wilhelm Korner, lekarz miejski, w wieku. lat 65. Dr. Jan Kahl zakończył życie w Warszawie, licząc lat 52.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej (c. d.). Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 10. Lorentowicz: Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza. Palmirski i Kozicki: Przypadek wodowstrętu u człowieka z zejściem pomyślnem.

— *Postęp okulistyczny* (luty). Łuniewski: Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodzenia urazowego. Strzemiński: Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (dok.). Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie opasek ocznych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 10. Bakeš: Príspěvek ku radikálni operaci rakoviny děložni dle Wertheima. Wiesner: Pathologie smichu (dok.). Zahradnický: O dnešnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 19. Budin: Ubezpieczenie na życie dzieci. Gaucher: Klinika chorób skórnych i wenerycznych. Bazy: Zwężenie wrodzone cewki moczowej u człowieka.

— Nr. 20. Jayle i Gottschalk: Zwiedzanie muzeów włoskich. Wrażenia lekarskie. Desfosses: Medycyna i sztuka w Normandyi.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10. König: Gruźlica stawu kolanowego. Leczenie wyczekujące czy operacya? Snel: Odporność i znieczulenie. Cohn: Uzasadnienie teoryi rtęciowej wiądu rdzenia. Engel: W sprawie białkomoczu urazowego. Doll: Tętno dwubitne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11. Lindenthal: Miesiączka a ciałko żółte. Kilian: Spinka od koszuli, usunięta z dolnego płata lewego płuca drogą naturalną. Zappert: Badanie stanu serca i płuc u uczniów szkół wiedeńskich. Berka: Prątek ropy błękitnej w zapaleniu opon mózgowych. Glas: Tiosinaminowa próba w twardzieli nosa.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11. Fraenkel: Dopisek do planu pruskiej ustawy o zarazie. Troje: Przyczynek do sprawy tożsamości gruźlicy ludzkiej a bydlęcej. Wassermann i Schütze: Swoistość białka precypitującej surowicy i miara jego wartości w praktyce. Pröscher: O surowicy przeciwgronkowcowej. Boas: Przypadek wrzodliwego zapalenia okrężnicy wyleczony na drodze operacyjnej. Manassé: O wyłuszczeniu jelita.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10. Fleiner: Tężyczka pochodzenia żołądkowego i jelitowego. Bentzold: Ruchomość odsznurowanego prawego płata wątroby. Wenzel: Jak się nadaje zabieg wyłuszczenia jelita prostego do operacyi aseptycznej i bezkrwawej? Witzel: Wskazania do operacyjnego leczenia raka jelita prostego. Holst: Przypadek »ciąży śródmiąższowej«, wyleczony za pomocą operacyi. Thomass: Przyczynek do sprawy owaryotomii w ciąży. Hammer: Porównawcze próby odkażającej siły starych i nowych przetworów rtęci i fenolu. Strohmayer: O stosunku między padaczką a migreną. Oberndorfer: Rozmaite odmiany w zakresie dolnej żyły głównej. Doerfler: Przyczynek do symptomatologii raka gruczołu krokowego. Levy: Kazuistyka guzów gruczołu krokowego u dzieci. Herrmann: Ciężki przypadek tężca urazowego.

Redakcya otrzymała. Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Z. V (Stuber's Verlag, Würzburg). Lewkowicz: 1) De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. 2) Ueber die Aetiologie der Gehirnhautentzündungen und die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunction. Statystyka miasta Krakowa. Chmielewski: O leczeniu spraw syfilitycznych rdzenia na limanie kujalnickim. Klęsk: Przyczynek do nauki o czynności mózgu.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 970/903. **Ogłoszenie konkursu.**

Gmina miasta **Przemyśla** rozpisuje niniejszem konkurs na posadę pomocniczego (trzeciego) lekarza miejskiego z płacą 1800 kor. rocznie, prawem do trzech dodatków pięcioletnich (quinqueniów) po 300 kor. rocznie, i ewentualnym dodatkiem drożyźnianym w wysokości przez Radę miejską każdocześnie postanowiony, oraz w razie stabilizacyi z prawem do emerytury pod warunkami tut. miejskim statutem emerytalnym zastrzeżonym

Posada ta nadaną zostanie na razie prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya zamianowanego kandydata na takowej.

Kandydaci do tej posady winni odpowiednio do § 7. ustawy z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17. dz. u. kr. oprócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać i wykazać następujące warunki, a to:

1) prawo obywatelstwa austryackiego,

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,

3) nieskazitelny charakter,

4) znajomość języków krajowych,

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,

6) nieprzekroczony 40 rok życia.

Pomiędzy ubiegającymi się pierwszeństwo mieć będą kandydaci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego albo egzaminem fizykackim.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w Przemyślu w terminie do **15 kwietnia 1903.**

Z Magistratu miasta Przemyśla.

Dnia 5. marca 1903. *Dr. Smutny.*

L. 5. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszym konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście **Jaśliska,** z płacą roczną w kwocie 1.200 K. i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 800 K. rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, a mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Dalejowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Bałucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola niźna, Wola wyżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Surowica, Polany surowicze, Moszczaniec, z ludnością 9.600 głów i obszarem 213. 9 klm.².

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w terminie dni 30, zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału powiatowego

w Sanoku, dnia 13 marca 1903.

Do LW. 233/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Sołotwinie.**

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu bohorodczańskiego: Babcze, Bitków, Bogrówka, Dzwiniacz, Jablonka, Kosmacz, Kryczka, Krzywiec, Manasterczany, Maniawa, Markowa, Mołotków, Porohy, Rakowiec, Sołotwiua i Zarzecze.

Płacę rocznych 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry oraz ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 700 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Nieskazitalny charakter;

4) Znajomość języków krajowych;

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pirwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do 1-go kwietnia 1903 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Bohorodczany, dnia 24 go lutego 1903.

Prezes.

Do LW. 2311/03. KONKURS.

Na podstawie uchwały Rady miasta Nowego Sącza z dnia 5 marca 1903 rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy miejskich **w Nowym Sączu** a mianowicie na posadę lekarza młodszego i starszego (naczelnego) pod warunkami podanymi w ustawie z dnia 2-go lutego 1891. Dz u. kr. Nr 17 w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy wydanem przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu a Wydziałem krajowym w myśl § 21. tej ustawy Dz. u. kr. Nr. 82 oraz w Instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych wydanej po myśli § 14 powyż zacytowanej ustawy krajowej a uzupełnionej rozporządzeniem c. k. Namiestnictwa z dnia 12 czerwca 1897 l. 34541.

Obsadzenie obu posad lekarzy miejskich nastąpi prowizorycznie na rok jeden. Po upływie tego czasu rada gminna orzecze czy posada ma być stale nadaną. Z posadą lekarza młodszego połączoną jest płaca w kwocie 1000 kor. a z posadą lekarza starszego płaca w kwocie 1100 kor. rocznie. Podania udokumentowane wnosić należy do Magistratu w Nowym Sączu po dzień 31 marca 1903.

Magistrat król. woln. miasta

Nowy Sącz, dnia 6 marca 1903.

Zarząd miasta **Tarnobrzega** rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego pomyśli ust z dnia 2 lutego 1891 Nr 17 Dz. u. i rozp kraj z płacą rocznie 1000 koron.

Termin do wniesienia podań upływa z dniem 31 marca 1903.

W Mieście Korolówka w powiecie Borszczowskim na Podolu znajdzie dobrą posadę zdolny lekarz. Płaca lekarza miejskiego rocznie 1000 koron i dochody za oględziny przy wywozie mięsa. Apteka w miejscu.

Rok XLII. Kraków 28 Marca 1903. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy pomysł dorabiania moczowodu (ureteroplastyki).

Podał

Dr. Antoni Rydygier *(jun.)*.

W ostatnich latach zajmowano się gorąco wynalezieniem i udoskonaleniem zabiegów, służących ku zachowaniu nerki w przypadkach, gdzie dawniej jedynym sposobem było jej wycięcie.

I tak przy wodo- lub roponerczu *(hydro- i pyonephrosis)*, zależnie od przyczyn wywołujących stan ten chorobowy, mamy cały szereg zabiegów, dążących do przywrócenia drożności moczowodu, czyto przez wyprostowanie go i utrzymanie w tej pozycyi *(nephropexis* Guyona, *ureterolysorthosis* Rafina), czy też przez zapewnienie mu ujścia w najniżej położonym punkcie miedniczki nerkowej *(capitonnage* Albarana, *pyeloplicatio* Israela, wreszcie Albarana resekcya części miedniczki nerkowej leżącej poniżej ujścia moczowodu. Trudniejsze było zadanie, jeśli przeszkodę w wolnym przepływie moczu stanowiły zmiany bliznowate w ścianach moczowodu. Wtedy starano się je ominąć albo przez utworzenie anastomozy między miedniczką nerkową a częścią moczowodu, leżącą poniżej przeszkody (*uretero-pyelostomia* Trendelenburga), albo przez rozszerzenie zwężonego miejsca (cięcie podłużne i szew w tym samym kierunku), lub też przez wycięcie bliznowatego zwężenia i połączenie szwem obu końców moczowodu, a jeśli miejsce zwężone znajdowało się tuż przy miedniczce nerkowej, to wszczepienie końca obwodowego do miedniczki (*pyeloneostomia* Küstera), a gdy niedaleko dolnego ujścia moczowodu, to wszczepienie go do pęcherza. W każdym jednakże razie zmiany bliznowate nie musiały być zbyt rozległe, gdyż w przeciwnym razie nie dałby się koniec obwodowy moczowodu dociągnąć do miedniczki nerkowej lub swego końca odśrodkowego. — Aby i w tych przypadkach, gdzie blizny, czy też inne powody (naprzykład sąsiednie nowotwory, obejmujące moczowód) zmuszają nas do wycięcia znaczniejszych kawałków moczowodu, nie mieć do wyboru albo wycięcia nerki, albo skazania chorego na przetokę nerkową wraz z jej dolegliwościami, podał już w r. 1891 *(Przegląd lekarski* Nr. 47 r. 1891) ojciec mój następujący sposób: Oba końce moczowodu, otrzymane po wycięciu części chorobowo zmienionej (blizna, nowotwór i t. p.) wszywamy w ścianę brzuszną tak, że będą od siebie w pewnej odległości i w ten sposób utworzymy dwie przetoki. Po pewnym czasie wykroimy ze skóry ku jednej stronie płatek, którego długość odpowiada odstępowi przetok, a szerokość jest nieco większa niż potrzeba po zwinięciu go do utworzenia rurki o świetle równem moczowodu prawidłowego. Podstawę tego płatka pozostawiamy w linii łączącej przetoki; przyskórek będzie zwrócony ku wewnątrz, powierzchnia okrwawiona na zewnątrz. Po odpowiedniem zeszyciu i połączeniu górnego i dolnego otworka tej rurki z górną i dolną przetoką, pokryjemy okrwawioną powierzchnię rurki płatem skóry nieco dłuższym niż pierwszy i szerszym, naciągniętym z drugiej strony“. W ten sposób chce ojciec mój utworzyć na nowo kawałek wycięty z ciągłości moczowodu i ma nadzieję, że możnaby tę nowowytworzoną część zatopić pod ściany brzuszne, przywracając w ten sposób prawidłowy niejako stan rzeczy. Dodać tylko należy, że przed zwinięciem pierwszego z wyżej opisanych płatów w rurkę, trzebaby zniszczyć jego cebulki włosowe, aby zapobiedz wyrastaniu włosów, które, wywołując inkrustacyę, mogłyby być przyczyną powstania kamieni pęcherzowych.

Sposobu tego wytwarzania kawałka moczowodu nikt dotychczas, — o ile mi wiadomo, — nie zastosował, a w praktyce utrzymał się dawny sposób Simona, t. j. wycięcie nerki, jeśli ubytek w moczowodzie był tak wielki, że ani końców ze sobą nie można było zeszyć, ani też dokonać pyelo-uretero-plastyki, a względnie wszycia moczowodu do pęcherza lub w ostatecznym razie do jelita, co jednak się nie zaleca ze względu na możliwe zakażenie miedniczek.

Niedawno temu Israel starał się na innej drodze usunąć dolegliwości przetoki nerkowej, leżącej poniżej środka linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym górnym przednim *(spina ossis il. ant. sup.)*, tem bardziej, że nerki tej jako jedynej *(Solitärniere)* nie mógł wyciąć. A mianowicie utworzył ukośną przetokę pęcherzową sposobem Witzla i obie te przetoki połączył rurką, która, aby dobrze spełniać swoje zadanie musiała być giętka, lecz o ścianach trudno się dających zgnieść, oraz posiadać wentyl, nie dozwalający moczowi cofać się przy skurczach pęcherza do miedniczki nerkowej. (Opis dokładny przypadku i przyrządu w *Deutsche med. Woch. 1903 Nr. 1, str. 8.*) Noszenie jednak tego rodzaju sztucznych przyrządów zawsze bywa uciążliwe, poniekąd nawet niebezpieczne ze względu na możliwe zakażenie miedniczek, a nadto chory zawsze doznaje uczucia swego kalectwa. Więcej już przemawiałby do mego przekonania sposób ojca z tem dodatkiem, aby przez zniszczenie cebulek włosowych uchronić się od odrastania włosów i jego następstw.

W odpowiednich przypadkach dałby się może łatwiej i lepiej dorobić kawałek ubytku w moczowodzie z wyrostka robaczkowego. Proponowałbym następujące postępowanie: wyrostek robaczkowy odcinamy od jelita ślepego, podobnie jak przy jego zapaleniu *(appendicitis)*, ale nie oddzielając go od jego krezki *(mesenteriolum)*, aby zapewnić mu dobre odżywienie. Sam dolny jego ślepy

koniec odciąwszy, otrzymalibyśmy kanał (rurkę), który w niektórych przypadkach może być nawet stosunkowo dość długi, stosownie do znacznej nieraz długości wyrostka robaczkowego i który dałby się wszczepić pomiędzy końce przeciętego moczowodu (przynajmniej po stronie prawej). Sprawność takiego dorobionego kawałka, — można się spodziewać — powinna być wyborna.

W przypadkach, gdzie wyrostek robaczkowy nie dałby się do tego stopnia przeciągnąć (n. p. po stronie lewej), możnaby w ten sposób postąpić, żeby się wycięło odpowiedni kawałek z pętli jelita cienkiego, najbliżej ubytku w moczowodzie położonej. Następnie światło odcinka tego trzebaby o tyle pomniejszyć, aby je zrównać ze światłem moczowodu. Łatwo byłoby to uskutecznić, wycinając i odrzucając pas odpowiedniej szerokości ze ściany jelitowej, położonej naprzeciw krezki, a resztę, t. j. tę część jelita, która nie straciła związku z krezką, zeszywając w rurkę, której końce połączyłoby się z końcami moczowodu. Rozumie się, że całego zabiegu nie możnaby wykonać na jednem posiedzeniu, lecz trzebaby naprzód wytworzyć odpowiedni kanalik z wyciętej pętli, a na późniejszem posiedzeniu dopiero go wszczepić.

Dokładniejszy sposób postępowania i całą technikę opiszę dopiero po wypróbowaniu mego sposobu doświadczalnie; obecnie, znajdując się w Paryżu w klinice chorób dróg moczowych prof. Guyona, nie mam do tego sposobności, lecz zastrzegam to sobie na przyszłość.

II. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

Najwięcej zwracającymi na siebie uwagę objawami, występującymi po pojawieniu się skurczu w naczyniach skóry, są objawy w sferze psychicznej pacyenta. Po wystąpieniu skurczu w skórze wskutek n. p. zadziałania zimna, zjawia się, — co można dowolnie wywołać, — uczucie znużenia i potrzeby snu, przyczem istnieje możność natychmiastowego zaśnięcia. Usposobienie jest nieco podniesione, pacyent doświadcza wewnętrznego spokoju i zadowolnienia. Objawom tym towarzyszy zupełna niechęć do jakiegokolwiek wysiłku. Pacyent nie posiada najmniejszej ochoty do pracy, nie jest w stanie napisać listu, aczkolwiek wie, że go napisać powinien i pragnie nawet, aby został napisany: siedzi on bezczynnie godzinami bez zajęcia przy biórku, a nie chwyta mimo to za pióro i nie ma ochoty wykonać najmniejszego ruchu ręką; pomimo, że uczuwa pragnienie, nie ma woli nalać sobie wody do szklanki. Zdjęcie odzieży przed położeniem się do łóżka jest dla niego prawie niewykonalne i zwykle wtedy kładzie się on do snu nie rozbierając się. W stanie tym pacyent ciągle poziewa, wyciąga się, siedzi lub stoi, dobierając jak dogodniejsze dla siebie położenie. W tym stanie przypomina on wyczerpanego robotnika po całodziennej ciężkiej pracy. Chód jego jest spokojny i ociężały. Wydaje mi się wskazanem więcej uwzględniać charakter chodu przy badaniu psychicznem, aniżeli się to zwykle czyni, a szczególnie pod tym względem odpowiednim dla badania jest chód podczas przechadzki, gdyż wtedy najlepiej okazuje się stały stan duchowy człowieka. Po wprowadzeniu badania pisma w zakres badań psychologicznych kolej przychodzi na chód, w którym nie mniej, aniżeli w piśmie, wyraża się stan wewnętrzny człowieka.

W sferze umysłowej nie znać zaburzenia wybitniejszego, ani w pamięci, ani w zdolności spostrzegania, ani w władzy myślenia. Nad całym stanem pacyenta panuje znaczne znużenie. Po krótkotrwałem czytaniu, rachowaniu, uważnem słuchaniu wykładu i t. d., występuje wyczerpanie i jest ono już przejściem do drugiego okresu. Znużenie może jeszcze łatwiej być wywołane przez jakiekolwiek, choćby nieznaczne podniecenie uczuciowe, n. p. podczas rozmowy. Przy tych spostrzeżeniach miałem sposobność przekonać się, o ile więcej nużącem i wyczerpującem jest doznanie uczuć, aniżeli czynność umysłowa.

Opisany okres pierwszy może trwać krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, co, o ile się zdaje, zależy od stopnia skurczu naczyń skórnych, od nasilenia cielesnej lub duchowej czynności, poprzedzającej skurcz naczyń skórnych, tudzież od dalszej obecności lub nieobecności czynnika podniecającego. Do okresu dalszego może nie przyjść, jeżeli pacyent położy się spać, lub jeżeli wywoła poty. Gdy atoli to nie nastąpi, wtedy obraz się zmienia: powstaje stopniowo, jako okres drugi, stan podniecenia. Uczucie znużenia, senność, tudzież usposobienie do szybkiego zaśnięcia, znikają, pomimo że niechęć do pracy, jak również sama potrzeba snu i znużenie trwają dalej. Występujące od czasu do czasu poziewanie, zajmowanie jak najwygodniejszego położenia, ociężała postawa i zwieszająca się głowa, cechują stale ten stan pomimo choćby największego podniecenia.

Przejście do tego okresu drugiego z okresu pierwszego zaznacza się pojawieniem skłonności do marzeń. Pacyent snuje w myśli obrazy zdarzeń, sprawiających mu zadowolnienie, a przytem tak tych, które się dawniej odbyły, jak również tych, które dopiero są przedmiotem jego pragnień. Przedstawia on sobie z najdrobniejszymi szczegółami, jak to on to i to zrobi, to i owo przeprowadzi, dokona. Innym znowu razem przedstawia sobie pacyent jak najszczegółowiej, jak to siostra jego lub brat, lub wreszcie ktoś z blizkich wzniesie się wysoko, jak im się uda przeprowadzić swoje i jego pragnienia, jak to oni powinni to lub owo robić do osiągnięcia celów. To znowu, przeczytawszy n. p. o zwycięstwie jakiego oddziału Burów — sympatye swoje skierowuje pacyent ku stronie tych ostatnich — przedstawia on sobie z najdrobniejszymi szczegółami i w obrazach konkretnych wszystko, odnoszące się do zwycięskiej potyczki, nie omieszkując przedstawiać sobie sytuacye i sposoby, dzięki którym wynik byłby jeszcze więcej odpowiadającym jego pragnieniom. Podczas tego marzenia pacyent nie okazuje żadnych objawów podniecenia ruchowego, siedzi nieruchomie i szuka samotności, aby bez przeszkody módz się oddać swemu marzeniu. Chód pacyenta jest zwykle spokojny i powolny, nie robi atoli wrażenia, jakoby on spostrzegał, co się wokoło dzieje. W nadmienionej skłonności do marzeń zwracają na siebie uwagę dwie cechy: monotonność i pewien charakter przymusu. Cały szereg godzin snuje pacyent myśli o jednym i tym samym przedmiocie, aż do przesytu, choć one już nie sprawiają jemu przyjemności, a nawet są mu już uciążliwe i pra-

gnąłby się od nich uwolnić, mimo to nie jest w stanie przejść do myślenia o czem innem i trudno mu jest uwolnić się od tego marzenia. Przedmiot, o którym pacyent snuje swoje myśli, niejako opanowuje go. Jeżeli on nie jest w możności samotnie oddać się swym myślom, gdy znajduje się n. p. w towarzystwie, wtedy uczuwa potrzebę mówienia ciągle o tem, co stanowi w danej chwili przedmiot jego marzenia. Jeżeli się nie powstrzymuje w wypowiadaniu swych myśli, gdy n. p. ma zaufanie do pewnej osoby i wie, że nie będzie przez nią wyśmianym, wtedy występuje bardzo wyraźnie dla otoczenia to opanowanie pacyenta przez jedno jakiekolwiek zdarzenie. W rozmowie wraca on ciągle do tego przedmiotu, nie porusza żadnego innego tematu. Jest mu wysoce nieprzyjemnie, gdy druga osoba zmienia treść rozmowy, gdyż on ma jeszcze wiele do powiedzenia i wszystko wypowiedzieć musi. A gdy się jeszcze uwzględni, że to, co pacyenta zajmuje i o czem mówi, że to są fantazye i zamki na lodzie, przedmioty li indywidualnych pragnień jego, to można sobie przedstawić, jak miłym musi być on towarzyszem. To też otoczenie nazywa go nudnym fantastą. Do tego dodać należy, że pacyent nie jest przyjemnym dla otoczenia jeszcze i z tego powodu, że w jego rozmowie gra wielką rolę własna jego osoba. Potrzeba podzielenia się z otoczeniem swemi przykrościami, radościami, nadziejami itd. jest właściwością bardzo charakterystyczną, jak wiadomo, właściwością niemiłą dla otoczenia, nielubiącego słuchać opowiadań czyichś o sobie samym. Pacyent dzieli się z towarzyszem rozmowy bardzo chętnie uczuciem zadowolnienia lub niezadowolnienia z własnych swych postępków, zdolności zamiarów i planów. Gdy zauważy, że to, co on opowiada, nie zajmuje otoczenia, odczuwa to bardzo nieprzyjemnie, mimo to jednak musi wszystko wypowiedzieć. Tylko w zupełnie obcem towarzystwie nie zdradza się z tą swoją właściwością. Ale jeśli tylko czuje, że mu to zbyt za zle nie będzie wziętem, zaraz rozpoczyna swoje, tak wielka jest w nim chęć do opowiadania swych myśli. A czyni to często w formie niby pobocznych uwag lub dowcipów i t. p., nie chcąc się narazić na ironiczne uśmiechy w otoczeniu.

Pojawienie się w pacyencie skłonności do marzeń jest stanem przejściowym między pierwszym a drugim okresem. Jest ono pierwszym stopniem i najlżejszym wyrazem wzmożonego życia uczuciowego, które cechuje cały okres drugi. Okres ten, jeżeli stan nieprawidłowy, w który wszedł pacyent, trwa dłużej, wyraża się jeszcze w innych stanach. Wszystkie one atoli łatwo przechodzą w siebie wzajemnie, zwykle są zależne od zdarzeń zewnętrzych, tworzą wyższy stopień podniecenia sfery uczuciowej, tudzież łączą się często z pierwszym stanem marzeń.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o wybuchach afektów, do których pacyent jest niezwykle skłonny w całym drugim okresie swego stanu nieprawidłowego, w którym przesadne uczuciowe oddziaływanie pacyenta na zdarzenia zewnętrzne, czy to o cechach przyjemnych, czy nieprzyjemnych, jest niezwykle wzmożone. Jeżeli zdarzy się pacyentowi lub komu z jego bliskich coś dobrego, radość jego jest prawie bez granic; zajdzie zaś coś przeciwnego, popada on w afekt przeciwny niezwykle wielkiego stopnia. W chwilach dla pacyenta ważniejszych, wobec rozmowy o sprawie dla niego doniosłej z osobą, od której on jest w jakikolwiek sposób zależny itp., doznaje pacyent w wysokim stopniu uczucia dobrze znanego każdemu pod nazwą „tremy“, aczkolwiek, znachodząc się w stanie prawidłowym, uczucia tego w tych okolicznościach albo wcale nie doznaje, albo tylko w nieznacznym stopniu. W towarzystwie osób obcych, wobec których pacyent posiada choćby zewnętrzne poważanie, jest on nieśmiały, nie odważa się rozglądać, a już szczególnie nie śmie kierować wzroku na twarze obecnych, jeżeli wie, że nie może tego uczynić zupełnie niepostrzeżenie, aczkolwiek gdy się znachodzi w stanie prawidłowym, nic podobnego miejsca niema i pacyent jest w stanie zachowywać się swobodnie i dowolnie krzyżuje swój wzrok z wzrokiem innych osób, przezeń bez trudności oglądanych. Niewielki powód wywołuje u pacyenta afekt strachu, opanowujący całą jego istotę, przypominający strach paniczny. Pod wpływem tego afektu pacyent grozi, posądza, wykonuje czyny, które z powodu swej przesady i niestosunku do powodu czynią odrazu na otoczenie wrażenie czynów nieprawidłowych. Pacyent bywa często bardzo drażliwy, obraża się o lada drobnostkę i popada w niezadowolenie; w tym przeto kierunku występuje wzmożone i przesadne oddziaływanie jego uczuciowe. Wtedy łatwo lży, potępia, czyni zarzuty i wyrzuty, uskarża się: brak mu wewnętrznego spokoju i zadowolenia, czuje się nieszczęśliwym, ma niechęć do otoczenia i wymaga za wiele. Najłatwiej pacyent popada w afekt podczas swobodnej rozmowy. Gdy pogadanka schodzi na przedmiot więcej jego interesujący, a takie tematy zazwyczaj sam porusza, wtedy niezwykle łatwo zaczyna się afektować, występuje na jaw wzmożone zabarwienie uczuciowe wszystkich myśli pacyenta, z zupełnem przejęciem się rozmawia, nic innego nie widzi, ani nie słyszy, ciągle zagłębiony w przedmiocie rozmowy. Określenia i oceny pacyenta są oczywiście wtedy w „superlatywach“; bezgraniczne pochwały, a szczególnie bezgraniczne potępienia i druzgocąca krytyka są wtedy na porządku dziennym. Afekty, w które pacyent tak łatwo popada, nie przechodzą szybko, jak to ma miejsce z afektami normalnymi, lecz podobnež, jak to bywa w stanie marzeń, znachodzi się on przez szereg godzin pod ich wpływem. Afektom tym towarzyszy wielkie podniecenie ruchowe. Pacyent, gdy mówi, bardzo gestykuluje. Mowa jest także afektowana, bardzo głośna, zwykle z deklamatorskim patosem, powolna i nieco ociężała. Chociaż pacyent zauważy tę swoją mowę i stara się ją zmienić na mowę normalną, nie udaje się to mu, aczkolwiek w stanie prawidłowym mówi płynnie, spokojnie, z odpowiednią modulacyą i siłą głosu. Należy zauważyć, że 1) te wybuchy afektów powstają li tylko wskutek zewnętrznych wydarzeń i zależnie od nich otrzymują swój charakter. Przyjemne zdarzenia wywolują radość, nieprzyjemne — afekt przeciwny. 2) Przy wszystkich, chociażby najradośniejszych afektach, pozostaje stale pewien niepokój wewnętrzny, niezadowolnienie, przygnębienie, rodzaj znużenia, co się okazuje w ociężałej i obwisłej postawie ciała. 3) Tak same uczucia, jak i ich wyrażanie się w sferze ruchowej, nie posiadają wcale żywości, ani świeżości. Ruchy i mowa są pozbawione rzeźwości. Psychomotoryczne podniecenie, towarzyszące afektowi, trwa długo. Pacyent nie jest w stanie ani na chwilę pozostać spokojnie; porusza to rękami, to nogami, wogóle chodzi wiele. Chód jego jest wtedy niespokojny, przytem niezręczny, szybki, jakby pacyent śpieszył się, z głową obwisłą i ze zmęczonym wyrazem twarzy. O tem, aby w tym stanie miał ochotę do jakiegoś zajęcia, mowy nawet być nie

może. Ten niepokój trwa tak długo, dopóki jakieś ważne zdarzenie nie odwróci uwagi pacyenta, albo zanim sam nie zauważy swego niepokoju i siłą woli nie zmusi się do siedzenia lub leżenia bez ruchu, albo wreszcie, gdy doprowadzony do zupełnego wyczerpania, sam się nie uspokoi. Cel ten najlepiej zostaje osiągnięty, gdy pacyent się lekko spoci.

Uspokoiwszy się zaś, czuje się bardzo znużonym i sennym.

Gdy pacyent znachodzi się w stanie nieprawidłowym (i to w II okresie), wtedy drobne niepowodzenia i nieprzyjemności wywołują w nim łatwo przygnębienie i usposobienie płaczliwe. Wtedy wszystko przedstawia się pacyentowi czarno; wszystko jest złe, wszyscy i wszystko jest przeciw niemu, nic mu się nie udaje, on jest bardzo nieszczęśliwy itd. W stanie tym traci on ochotę do wszystkiego. Czuje potrzebę płaczu, tudzież doświadcza tęsknoty za kimś mu oddanym, któryby miał dla niego współczucie. W tym stanie pacyent jest spokojny, cichy, niechętnie rozmawia. Głos jego wtedy staje się szczególnie miękkim i płaczliwym. Jest on wówczas względem wszystkich dobrym, wyrozumiałym i pełnym miłości; do nikogo nie żywi złości i przebacza tym, którzy rzekomo sprawili mu kiedy nieprzyjemność. Stan ten nie trwa nigdy dłużej, niż jeden dzień, zwykle kilka godzin; po pierwszym śnie znika. Pacyent zna tę okoliczność; to też, gdy tylko zauważy zbliżanie się tego płaczliwego usposobienia, kładzie się zaraz do łóżka, a przespawszy się, wstaje rzeźwy. Stan ten, o ile zauważyłem, występuje zwykle przy sposobności wielu drobnych nieprzyjemności, n. p. gdy kto odezwie się ironicznie o pacyencie, lub gdy kto znowu nie przywita się z pacyentem itd. Na takie drobnostki jest on zawsze bardzo wrażliwy. Drugi warunek, od którego zależy pojawienie się tego stanu, jest ten, ażeby pacyent nie był opanowany całkowicie przez inny jakiś afekt, n. p. żeby nie znajdował się w stanie żądzy działania.

Ten nowy stan, w który pacyent popada od czasu do czasu, występuje często pod wpływem odpowiedniego bodźca zewnętrznego, n. p. podrażnienia miłości własnej pacyenta. Wtedy człowiek ten, który zwykle nie ma zupełnie ochoty do jakiejkolwiek pracy, zaczyna wprowadzać w życie różne plany, pisywać listy itp. Ale brak mu w tem większej wytrwałości; wkrótce porzuca rozpoczętą czynność, jeśli natrafia na przeszkody, wymagające natężenia; rozpoczyna wtedy inną czynność, przyczem powtarza się to samo. Tylko bardzo łatwe czynności doprowadza do końca, n. p. pisanie listów. Pisze też pacyent wtedy wielką liczbę listów, jednocześnie chętnie spełnia te czynności, które wymagają wiele chodzenia i wszelkiego ruchu; czynności te nigdy nie nastręczają mu trudności. Robót powolnych, wymagających cierpliwości, lub zajęć, natężających umysł, pacyent nie jest w stanie wtedy wykonywać. Umysłowe zdolności jego w tym stanie, jak i w stanach innych II-go okresu, są osłabione. Pomimo największej pracy nie czuje on znużenia i nie doświadcza potrzeby snu; nie ma również łaknienia. Wygląda szczególnie chorobliwie; wszystko robi niezwykle prędko, chód jego wówczas szybki, niespokojny, ale zręczny i lekki. Nie może usiedzieć bez ciągłych ruchów. Mówi głośno, z żywą gestykulacyą. Słowem, pacyent jest całkowicie opanowany przez żądzę działania i nic innego go nie obchodzi. Tylko będąc zupełnie wyczerpany kładzie się spać. Ten stan żądzy działania trwa tak długo (nawet do kilku dni), dopóki pacyent nie zrobi wszystkiego, co sobie zamierzył; może atoli stan ten być przerwanym, lub nawet całkowicie ustąpić, jeżeli pacyent n. p. dzięki rozmowie popadnie w wybuch afektu, albo jeżeli zostanie sprowadzony do stanu prawidłowego, co ma miejsce zawsze, gdy się spoci, lub dobrze się wyśpi, tudzież gdy bardzo ciepło utrzymuje skórę.

Wreszcie wspomnieć muszę jeszcze o jednym, dającym się stwierdzić stanie, w którym się pacyent znajduje stale wtedy, gdy nie ma powodu afektowania się, nie znajduje się ani w stanie płaczliwości, ani w stanie żądzy działania. Jest to stan wyraźnie hipomaniczny. Pacyent wówczas śpiewa, śmieje się, dowcipkuje, jest ruchliwy, traktuje otoczenie familiarnie, jest często bez taktu. Równocześnie atoli jest on niezwykle uczuciowo wrażliwy na wszystkie zewnętrzne wydarzenia. Dowolny odpowiedni powód wprawia go zaraz w jeden z opisanych poprzednio stanów. N. p. nieznaczna nieprzyjemność czyni go na czas dłuższy nieszczęśliwym. Dobra nowina wprawia go w przeciwny afekt. To znowu inny jaki bodziec odpowiedni wywołuje w nim żądzę działania. Również stan marzenia występuje często.

Wszystkie przedstawione stany psychiczne przechodzą wzajemnie w siebie. Gdy nadto przypomnę, że często dzięki przebywaniu w dobrze ogrzewanych miejscach, lub dzięki bardzo ciepłemu ubraniu, gdy skurcz naczyń skórnych zostaje usunięty, pacyent znachodzi się w stanie prawidłowym, okaże się w całej pełni wielka rozmaitość stanów, jaką pacyent przedstawia. Zachowanie się i postępki jego są zupełnie nieobliczalne i w każdym stanie są one inne. Prawie każdego dnia pacyent jest innym człowiekiem.

Wspólną cechą wszystkich stanów II-go okresu jest wzmożone życie uczuciowe. Przytem podkreślić należy jedną właściwość nie bez znaczenia w kierunku różniczkowo-dyagnostycznym — mianowicie spotęgowane oddziaływanie uczuciowe nie w jednym kierunku (smutnym lub wesołym), nie na jeden jakiś rodzaj bodźców (n. p. na przykre lub przyjemne), lecz we wszystkich kierunkach, na bodźce tak przyjemne, jak i przykre. Afekt, w który pacyent popada, zależy co do jakości w wysokim stopniu, jeśli nie całkowicie, od bodźca. Otrzymawszy przyjemną wiadomość, popada pacyent w niezwykle silne wybuchy radości. Jeżeli zaś zamiast tej przyjemnej wiadomości dostaje przykrą, popada w przeciwny równie silny afekt. A nawet znachodzenie się w jednym afekcie nie czyni pacyenta zbytnio odpornym na działanie bodźców przeciwnych.

Równocześnie ze wzmożonem oddziaływaniem uczuciowem na zewnętrzne objawy zmniejsza się zakres przedmiotów, zajmujących pacyenta. W miarę trwania choroby coraz większa i większa liczba zjawisk staje się mu obojętną. Już, jakeśmy to widzieli przy naszem doświadczeniu, zaraz w pierwszym okresie, w który pacyent, zdolny do pracy i jej żądny przez wywołanie skurczu naczyń skórnych wprowadzony został, występuje razem z uczuciem znużenia także niechęć do jakiegokolwiek natężenia i jakiejkolwiek działalności. Niechęć ta objawia się w tem większym stopniu w okresie II-gim, w którym występują wyraźnie objawy znużenia. Występująca od czasu do czasu żądza działania nie stanowi pod tym względem wyjątku, gdyż czynność ta nie wypływa z zamiłowania do przedmiotu, lecz z afektu. To jest według mego zdania jedno źródło powstającej obojętności. Pacyent przestaje stopniowo interesować się tem wszystkiem, z czem wiąże

się choćby najmniejsze natężenie. Drugim czynnikiem, tłómaczącym powstanie obojętności, jest ten, że pacyent znajduje się prawie ciągle w afektach, które opanowują go całkowicie i czynią niedostępnym dla innego rodzaju działania. W dalszym ciągu, zdaje mi się, odgrywa w pewnym stopniu rolę i ten czynnik, że w całym II-gim okresie, jak to poniżej omówimy, ma miejsce wielkie obniżenie zdolności myślenia, a w pierwszej linii zdolności spostrzegania, pojmowania, tudzież pamięci. Względem przedmiotów, których sobie nie przedstawiamy, nie możemy żywić żadnych uczuć — *ignoti nulla cupido*. Wreszcie rozwijająca się w tem schorzeniu utrata zdolności do postanowień przyczynia się niezawodnie również do powstania obojętności. Pacyent staje się obojętnym na coraz większy zakres przedmiotów. On nic sobie nie robi nawet z własnej przyszłości. Gdy przedtem żywo interesował się każdem nowem zdarzeniem, n. p. w dziedzinie piśmiennictwa i nauki, stopniowo interes ten zatraca. Żyć na koszt niezbyt zamożnej rodziny nie sprawia mu żadnego zakłopotania. Wszelkimi sposobami stara się uchylić od spełniania swych obowiązków. To stopniowo rozwijające się w pacyencie zobojętnienie jest już głębszą i trwalszą zmianą, jaką omawiane schorzenie naczynioruchowe pociąga z sobą w sferze psychicznej.

Z tą głębszą zmianą w umysłowem życiu pacyenta znajduje się w pewnym związku inna, która również występuje jako następstwo omawianego schorzenia: jest nią całkowity zanik zdolności do postanowień. Pacyent nie czuje się w stanie uczynić choć największej przezeń pożądanego wysiłku; dokonywa on tylko albo czynności czysto mechanicznych, do których został od lat wdrożony, albo robi coś z popędu, jak to ma miejsce wtedy, gdy się znachodzi w stanie żądzy działania, albo wreszcie, gdy niemal mechanicznie spełnia wolę kogoś innego, której bez oporu poddaje się. Pacyent nie pracuje, a mimo to nigdy nie znajduje czasu, aby n. p. doprowadzić do porządku swoje mieszkanie, lub oczyścić odzież, albo zrobić jakiś akt grzeczności, odpisać na list, złożyć wizytę itp. Za przykład typowy zaniku zdolności do postanowień w pacyencie, tudzież równocześnie, jako bardzo dobry środek dyagnostyczny, posłużyć może następujący fakt: jeżeli pacyent, śpiesząc się na obiad, wizytę, lub do zajęcia obowiązkowego, spotka po drodze przyjaciela, porzuca swoje zajęcie, nie idzie na wizytę itd., lecz odprowadza przyjaciela i godzinami z nim chodzi, chociaż codzień go widuje i chociaż nic nie ma mu do powiedzenia, ani też niczego odeń się dowiedzieć niema.

Trzecia głębsza zmiana, jaką zauważyłem u pacyenta, dotyczy sfery życia płciowego. Ma on szczególniejsze zadowolnienie, gdy użyje najordynarniejszych wyrazów w rozmowie o sprawach płciowych; również oddaje się stosunkowi płciowemu bez najmniejszego uczucia wstydu.

Na wysokości schorzenia zauważył pacyent, że często podczas najpoważniejszej rozmowy, w najnieodpowiedniejszej chwili, przychodził mu do głowy jakiś płaski dowcip, lub jakaś bezmyślna uwaga, nie mająca najmniejszego związku z przedmiotem rozmowy i z całą sytuacyą, co z wielkiem zadowolnieniem pacyent wypowiadał. Podobnież w najniestosowniejszych sytuacyach zjawiał się głupkowaty uśmiech na ustach pacyenta. To go dziwiło, a nawet przestraszało, gdyż wydawało mu się anormalnem.

Pacyent zauważył, że jeżeli skóra jego znachodziła się czas jakiś w stanie nieprawidłowym, to tak w ruchach jego, jako też w zachowaniu się, n. p. gdy pacyent znajdował się w towarzystwie, występował łatwo pewien upór i duch przeczenia. Gdy wtedy jakaś najmniejsza choćby drobnostka nie spodobała się jemu, albo gdy powstało w nim jakieś uprzedzenie, to popadał zaraz w ten stan, który okazują często małe dzieci, gdy coś robić muszą, a robić tego nie chcą. Wtedy uczucie niezadowolnienia i uporu okazuje się w każdym ich ruchu, w całem ich zachowaniu się. Przy wszelkiem poruszeniu wtedy daje się spostrzegać, że jest ono wykonane nie z własnej chęci i własnego popędu że chętnieby go się wcale nie wykonało. Po pewnym czasie pacyent sam się temu dziwi i przyznaje, że nie miał dostatecznego powodu do takiego upornego zachowania się. Jako drugi przykład tej właściwości służyć może następujący fakt: pacyent przestaje naraz kłaniać się niektórym znajomym bez usprawiedliwionego powodu, co też później również sam przyznaje; po pewnym czasie kłania się im znowu.

Być może, że w związku z objawem poprzednim pozostaje pewien, że tak powiem, hiperkrytycyzm, na który pacyent dawniej się użalał. Objaw ten polegał na tem, n. p., że podczas pisania, czy mówienia pacyentowi nie spodobało się żadne przezeń użyte słowo i żaden zwrot; pacyent nigdy nie był zadowolniony z formy, w jaką przyoblókł swą myśl, zawsze czuł, że niedostatecznie i nieściśle myśl swoją wyraża. Utarte i powszechnie używane zwroty i sposoby wysławiania się raziły go, często tworzył nowe. Gdy cośkolwiek napisał, zaraz był sam z tego niezadowolniony. Wskutek także tej właściwości nie mógł prawie wcale wykonywać pisemnych prac, nawet gdy takowe rozpoczął. Ta właściwość występowała wybitnie zwykle rano, w mniejszym zaś stopniu wieczorami; to też wieczorami, jak sam pacyent twierdzi, pracował piórem o wiele więcej twórczo i płynnie.

Przy wyrażaniu pisemnem, lub ustnem swych myśli, zauważył pacyent jeszcze inną właściwość: oto nie mógł nic wypowiedzieć, ani objaśnić bez nadmiernego nawału słów (*Wortschwall*), bez treściwych frazesów i zwrotów bez znaczenia. Pacyent był tak przez mowę opanowany, że nie słowa stosowały się do myśli, lecz odwrotnie. Ta właściwość przyczyniała się niezawodnie również do tego, że pacyent był niezadowolniony z wyrażania swych myśli.

Zwróciło uwagę pacyenta i to, że uległ mimice twarzowej i robił grymasy (*Gesichtschneiden*) także wtenczas, kiedy nic nie mówił i nic nie zamierzał wyrazić przez te ruchy twarzy, a także nawet i wtedy, kiedy nie był opanowany przez jakieś silniejsze uczucie. Wielkiego wysiłku woli kosztowało go, aby do grymasów tych, które na otoczenie robiły śmieszne wrażenie, nie dopuszczać, co znowu miało ten skutek, że pacyent niweczył także i prawidłowe ruchy mięśni twarzowych tak, że twarz jego stawała się bez wyrazu, a przytem znać przecież było na niej pewną nienaturalność.

Pacyent wykrztuszał bardzo wiele śliny. Przy łóżku jego lub na stole, przy którym nieco dłużej przebywał, stała zawsze spluwaczka, bez której pacyent obejść się nie mógł. Znajdował się w bardzo przykrem położeniu, jeżeli przebywał w towarzystwie, gdzie nie było spluwaczki. Wielka ilość śliny gromadziła się w ustach pacyenta; nie połykał jej dlatego, że mając stale nieprzyjemną woń z ust, nie chciał przez połykanie śliny zepsuć sobie żołądka. Że tu rzeczywiście idzie o wzmożone wydzielanie się śliny, to może być łatwo

stwierdzone, gdyż ona występuje i teraz, jeśli tylko pacyent znachodzi się pewien czas w nieprawidłowym stanie skóry.

Czytając w położeniu leżącem, mógł przez szereg godzin mieć głowę niepodpartą, wzniesioną do góry, nie uczuwając żadnego znużenia. Ten brak poczucia znużenia jest tu zrozumiały, gdy uwzględnimy, że w całym II-gim okresie istnieje spotęgowana czynność ruchowa pomimo ciągłego znużenia, które przeto nie prowadzi do zaprzestania czynności.

Przedstawione głębsze zmiany, jakie wywołuje w ustroju, a w pierwszej linii w sferze psychicznej, opisane schorzenie naczynioruchowe, są zaczerpnięte z pamięci pacyenta. W obecnym jego stanie zmian tych albo wcale niema, albo tylko są one w nieznacznym tylko stopniu, ponieważ pacyent przebył wielomiesięczne leczenie (jak najdłuższy sen, obfite pocenie się i regularny stolec) i obecnie znajduje się w tym stanie, że trwałe zmiany zostały usunięte, a tylko narząd naczyniowy nie jest jeszcze doprowadzony do stanu prawidłowego.

Także i w sferze ruchowej i myślowej okazuje pacyent wiele nieprawidłowości.

W całym II-gim okresie zwraca na siebie uwagę objaw, podobny do osłabienia z rozdrażnieniem *(reizbare Schwäche)*. Pacyent oddziaływa niezwykle szybko (błyskawicznie) i w wysokim stopniu przesadnie, gdy nagle n. p. ktoś dotknie go, lub upadnie jakiś przedmiot, lub stojąca w pobliżu osoba wykona nagle jakiś ruch itp. Nienaturalne zachowanie się pacyenta zostaje spotęgowane, jeżeli on w towarzystwie albo w miejscach publicznych usiłuje nie zdradzić się z tem swojem błyskawicznem i przesadnem oddziaływaniem. Wtedy siedzi pacyent zbyt nieruchomie i przytłumia nawet ruchy naturalne i naturalną mimikę twarzy.

Mówiliśmy już o przymusowej nienaturalnej i deklamatorskiej modulacyi głosu, z jaką pacyent podczas II-go okresu mówi, a od której nie jest w mocy się uwolnić, chociaż w stanie prawidłowym, albo w okresie I-go stanu nieprawidłowego mówi zupełnie gładko i swobodnie. Wyraźnie występuje ta cecha, gdy każemy pacyentowi coś głośno i z akcentowaniem przeczytać. Już laik łatwo zauważy tę cechę i nazwie ją „sztucznym patosem". Cecha ta okazuje się również i w grze takich chorych, jeżeli są muzykalni.

W ruchach pacyenta, jak i w postawie ciała, podczas całego II-go okresu zauważyć można bardzo wyraźne napięcie mięśni. Objaw ten zwraca na siebie uwagę szczególnie wtedy, gdy stan nieprawidłowy trwa już kilka dni. Pacyent siedzi swobodnie, lecz z przyciągniętemi kurczowo nogami. Jeżeli spostrzeże sam, to się dziwi temu i nadaje nogom postawę swobodną. Gdy jednak tylko uwagę swoją odwróci w innym kierunku, zaraz napięcie w mięśniach znowu powraca. Pacyent stwierdza, że dzieje się to wbrew jego woli. Podobnież rzecz się ma z rękami i resztą ciała. Ramiona pacyenta (jedno albo oba), bywają podniesione; głowa sztywnie osadzona na karku. Ta nienaturalność i sztywność występuje na jaw również w ruchach pacyenta. Chód jego sztywny, bardzo lekko dotyka stopą ziemi; ciało nie wykonuje spółruchów, potrzebnych do utrzymania równowagi; lekkie uderzenie może go zwalić. Dodać należy, że ta nienaturalna postawa i zachowanie się są, tak co do swej istoty, jak i pochodzenia, odmienne od nienaturalności w zachowaniu się pacyenta, powstających wtedy, gdy on usiłuje ukryć n. p. swe osłabienie z podrażnieniem. W tym drugim przypadku jest ona dowolną, w pierwszym mimowolną, a nawet przymusową. Często atoli występują obie równocześnie. Również odmienną jest postawa ciała, jaką przybiera pacyent przy wielkiem zmęczeniu i przygnębieniu: wówczas niema ani napięcia, ani sztucznego teatralno-dramatycznego ułożenia. Omówione tu nienaturalne pozy i ruchy nasuwają porównanie pacyenta do Sykstusa Beckmessera z Wagnerowskich „Meistersinger von Nürnberg". (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bróździogłowcem szerokim i o tak zw. szmerach sercowych z niedokrewności.

Podał

Witold Orłowski.

(Dokończenie).

Najgłówniejszym objawem, odróżniającym szmery nieorganiczne od organicznych, jest, zdaniem Potaina, który poświęcił wiele pracy na wyświetlenie powstania i rozpoznania szmerów sercowych, siedziba i rytm szmerów. Pod tym względem Potain dzieli okolicę serca na 3 główne pasy: pas podstawowy, środkowosercowy i koniuszkowy. W pasie podstawowym odróżnia on część prawą, odpowiadającą tętnicy głównej *(région préaortique)* i lewą, odpowiednio tętnicy płucnej *(r. preinfundibulaire)*. W pasie środkowym odróżnia część mostkową, mieczykowatą i przedkomorową, wreszcie w pasie koniuszkowym — część właściwą koniuszkową, nad-, zewnątrz- i wewnątrz-koniuszkową. Szmery o największej sile odpowiednie części przedkomorowej i zewnątrzkoniuszkowej są, zdaniem Potaina, zawsze nieorganiczne; szmery zaś o największem natężeniu odpowiednio okolicy koniuszkowej i przedaortowej są prawie zawsze organiczne; we wszystkich innych miejscach okolicy serca spotykamy szmery nieorganiczne i organiczne; organiczne słyszą się częściej w okolicy mostkowej i nadkoniuszkowej, nieorganiczne zaś w okolicy wewnątrzkoniuszkowej i nad tętnicą płucną *(région préinfundibulaire)*. Zdaniem Huchard a[35]), szmery nieorganiczne słyszą się najczęściej w okolicy lewej komory, nad koniuszkiem serca, w miejscu osłuchiwania zastawki płucnej i nad wyrostkiem mieczykowatym, czasami jednak słyszą się one i w innych miejscach klatki piersiowej, nawet w okolicy pachowej i na grzbiecie. Według Eichhorsta[36]) szmery nieorganiczne słyszą się najczęściej nad koniuszkiem i w okolicy tętnicy płucnej; według Leubego[34]) w okolicy tętnicy płucnej; według Czudnowskiego[37]) u podstawy i nad koniuszkiem serca, z rzadka zaś i w innych miejscach klatki piersiowej, przeważnie po stronie lewej, nawet pod łopatką. Nasze spostrzeżenia wykazują, że najczęstszą siedzibą szmerów nieorganicznych jest okolica tętnicy płucnej, a następnie koniuszek serca. Widzimy więc, że zapatrywania różnych klinicystów co do usadowienia szmerów niedokrwistych nie są zgodne. Wobec tego nie można wbrew Potainowi uważać usadowienia szmeru za objaw patognomoniczny do rozpoznania pochodzenia szmeru, tembardziej, że w niektórych, co prawda rzadkich razach, jak to mieliśmy sposobność spostrze-

gać i jak wzmiankuje również Leube, Eichhorst i inni, skurczowy szmer, towarzyszący niedomykalności zastawki dwudzielnej, jest najwyraźniejszy właśnie w *région préinfundibulaire* Potaina; podobna okoliczność spostrzega się w tych przypadkach, gdzie lewe uszko sercowe jest silnie rozwinięte i przytyka prawie bezpośrednio do klatki piersiowej, wskutek tego szmer, powstający podczas zwrotu krwi do lewego przedsionka i lewego uszka, udziela się dobrze klatce piersiowej.

Nieorganiczne szmery sercowe, zdaniem Potaina, Hucharda, Czudnowskiego, Eichhorsta, Szapira[38]), Leydena[39]), Bezsonowa[31]) są w przeważnej liczbie skurczowe; szmery rozkurczowe spostrzegają się rzadko, mianowicie w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej. Przeciwnie: Bouilland, Peter, Gutmann[40]), Eichwald, Leube, Sahli uznają jedynie skurczowe szmery nieorganiczne. Leube powiada: „na podstawie własnego doświadczenia radzę wykluczyć szmery rozkurczowe zupełnie z kategoryi przypadkowych, lub przynajmniej nie uważać ich za przypadkowe przy rozpoznawaniu chorób serca". Jak nadmieniłem już powyżej, z tem twierdzeniem zupełnie zgodne są i nasze spostrzeżenia.

Według Potaina i Hucharda szmery nieorganiczne słyszą się na początku, w środku lub w końcu skurczu serca, innymi słowy, są *proto-, meso-* lub *telesystoliques;* najczęściej spotykamy rytm środkowo-skurczowy; szmery zaś organiczne słyszy się podczas całego skurczu lub rozkurczu *(holosystoliques, holodiastoliques).* W naszym przypadku istotnie spostrzegaliśmy początkowo środkowo-skurczowy rytm szmeru nad koniuszkiem, następnie zaś wystąpił wyraźny trący szmer, który był słyszalny podczas całego czasu trwania skurczu; ten szmer, również nieorganiczny, zawdzięczał swoje powstanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej; co do szmerów nad tętnicą płucną i główną, to one wciąż były częściowo-skurczowymi *(mérosystoliques),* mianowicie środkowo-skurczowymi *(mesosystoliques).* Widzimy więc, że i ten objaw Potain-Hucharda nie jest rozstrzygającym (patognomonicznym).

Według Bouillanda, Petera, Potaina, Hucharda, Leubego, Szapira, Eichwalda i innych nieorganiczne szmery są łagodne, miękkie, dmuchające. Potain, Huchard, Eichhorst i inni spostrzegali jednak i bardzo wyraźne szmery nieorganiczne, świszczące i trące, przechodzące nawet w mruk koci. W naszym przypadku początkowo miękki, dmuchający szmer skurczowy nad koniuszkiem zamienił się w dalszym przebiegu na trący, który wyczuwał się czasami, jako mruk koci. Zdaniem Potaina, podobny podźwięk szmeru nieorganicznego spotyka się dość często, wskutek czego odmawia on mu rozpoznawczego znaczenia.

Do bardzo cechujących właściwości szmerów nieorganicznych trzeba zaliczyć ich zmienność. W przeciwieństwie do stałości szmerów organicznych, nieorganiczne powstają, znikają, zmieniają swoją siedzibę, czas powstania, podźwięk, nieraz z dnia na dzień, nawet podczas badania chorego. Podobną zmienność szmerów spostrzegaliśmy i w naszym przypadku. Siła i podźwięk szmeru nieraz zmienia się w zależności od zmiany położenia chorego. Lecz i pod tym względem niema zgody w zapatrywaniach różnych klinicystów. Według zdania jednych (Waldenburg[41]), Gutmann itd.), nieorganiczne szmery potęgują się w postawie stojącej chorego i słabną w położeniu leżącem; według innych (Hutchinson[5]), Düms[5]), Stokes[42]), Friedrich[41]) i inni) słabną one w położeniu stojącem i wzmagają się w leżącem. Zdaniem Potaina zmiana położenia leżącego na stojące często sprowadza powstanie szmeru nieorganicznego w sercu, zmiana zaś położenia leżącego na siedzące często prowadzi do ich osłabienia lub zniknięcia. Eichhorst, Szapiro, Czudnowski nie przywiązują wagi rozpoznawczej do tych zmian w charakterze szmerów przy różnych położeniach badanego. Według Bezsonowa nieorganiczne szmery koniuszkowe powstają przeważnie w położeniu leżącem, wzmagając się z podniesieniem nóg, więc w położeniu ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrz-sercowem, a słabną lub znikają w położeniu stojącem i siedzącem; nieorganiczne szmery nad tętnicą płucną i główną powstają odwrotnie prawie wyłącznie w położeniu stojącem i siedzącem, słabną zaś i znikają w położeniu leżącem. W położeniu leżącem z podniesionemi kończynami dolnemi Bezsonow nie spostrzegał tych szmerów wcale; zdaniem więc tego autora, nieorganiczne szmery nad tętnicą płucną i główną powstają w tem położeniu, w którem ciśnienie krwi przedstawia się najmniejszem i znikają w położeniu, któremu towarzyszy najwyższe ciśnienie krwi. W naszych własnych spostrzeżeniach nieorganiczne szmery w przeważnej liczbie, jak to było i w przytoczonym przypadku, wzmagały się w położeniu stojącem i słabły w leżącem; organiczne zaś zachowywały się odwrotnie; różnicy między szmerami u koniuszka serca i nad tętnicą płucną, o której mówi Bezsonow, nie zauważyliśmy.

Zwracając się teraz do wpływu różnych okresów oddechania na siłę szmeru, muszę zaznaczyć, że zdania, wyrażone w piśmiennictwie, są pod tym względem tak sprzeczne, że nie uważam za możliwe korzystać z nich w różniczkowaniu. Co do naszego przypadku, to oddechanie nie wywierało żadnego wpływu na siłę szmerów.

Ważnym objawem odróżniającym szmery nieorganiczne od organicznych jest według Petera, Hucharda, Leofta[43]), Archarowa[44]) słabe przewodnictwo szmerów nieorganicznych. W przeciwieństwie do szmerów organicznych słyszą się one na przestrzeni ograniczonej; szmery zaś organiczne przenoszą się zwykle daleko. Według Archarowa szmery nieorganiczne, powstające z lewej strony mostka, nigdy nie słyszą się po jego stronie prawej i w ogóle szmery te znikają już w odległości 2—3 ctm. od miejsca swego największego natężenia. Nasze spostrzeżenia stwierdzają również, że szmery nieorganiczne odznaczają się słabem przewodnictwem: w przeważnej liczbie przypadków dość na bok przesunąć słuchawkę z miejsca, gdzie najsilniej występuje szmer, żeby się przekonać, jak szybko on znika. Podobne zachowywanie się spostrzegaliśmy z początku i u naszej chorej. Lecz wbrew twierdzeniu Archarowa, nie zawsze „mostek przedstawia prawie niepokonalną przeszkodę dla przewodnictwa szmerów nieorganicznych z lewej jego strony na prawą i odwrotnie". Istotnie w naszym przypadku nieorganiczny szmer skurczowy nad koniuszkiem przez pewien czas przenosił się na znaczną przestrzeń, mianowicie w stronę lewą do tylnej linii pachowej, a w prawą do prawej linii mostkowej. Ponieważ jednocześnie u chorej spostrzegaliśmy znaczną rozstrzeń prawej komory serca i wzmożenie dru-

---

[5]) Przytaczam według Archarowa.

giego dźwięku nad tętnicą płucną, to oczywiście omawiany szmer zawdzięczał swoje powstanie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Szmer, powstający tą drogą, nie różni się, rzecz prosta, od szmeru organicznego w rzeczywistej niedomykalności. Znaczne przewodnictwo szmeru nieorganicznego, powstającego na tle względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, stwierdzaliśmy i w innych spostrzeganych przez nas przypadkach. Uznając więc, że nieorganiczne szmery sercowe odznaczają się słabem przewodnictwem, muszę zaznaczyć, że te z tych szmerów, które powstają na drodze względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, przenoszą się przeciwnie na znaczną przestrzeń, zupełnie naśladując pod tym względem szmery organiczne.

Według Leubego i Eichhorsta szmery nieorganiczne różnią się wreszcie od szmerów organicznych tem, że im nie towarzyszy rozszerzenie i przerost serca. Sam Leube jednak pisze: „Co prawda, i tu zdarzają się wyjątki: niewielkie rozszerzenie prawego serca czasami spotyka się; przy szmerach przypadkowych, co jest zrozumiałem, ponieważ szmery te powstają czasami wskutek czynnościowego osłabienia mięśni brodawkowatych *(m. papillares)* serca; wskutek tego, krew podczas skurczu lewej komory musi nieodwołalnie powracać do lewego przedsionka, co nie może nie pociągnąć w następstwie rozszerzenia lewego przedsionka i prawego serca. Lecz znaczniejsze rozszerzenie, zwłaszcza zaś znaczny przerost serca nie towarzyszą szmerom przypadkowym. To samo stosuje się i do mruku kociego *(frémissement cataire)*, który wyczuwa się w okolicy koniuszka serca, oraz do wzmożenia drugiego tonu tętnicy płucnej". Z tem zdaniem Leubego zgodzić się nie mogę. Nasz przypadek i inne spostrzeżenia w naszej klinice lekarskiej świadczą, że szmerom nieorganicznym może towarzyszyć znaczne rozszerzenie prawej komory serca i wzmożenie drugiego dźwięku tętnicy płucnej bez żadnych zmian anatomicznych w zastawkach. To są właśnie te szmery nieorganiczne, które powstają na tle względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Wreszcie szmery nieorganiczne nieraz słabną i nawet znikają, jak wykazują nasze spostrzeżenia, po zastosowaniu środków sercowych (naparstnica, gorzykwiat i t. d.); szmery organiczne przeciwnie pod wpływem tych środków w przeważnej liczbie przypadków jeszcze się wzmagają.

Jeśli teraz streścimy wszystko, co powiedziałem, to łatwo dochodzi się do wniosku, że nie mamy żadnego objawu patognomonicznego, na podstawie którego możnaby było zawsze odrazu rozstrzygnąć, czy szmer jest pochodzenia organicznego, czy też nieorganicznego. Najwięcej cechującymi objawami szmerów nieorganicznych są następujące: słabe przewodnictwo w większości przypadków, występowanie tylko podczas skurczu, najczęstsze usadowienie się nad tętnicą płucną i nad koniuszkiem serca, zmienność, wreszcie wzmaganie się w położeniu stojącem i słabnięcie w leżącem (w większości przypadków). Badając chorego we wszystkich tych kierunkach, otrzymujemy najczęściej dostateczną podstawę dla prawidłowej oceny szmerów; w niektórych jednak przypadkach, przedewszystkiem w razie względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, prawidłowe rozpoznanie wymaga dłuższego i ścisłego spostrzegania chorego. Podawana przez niektórych ta różnica tych szmerów, że przy słabszem naciskaniu słuchawką klatki piersiowej występuje ton, przy silniejszym zaś uciśku szmer go zagłusza, nie zawsze pomaga rozpoznaniu, w niektórych bowiem razach szmer jest natyle szorstki i silny, że jakkolwiek zastawka dwudzielna wydaje podczas skurczu lewej komórki ton, to jednak zostaje on zupełnie zagłuszony przez szmer, powstający wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Piśmiennictwo. 1) Reyher: Beiträge zur Aetiologie und Heilbarkeit der perniciösen Anämie. (Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1886, Bd. 39). 2) Runeberg Deut. Arch. f. kl. Med 1887, Bd. 41. — 3) Eichhorst: Lehrbuch der speciell. Pathol. u. Therapie. 5 Auflage. — 4) Ehrlich: Die Anämie. Nothnagel's speciell. Pathol. u. Therapie. 1900. Bd. VIII. 5) Schaumann: Zur Kenntniss der sogenannten Botriocephalus-Anämie Berlin. 1894 — 6) Heller: Ziemssen's Specielle Pathol u. Therap. Bd. VII. H. 2. — 7) Biermer: Correspondenzblatt für schweizeriche Aerzte. 1872. Bd. XI. Nr. 1. — 8) Hayem: Du sang. Paris. 1889. — 9) Laache: Die Anämie. Christiania. 1883. — 10) Biegański: Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Warszawa. 1896. — 11) Biernacki: Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych i w szczególności w stanach anemicznych. (Gazeta lekarska. 1893. Nr. 32—36). — 12) Jellinek: Ueber Färbekraft und Eisengehalt des Blutes. Wien. kl. Wochenschr. 1897, Nr. 33 i 47. — 13) Hladik: Untersuchungen über den Eisengehalt des Blutes gesunder Menschen. (Wien. kl. Wochenschrift. 1898. Nr. 4. — 14) Jellinek und Rosin: Zeitschr. f. kl. Medic. 1900. Bd. 49. H. 1/2. — 15) Bard: La specificité cellulaire; przytaczam według Malleta: Des variations de varité de l'hémoglobine et de leur valeur clinique. Diss. Genève. 1901.—16) Körmöczi: Deut. med. Wochenschr. 1902, Nr. 1. — 17) Strauss und Rohnstein: Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anämieen. Berlin. 1901. — 18) Hammerschlag: Ueber Blutbefunde bei Chlorose. (Wien. med. Presse. 1894. Nr. 27. — 19) Lazarus: Blutbefund bei perniciöser Anämie (Deut. med Wochenschr. 1896, Nr. 23 (V. 13). 20) Szapiro: Heilung der Biermer'schen perniciösen Anämie durch Abtreibung von Botriocephalus latus. (Zeitsch für klin. Med. 1887, Bd. XIII). — 21) Wilczur: Zur Pathogenese der progressiven perniciösen Anämie. (Deut. med. Wochensch. 1893; również «Bolnicznaja Gazeta Botkina« 1892, Nr. 26—28 (Po powodu odnogo słuczaja złokaczestnenago progressiwnago małokrowija). — 22) Martynow: K woprosu o glistach. Wracz. 1893, Nr. 49. — 23) Birula: K woprosu ob izmienienijach centralnoj nerwnoj sistemy pri złokaczestwienom narostajuszczom małokrowii. (Wracz. 1894, Nr. 11—12). — 24) Jawein: Słuczaj glistnago złokaczestwienago progressiwnago małokrowija. (Bolnicznaja Gazeta Botkina 1900, Nr. 30) — 25) Wierjużski: K uczeniu ob izmienienijach krasnych krowjanych telec pri złokaczestwienom małokrowii i niekotorych drugich tjażkich bolezujach krowi. (Wracz. 1889, Nr. 39—40) — 26) Dehio: Wissenschaftl. Verhandlungen der Dorpater medic. Facultät. Sitz. am 27/II 1892. (Petersburg. med. Wochensch. 1892, Nr. 12; również Nr. 23—27). Ekkert: Słuczaj glistnoj anemii. (Bolnicznaja Gazeta Botkina, 1893, Nr 35). — 28) Neubecker: Botriocephalus-Anämie ohne Botriocephalen. Inaugural. Diss. Königsberg. 1898. — 29) Wagner: K woprosu o glistach u stradajuszczych bolezujami żełudka i kiszek. (Wracz. 1893, Nr. 49). — 30) Potain: Lections cliniques (Maladies du coeur et leur traitement). — 31) Bezsonow: Materjały k woprosu o nieorganiczeskich serdecznych szumach. Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg 1900 — 32) Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1894. — 33) Eichwald: Patogenez i semiotika vazstrojstu krowoobraszczenija. Petersburg. 1891. — 34) Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig. 1889. — 35) Huchard: Les faux cardiaques (souffles cardiopulmonaires). (Le Bulletin médical 15/III 1896) — 36) Eichhorst: Rukowodstwo k fiziczeskim metodam izsledowanija wnutrenich bolezniej. 1893. — 37) Czudnowskij: Sposoby izsledowanija obszczich i wnutrenich bolezniej. Petersburg. 1887. — 38) Szapiro: O rozpoznawanii boleźniej sierdca i sosydow. Petersburg. 1888. — 39) Leyden: Klinische Vorlesungen. Prognose bei den Herzkrankheiten. 1889. — 40) Gutmann: Rukowodstwo k kliniczeskim metodom izsledowanija grudnych i briusznych organow. 1884. — 43) Przytaczam według Werjuższkiego: Dwa słuczaja nietipicznych poroka sierdca. Wracz. 1899, Nr. 17—18. — 42) Przytaczam według Szapiro: Materjały dla kliniczeskago izsledowanija diejatelności sierdca. (Wojenno-Medicinskij Żurnał 1881). — 43) Przytaczam według referatu we Wraczu. 1900. str. 1403. — 44) Archarow: O nieorganiczeskich szumach sierdca. (Wojenno-Medicinskij Żurnał. 1901).

IV. Wyciągi.

Prof. Hochhaus (Kolonia). **Zapalenie trzustki z następowym krwotokiem i obumarciem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 2, 1903). Autor miał sposobność spostrzegać trzy przypadki tej choroby, z których pierwszy odnosi się do dobrze odżywionego silnego mężczyzny, cierpiącego od kilku lat na napadowe bóle żołądkowe. Nagle występuje silny ból brzucha, czkawka, wymioty i zaparcie stolca, ciepłota ciała prawidłowa, tętno bardzo przyspieszone, nikłe. Po zastosowaniu lodu i morfiny ustępowały początkowo objawy

cośkolwiek: ból brzucha umiejscowiony w okolicy żołądka i wymioty zmniejszały się, przyczem miało miejsce obfite wypróżnienie; w krótkim jednak czasie stan chorego znacznie się pogorszył i wśród ogólnego upadku sił nastąpił zgon w 13-tym dniu choroby. Początkowo rozpoznanie wahało się między zapaleniem otrzewnej a niedrożnością jelit; skoro jednak ostatnią wykluczono z powodu wspomnianego wypróżnienia, utrzymało się pierwsze, t. j. umiejscowione, ograniczone zapalenie otrzewnej, mogące mieć za punkt wyjścia okolicę żołądka lub też sąsiedztwo, aczkolwiek trudno było wytłomaczyć tę napadowo wzmagającą się bolesność brzucha i ogólny ciężki obraz chorobowy ograniczonem zapaleniem otrzewnej. Sekcya wykazała dawniejsze przewlekłe i świeże ostre zapalenie trzustki wraz z obumarciem tkanki tłuszczowej w gruczole samym, jakoteż w całej jamie brzusznej, nadto krwotok w okolicy trzustki z następowem lekkiem zapaleniem otrzewnej.

Również i w drugim przypadku rozpoczęła się choroba nagle wśród gwałtownych objawów ogólnego zapalenia otrzewnej: wielka bolesność brzucha, wymioty, czkawka, podniesiona ciepłota ciała i drobne, przyspieszone tętno. I tutaj po zastosowaniu lodu i morfiny nastąpiła początkowo nieznaczna poprawa, a bolesność wyraźnie ograniczyła się do okolicy podpępkowej. Po kilku dniach gwałtowne objawy wzmogły się z większem jeszcze natężeniem, kładąc kres życiu chorego w 17 dniu choroby. Rozpoznanie tu mogło być jeszcze za życia chorego uczynione z przybliżoną prawie pewnością, albowiem do znamiennych i ograniczonych bólów dołączyły się jeszcze w piątym dniu choroby, jako niezbite oznaki zapalenia trzustki, zmiany w moczu w postaci cukru, acetonu i kwasu aceto-octowego — objawy, które aż do końca choroby się utrzymywały, przemawiające wprost za rozpoznaniem. Badanie pośmiertne stwierdziło całkowite obumarcie trzustki skutkiem krwotoku w samymże gruczole i jego okolicy, nadto rozległe obumarcie tkanki tłuszczowej.

Co się tyczy trzeciego przypadku, to wprawdzie sekcyi nie wykonano, atoli przebieg choroby był tutaj tak rażąco podobnym do przebiegu w poprzednich, że autor nie waha się go do działu zapaleń trzustki zaliczyć.

Otóż na zasadzie tych trzech przypadków omawia Hochhaus rozpoznanie, etyologię i leczenie zapalenia trzustki. Najgłówniejszymi więc i w rachubę wchodzącymi objawami byłyby: gwałtowny ból w okolicy trzustki, pewien opór lub też wyraźny obrzęk w tem miejscu i cukromocz, rzadko jednak zarysowują się te objawy razem, a w większości przypadków pojawia się tylko sama bolesność, która może także przypominać kolkę żółciową, niedrożność jelit lub ograniczone zapalenie otrzewnej z przedziurawieniem kiszki. Autor jednak sądzi, że myśl o możliwości choroby trzustki, cokolwiek baczniejsza uwaga i wyrobiony zmysł spostrzegawczy mogą już na zasadzie samych tylko bólów niezawodnie uchronić od omyłki.

Przechodząc do etyologii, wykazuje statystyką z ostatnich lat cały szereg czynników usposabiających: w pierwszym rzędzie sprawy zapalne w drogach żółciowych, w dwunastnicy i żołądku; znaczną rolę odgrywają nadużycie wyskoku, otyłość, ciąża i nadmiar pracy fizycznej, jakkolwiek w wielu przypadkach zapaleń trzustki nie można wykazać wyraźnego związku między wyżej wyliczonemi przyczynami, a samą chorobą; w innych znów brak wprost przyczyny skłania do przypuszczenia, że istota chorobotwórcza drogą naczyń krwionośnych dostała się do trzustki.

Leczenie w pierwszym gwałtownie przebiegającym okresie może być czysto objawowe, za czem też przemawiają przytoczone przypadki; w piśmiennictwie podane są przypadki, w których takie postępowanie sprowadziło całkowite wyleczenie. Zabieg jednak chirurgiczny i to w początkach choroby może tylko przyspieszyć zgon chorego z powodu jego wielkiego ogólnego osłabienia; w dalszym atoli przebiegu, skoro przyszło do wytworzenia się ropnia lub obumarcia, wówczas jedynie operacya może sprowadzić pomyślny wynik.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Mikulicz. **Chirurgiczne doświadczenia nad rakiem jelit.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). W ciągu 11 lat spostrzegł M. w klinice wrocławskiej 3 przypadki mięsaka jelit, 2 przypadki mięsaka kiszek, 1 przypadek śródbloniaka poprzecznicy, 5 przypadków raka jelit i 95 przypadków raka kiszek u 80 mężczyzn i 26 kobiet. Najmłodsza chora miała lat 16, najstarszy chory powyżej 80. Najczęściej spostrzegał to cierpienie u chorych w wieku od lat 50 do 59. Rak najczęściej usadawia się w zagięciu esowatem, potem w jelicie ślepem. W przebiegu klinicznym wyróżnić można 3 okresy: *a*) okres utajenia trwa od $1^1/_2$ do 3 lat: *b*) okres objawów początkowych, cechujący się ogólnymi objawami ze strony narządu pokarmowego, jak objawami ograniczonego zapalenia otrzewnej, przypadkowem wykryciem guza, lub też przypadami zwężenia jelit, ich niedrożności ostrej lub przewlekłej; *c*) okres objawów klinicznych zasadza się właściwie na stwierdzeniu objawów, w okresie *b*) wymienionych i na uczynieniu na ich podstawie prawdopodobnego rozpoznania. Ściśle jednak odróżnić należy chorych z objawami ostrej i przewlekłej niedrożności jelit. Ci ostatni są bez porównania wytrzymalsi na różne zabiegi chirurgiczne, podczas gdy u pierwszych ograniczyć się należy do koniecznego *minimum* (kolostomia!) Na tej podstawie dzieli M. cały swój materyał kliniczny na 2 grupy, z których pierwsza obejmuje 23 przypadki, druga 83. W grupie pierwszej śmiertelność dość znaczna: na 23 przypadki umiera (bezpośrednio) 11, zdrowieje 12 i to tem pewniej zdrowieje, czem niżej usadowił się uciskający jelito nowotwór; 14 razy znaleziono przeszkodę w zgięciu esowatem, z tych tylko 3 zmarło: 9 razy rak usadowił się wyżej i z tych przypadków 8 skończyło się śmiercią. Również spostrzeganie tych 23 przypadków nauczyło M., że najlepsze widoki wyzdrowienia ma ten chory, u którego, operując, ograniczono się do koniecznego *minimum*, t. j. do założenia kolostomii. Operacyę tę wykonać można w znieczuleniu miejscowem, nacinając powłoki brzuszne przedewszystkiem ponad lewym więzem Pouparta, a dopiero, gdy tu nie znajdziemy jelita rozdętego, zabieg powtórzyć trzeba ponad prawą okolicą pachwinową. W przypadkach, połączonych z objawami przewlekłego zwężenia jelit, mamy większy wybór metod operacyjnych, możemy wykonać operacyę doszczętną, lub ograniczyć się do założenia enteroanastomozy z częściowem lub całkowitem wykluczeniem pętli nowotworem zajętej, lub wreszcie poprzestać na założeniu kolostomii. Stosunki miejscowe, stan ogólny chorego, wreszcie doświadczenie i temperament operującego rozstrzygają w wyborze metody. M. w klinice w odpowiednich przypadkach 17 razy nie operował wcale; 7 razy wykonał laparotomię próbną; 6 razy wykonał kolostomię; 16 razy wykonał enteroanastomozę z wykluczeniem jelita (zmarło 3); 21 razy wykonał resekcyę jednoczasową (zmarło 9); 16 razy wykonał resekcyę dwuczasową (zmarło 2).

W powyższem zestawieniu uderza znaczna różnica śmiertelności po resekcyi jednoczasowej i dwuczasowej. Po pierwszej wynosi ona 42·9%, po drugiej 12·5%. Składa się na to częste zapalenie otrzewnej i zapad po pierwszej metodzie, których uniknąć można po drugiej. Resekcya dwuczasowa od czasu do czasu wykonywaną była przez różnych chirurgów (Schede, Gussenbauer, Maydl, Volkmann itd.), dopiero jednak jak się zdaje pierwszy Oskar Bloch zalecił ją, jako metodę. M. przyjmuje metodę tę jako zasadniczą dla wszystkich przypadków nowotworów kiszek (grubych). Przez ranę laparotomijną wydostaje na zewnątrz dotyczącą pętlę wraz z wyresekowaną krezką przyszywa do błony surowiczej powłok brzusznych, zamyka resztę jamy brzusznej i zwykle na temsamem posiedzeniu odcina pętlę schorzałą, tworząc w ten sposób rzyć sztuczną. Po 2—3 tygodniach zapomocą swego enterotrybu zamienia rzyć na przetokę kałową, którą następnie szwami zamyka. Nowotwory jelit (cienkich) resekuje jednoczasowo, chyba że operuje wśród napadu ostrej niedrożności. W przypadkach guzów kątnicy indywidualizuje, czyniąc wybór metody zależnym od warunków ogólnych i miejscowych. Po operacyi doszczętnej na 20 przypadków śledzonych przez dłuższy czas, zmarło 9 skutkiem nawrotu cierpienia po $5^1/_2$ latach do $3^1/_2$ miesiącach (przeciętnie po 15 miesiąca h), 1 żyje z nawrotem (13 m. po operacyi), 10 żyje bez nawrotu od $9^1/_2$ lat do $^1/_4$ roku. Ogółem 5 żyje dłużej, niż 4 lata bez nawrotu. Po kolostomii długość życia, licząc od pierwszych objawów chorobowych, wynosiła 3 lata i 6 miesięcy, licząc zaś od chwili operacyi 1 rok i 9 miesięcy. Po enteroanastomozie odpowiednie liczby wynoszą 1 rok i $6^1/_2$ miesięcy, względnie $8^1/_2$ miesięcy. W przypadkach nieoperowanych chorzy ulegają swemu cierpieniu po 12 miesiącach *Herman.*

Kapsammer. **Przyczynek do nauki o nowotworach gruczołu krokowego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1903). U chorego 40-letniego powstała nagle niemożność oddawania moczu, która trwała przez 4 tygodnie. Powód jej był niewiadomy; badanie gruczołu krokowego nie wykazało nic nieprawidłowego. Po 4 tygodniach zauważono nieznaczne powiększenie gruczołu krokowego, a po czterech miesiącach od rozpoczęcia się zatrzymania moczu gruczoł krokowy stał się znacznie powiększony, płat prawy dochodził wielkości jaja kurzego, był twardy; lewy również powiększony, lecz nieco miększy: przy ucisku, nieco bolesnym, wydobywała się z cewki ropa, zmięszana z krwią. Guz ten powiększał się bardzo szybko, wystąpiły silne bóle w krzyżach, osłabienie czynności jelit. Chory nie chciał się dać operować. Z moczem przez cewkę poczęły odchodzić kawałki, których badanie histologiczne wykazywało mięsaka. Guz rósł, chory słabł, w końcu umarł. Autopsya wykazała zropiałego mięsaka gruczołu krokowego z naciekiem części sterczowej cewki moczowej i z przebiciem do niej, ropienie nerek, przerzuty w płucach. Najbardziej zajmującem w tym przypadku było zupełne zatrzymanie moczu w czasie, kiedy badanie przez odbytnicę nie wykazywało żadnego powiększenia gruczołu krokowego, a cysto-

skopia najmniejszych zmian w pęcherzu, któreby to zatrzymanie moczu usprawiedliwić mogły. Autor przypuszcza, że podobnie jak w śródmiąższowem zapaleniu gruczołu krokowego powodem tego jest zaburzenie w unerwieniu zwieracza szyjki pęcherza. A więc zatrzymanie moczu (niemożność oddawania) może być pierwszym objawem nowotworu gruczołu krokowego. Badanie histologiczne wykazało mięsaka drobnokomórkowego z licznemi wyspami chrząstki szklistej: mięsak chrzęstniakowaty (*sarcoma enchondromatodes*), dotychczas, jako nowotwór gruczołu krokowego, nie opisany. *B. Żmigród.*

A. Nuthall i J. Emanuel. **Rozlane zwyrodnienie rakowe żołądka i jelit.** (*The Lancet*, 17 stycznia, 1903 r.). Autorowie spostrzegali nieopisane dotąd w piśmiennictwie zajęcie dróg trawiennych, mianowicie rozlany nowotwór złośliwy żołądka i jelit. Spostrzeżenia te tyczą się trzech chorych, u których wykryto obszerne zmiany rakowate w znacznej części przewodu pokarmowego. Żołądek we wszystkich trzech przypadkach miał wejrzenie »*leather-bottle stomach*«, przyczem u dwóch chorych cały żołądek był skurczony, zgrubiały, jakby „skórzany": u trzeciego zaś takie zmiany wystąpiły tylko w odźwiernikowej części żołądka. Nacieczenie nowotworowe zajęło również jelita cienkie i grube; zaczynało się od miejsca przymocowania krezki i przechodziło w stronę przeciwległej, wolnej ściany jelita w różnym stopniu: w niektórych razach ściśle okalając jelito, w innych — zajmując zaledwo nieznaczną część tego narządu od krezki. Jeżeli nowotwór nacieczeniem zajmował całą ścianę jelitową, to w każdym razie największej grubości dosięgał koło brzegu krezkowego i stawał się stopniowo coraz cieńszy w kierunku wolnego brzegu jelita.

Części przewodu pokarmowego, zajęte nacieczeniem rakowatem, w poszczególnych przypadkach były następujące: u pierwszego chorego odźwiernikowa część żołądka, kiszka cienka w kilku miejscach i okrężnica cała; kiszka ślepa była wolna od nowotworu. W drugim przypadku cały żołądek był zajęty, niektóre części jelita cienkiego i znów cała okrężnica; kiszka ślepa i tu pozostała wolna. Trzeci chory uległ nacieczeniu całego żołądka, w kilku miejscach jelit cienkich, całej okrężnicy, kiszki ślepej i odbytnicy. Do okrężnicy we wszystkich przypadkach, oraz do kiszki ślepej i prostej w ostatnim przypadku, można było w zupełności zastosować nazwę kiszek „skórzanych".

U wszystkich chorych nowotwór przechodził na pewnej przestrzeni pomiędzy obiema warstwami krezki; w trzecim przypadku krezka kątnicza (*mesocoecum*) i więzadło żołądkowo-wątrobowe również były zajęte. Sieć wielka, oraz gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe były wolne we wszystkich trzech przypadkach. U jednego z chorych podstawa pęcherzyka żółciowego była nacieczoną rakowato na grubość $^1/_8$ cala; tensam chory miał niewielki przerzut w jednej nerce. Poza tem więcej żadnych przerzutów nie spostrzegano u omawianych chorych. Owrzodzeń błony śluzowej nie było ani w żołądku, ani w jelitach. Następstwem tego rozległego zwyrodnienia nowotworowego były zwężenia w różnych miejscach przewodu pokarmowego, zwykle wielorakie. Pierwszy chory zmarł na przedziurawienie kiszki ślepej poza zwężeniem okrężnicy wstępującej; w drugim przypadku dokonano gastrojejunostomii z powodu zwężenia odźwiernika; w trzecim wahano się, czy zrobić gastrojejunostomię wobec zwężenia odźwiernika, czy kolotomię pachwinową z powodu zwężenia odbytnicy; zatrzymano się w końcu na ostatniej operacyi, lecz oględziny pośmiertne wykazały, że niemniej potrzebny był zabieg chirurgiczny na żołądku; zresztą zwężenia były tu nietylko w odźwierniku i odbytnicy, a także w kiszce ślepej, oraz w zagięciu wątrobowem i śledzionowem. Chorzy dzielili się co do płci i wieku w sposób następujący: jedna kobieta 27 lat i dwóch mężczyzn 38 i 56 lat. Objawy za życia były nadzwyczaj nieokreślone: w pierwszym przypadku występowała przeważnie niedokrwistość, osłabienie, oraz bóle w brzuchu z przestankowym kolkowym charakterem w ciągu 12 miesięcy; ostatnie bóle znacznie się wzmogły; rozpoznano ogólne zapalenie otrzewnej; chora zmarła w czasie operacyi (laparotomia) wskutek uduszenia się wymiocinami. W drugim przypadku wobec wybitnych bólów w nadbrzuszu i wymiotów przypuszczano istnienie wrzodu żołądka; przeciąg choroby liczono przeciętnie na trzy miesiące; zrobiono gastrojejunostomię; rzeczywiście zwężenie odźwiernika miało miejsce; śmierć nastąpiła na trzeci dzień po operacyi wskutek wycieńczenia. Trzeci chory miał przewlekłe zaparcie stolca z bólami w brzuchu i rozdęciem jego; stwierdzono obecność puchliny brzusznej; przypuszczano włókniste zwężenie odbytnicy i nowotwór złośliwy żołądka: choroba trwała 8 miesięcy; zrobiono kolotomię; śmierć nastąpiła po trzech tygodniach wskutek wycieńczenia; stwierdzono liczne zwężenia. Charakter drobnowidowy nowotworów we wszystkich trzech przypadkach był w głównych zarysach jednakowy i różnił się tylko w drobniejszych szczegółach. Guzy były rakami gruczolakowatymi, wychodzącymi z głębszych warstw błony śluzowej i podlegały zwyrodnieniu klejowatemu (*Colloidkrebs*). Nowotwór występował w postaci bardzo grubej warstwy bez przerw w błonie podśluzowej, oraz w postaci drugiej cieńszej warstwy, lecz również ciągłej, w błonie podsurowiczej; obie te warstwy były połączone rakowatemi pasmami różnej grubości. Zwyrodnienie klejowate w różnych miejscach przechodziło rozmaite stopnie; wogóle najwięcej było wyrażone w warstwie podsurowiczej. Obraz drobnowidowy guzów został opisany bardzo szczegółowo. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Kozłowski. **Przypadek operacyjnego leczenia puchliny brzusznej w marskości wątroby zanikowej.** (*Jusskij Wracz* 1902, Nr. 48—50). Autor opisuje przypadek wyleczenia puchliny brzusznej w zanikowej marskości wątroby zapomocą operacyi Talma. Chory, w wieku lat 45, krawiec, wstąpił do szpitala z znaczną puchliną brzuszną i obrzękami kończyn dolnych, oraz moszny: w 22 roku życia przebył kiłę, na którą leczył się wcieraniami. Badanie podmiotowe wykazało znaczne zwiększenie obwodu brzucha, płyn wolny w jamie brzusznej, powiększenie śledziony, wzdłuż środkowej linii ciała i w bocznych okolicach brzucha występowało przez powłoki kilka rozszerzonych żył. Leczenie kalomelem, jodkiem potasowym, gorzykwiatem wiosennym, roztworem octanu potasowego i innymi środkami było bezskuteczne. Po upływie 11 dni, wobec ogromnych rozmiarów brzucha wykonano nakłócie i wypuszczono 15 litrów płynu surowiczego, o ciężarze właściwym 1,007, zawierającego 2% białka. Po 17 dniach wypuszczono znowu 14 litrów cieczy, o ciężarze 1,007, z 1,3% białka, Następne nakłócie wykonano po upływie 18 dni i wypuszczono 14 litrów. W 4 dni po tem nakłóciu wykonano operacyę Talma: po rozcięciu powłok brzusznych między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym wypuszczono z jamy brzusznej 6—7 litrów cieczy; sieć z silnie rozszerzonemi żyłami wyjęto z jamy brzusznej i przymocowano do otrzewnej ściennej trzema szwami jedwabnymi w górnym i dwoma w dolnym odcinku rany; ranę zaszyto jedwabiem. Ponieważ w jamie brzusznej zostało się dość dużo płynu, natychmiast po operacyi wykonano znowu nakłócie brzucha, przyczem wypuszczono prawie 10 litrów cieczy. Po operacyi dobowa ilość moczu zaczęła powoli zwiększać się (z 200—400 do 2000—2500 sz. ctm.); pomimo tego płyn w jamie brzusznej nagromadzał się tak, że zaszła kilkakrotnie potrzeba wypuszczać go: przy pierwszem nakłóciu (w 10 dni po operacyi) wypuszczono 9 litrów, przy drugiem (po upływie następnych 11 dni) 13,5 litrów, przy trzeciem (po 17-tu dniach) 17,8 litrów, po 22 następnych dniach 19, po 18, 19, po 13 następnych dniach 14,2, wreszcie, po 16 następnych dniach 15.2 litrów. Po tem nakłóciu chory przebył w szpitalu jeszcze 174 dni. Płyn w jamie brzusznej nagromadzał się jeszcze w ciągu jednego miesiąca, a następnie zaczął zmniejszać się, jakkolwiek chory nie zażywał żadnego leku. Przy opuszczeniu szpitala płynu w jamie brzusznej było bardzo niewiele. *Witold Orłowski* (Pthg.).

Doc. Janowskij. **Rozpoznawcze znaczenie odlewów oskrzelowych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 49). Odlewy włóknikowe są, jak wiadomo, cechujące dla włóknikowego zapalenia płuc i oskrzeli. Janowskij (Kijów) przytacza spostrzegany przez siebie przypadek osoby chorej na organiczną wadę serca (niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie lewego ujścia żylnego), w której w 2 dni po zawale krwotocznym płuc wykrył w plwocinie skrzepy oskrzelowe; zawał wystąpił 2 razy i każdorazowo plwocina po nim wykazywała skrzepy w ciągu całego tygodnia. Skrzepy makroskopowo i pod względem składu chemicznego nie różniły się od odlewów włóknikowych, spotykanych w włóknikowem zapaleniu oskrzeli i płuc. Drobnowidowo zaś wejrzenie ich różniło się od odlewów, towarzyszących zapaleniu płuc, większą grubością włókien, równoległym ich kierunkiem i małą ilością substancyi, sklejającej oddzielne włókna; od odlewów zaś, towarzyszących włóknikowemu zapaleniu oskrzeli, różniły się one tem, że nie wykazywały budowy warstwowej. Skrzepy oskrzelowe w plwocinie w przebiegu chorób serca spostrzegali również Degen, Bernouille, Hampeln, Escherich i Starck. Wobec tego, że powikłanie z zawałem krwotocznym płuc było tylko w przypadku Starcka J. nie przypuszcza, żeby odlewy oskrzelowe w tych przypadkach powstawały wskutek wylewu krwi do oskrzeli i jej krzepnięcia; dopatruje on przyczynę odlewów w możliwej zmianie składu cieczy, która w zaburzeniach krwiobiegu, wikłających choroby serca, wylewa się do oskrzeli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

H. Thomson. **W sprawie przetok sztucznych między pęcherzykiem żółciowym a jelitem.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 3). Na podstawie doświadczenia własnego i zebranego z piśmiennictwa przychodzi T. ostatecznie do wniosku, że guzik Murphyego nadaje się doskonale do zakładania tego rodzaju przetok. *Herman.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dreesman (Kolonia). **O merkurolu.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Związek ten rtęci z kwasem nukleinowym przedstawia się w postaci brunatno-białawego proszku, łatwo w wodzie rozpuszczalnego. Pod wpływem okładów z 2% roztworu merkurolu goiły się nader szybko wrzody goleniowe, takiższam skutek wystąpił przy użyciu 2% maści merkurolowej. Nadmienić przytem należy, że nie zauważono żadnego ubocznego działania szkodliwego, np. wyprysku, zaczerwienienia lub t. p. Nawet przypadki, w których inne przetwory rtęci (*Hydrarg. praecip. alb.*, *Hydrarg. oxyd. rub.*) znacznie skórę drażniły, stosowanie 2% maści merkurolowej było bez najmniejszego działania ubocznego. Niemniej dobre były wyniki w wrzodach gruźliczych po użyciu proszku merkurolowego. Także w przypadkach zapaleń cewki moczowej okazały się wstrzykiwania 2% roztworu merkurolowego nader skutecznemi: doświadczenie, oparte w tym kierunku na nieznacznej liczbie przypadków, jest wprawdzie skąpe, ale pod każdym względem zadowalniające; okoliczność tę potwierdza także Swinfords Ewards, używając nadto w rzeżączce cewki tylnej przepłókiwań roztworem 1: 400. Clarence Martin stosuje do przeplókiwań roztwór 1: 500 do 1000, a do wstrzykiwań również 2%—3%. Ostatni autor uważa merkurol za najlepszy środek przeciwrzeżączkowy.

Znakomite miały być wyniki w kile, co także potwierdza Ayres (Nowy-York), stosując nowy ten przetwór w 100 przypadkach kiły drugorzędnej. Dawka nie była stałą: u większej liczby chorych wystarczyło 0·05, 2 razy dziennie; u innych znów dochodziła jednorazowa dawka do 0·10 grm., która jednak wywoływała niekiedy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (biegunka), zmuszające do zmniejszenia dawki. Smith, Sieight stosowali także merkurol w chorobach ocznych; z tych jednak skąpych spostrzeżeń nie można nic pewnego wysnuć. Zesumowawszy więc to wszystko, zaleca Hochhaus merkurol w następujących cierpieniach: *a*) w przypadkach wrzodów podudzia i innych przewlekłych owrzodzeń w postaci 2%—5% maści; *b*) w silnie ziarninujących ranach i wrzodzie miękkim, jako proszek lekko żrący; *c*) w tryprze — wstrzykiwania roztworu 0·5%—2%; *d*) w kile — wewnętrznie w dawkach 0·05 do 0·10 dwa razy dziennie. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. — Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Prof. Kader przedstawił i omówił następujące przypadki:

a) chorą po wyjęciu nerki z powodu gruźlicy;

b) chorego po operacyi nerki torbielowato zwyrodniałej ze zwężeniem moczowodu. U chorego tego wykonał prelegent rozcięcie nerki i plastykę moczowodu;

c) chorego po wyjęciu z kości czołowej guza wielkości duże pięści. Guz okazywał utkanie wola (Demonstracya preparatów drobnowidowych i fotografii);

d) omówił dwa przypadki rozległego ropienia wewnątrzczaszkowego, wychodzącego z ucha środkowego;

e) chorego po wyjęciu kostniaka z przewodu usznego. Operował prelegent w tym przypadku cięciem własnem;

f) chorego po usunięciu i plastycznej operacyi ucha z powodu żółciołojaka (cholesteatoma);

g) chorego po operacyi nawrotów mięsaka jądra;

h) chorego po plastyce ucha zewnętrznego z powodu raka

III. Kol. Klęsk demonstrował chorą po wyjęciu guza z kiszki ślepej. Po operacyi okazało się że guz wspomniany jest wytworzony z nagromadzonych pestek ze śliwek.

IV. Kol. Gerżabek demonstrował chorego z ropnicą po ropnem zapaleniu stawu kolanowego z powodu urazu.

V. Kol. Prof. Kader demonstrował szereg przyrządów ortopedycznych, służących do leczenia schorzeń stawów, ścięgien i kręgosłupa.

W dyskusyi nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos kol. Spira, kol. Prof. Browicz i kol. Prof. Kader, poczem uczestnicy posiedzenia udali się do zakładu ortopedycznego kliniki chirurgicznej, gdzie kol. Kader i Kirkor pokazali szereg przyrządów ortopedycznych i ćwiczenia gimnastyczne lecznicze, wykonane przez chorych, leczących się w zakładzie.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Prof. Nowak. — Obecnych członków 40.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Ozga przedstawił preparat włókniaka z zupełnem wynicowaniem macicy. Wynicowanie macicy powstaje najczęściej w III okresie porodowym bądź skutkiem pociągania za pępowinę, lub przez niezręczne wykonanie rękoczynu Credégo. Poza tem sprowadzają wynicowanie macicy włókniaki, wyrastające z jej wnętrza i jak polipy pobudzające ją do skurczów, przez co rodzą się potem do pochwy. W danym przypadku włókniak podśluzowy sprowadził całkowite wynicowanie macicy. Chora M. B., lat 40, rodziła 2 razy, ostatni raz przed 8 laty, na czasie, prawidłowo. Od 3 lat zauważyła częstsze pojawianie się miesiączki i krwawień, utrzymujących się niekiedy po 3—4 tygodni. Przed 2-ma laty przy wyważaniu drzewa doznała uczucia opadnięcia czegoś w brzuchu ku dołowi; straciła przytomność wskutek silnego krwawienia z części rodnych, które utrzymywało się przez 3 tygodnie. W pół roku po tym wypadku przy napieraniu na stolec wypadł jej guz z pochwy wśród krwawienia, które ustało po odprowadzeniu guza do pochwy przez samą chorą. Przy badaniu znaleziono u chorej, w wysokim stopniu niedokrewnej, guz wystający z pochwy, wypełniający ją całkowicie i ku gorze coraz grubszy. Lejkowatego zagłębienia przez powłoki brzuszne nie można było stwierdzić. Guz wydobyto przez pochwę, wykonując w części rozkawałkowanie jego i otwierając najpierw od tyłu jamę Douglasa; potem pod kontrolą cewnika oddzielono pęcherz i otworzono otrzewnę od przodu. Więzadła okrągłe i trąbki podwiązano jedwabiem i między kikuty założono sączek z gazy jodoformowej, którą wytamponowano także pochwę. Guz ważył 1000 gramów. *(Autoreferat)*.

III. Kol. Żeleński przedstawił przyrząd Prof. Maya, służący do czerpania i mięszania krwi w celu badania. (Rzecz przeznaczona do druku).

IV. Kol. Frączkiewicz wygłosił odczyt: »Leczenie tężca surowicą przeciwtężcową«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Bujwid. Zwrócił on uwagę, że zakres leczenia tężca surowicą prawdopodobnie nigdy nie będzie wielki, chyba, że dadzą lepsze wyniki wstrzykiwania surowicy do opon. Natomiast wielkich korzyści należy się spodziewać po wstrzykiwaniach surowicy zapobiegawczych, za czem bardzo przemawiają doświadczenia na zwierzętach. Leczenie tężca wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej nie ma racyi bytu, gdyż jeżeli miałoby się osiągnąć jakiekolwiek wyniki, wstrzykiwaćby należało bardzo duże ilości, co technicznie jest niewykonalne.

V. Kol. Wrzosek wygłosił odczyt: „Rzut oka na dzieje medycyny polskiej w XIX stuleciu“. *Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił

Dr. Batko.

Prof. Loos (Kair). *Historya naturalna bilharzyi.*

Wszystkie pasorzyty bilharzyi, znajdujące się w żyle bramnej, są bez wyjątku pasorzytami młodymi, gdyż osobniki dojrzałe, zdolne do rozmnażania się, spotykamy w żyłach miednicy mniejszej. Życie tych pasorzytów jest ograniczone: składają one w ścianach narządów wielką ilość jajek, które następnie zostają wydalane. To wydalanie może trwać dość długo, 10 lat i dłużej. Jedynem środowiskiem, sprzyjającem rozwojowi zarodków, jest woda i to na krótki przeciąg czasu. Liczne próby, aby zarodek otorbić w ślimakach, larwach owadów, rybach, rożnych roślinach, całkiem zawiodły, jak również szczepienie bezpośrednie na zwierzęta. Różne doświadczenia wykazały, że zarodki bilharzyi giną w 2‰ kwasie solnym, jak również w soku żołądkowym. Dlatego też prelegent co do swej osoby jest przekonany, że bilharzya nie dostaje się do ustroju drogą przewodu pokarmowego, jak to powszechnie się przypuszcza, ale przez skórę. Przypuszczenie jego potwierdza ta okoliczność, że bilharzya dotyka przeważnie osoby, które wskutek swego zajęcia

wystawiają nogi na działanie brudnej wody. Dlatego ludzie z klas ubogich chorują częściej na bilharzyę, niż ludzie z klas zamożnych. mężczyźni częściej, niż kobiety, choć w niektórych okolicach, gdzie kobiety uczestniczą zarówno z mężczyznami w robotach ziemnych, w tymsamym stosunku są dotknięte bilharzyą, co mężczyźni.

Dr. Ruffer (Aleksandrya). *Patologia bilharzyi.*

Prelegent występuje przeciw teoryi przedostawania się bilharzyi przez skórę, ponieważ nie jest poparta żadnym niezbitym dowodem: brama wejścia bilharzyi nie jest jeszcze poznana, zmiany skórne są wyjątkowe w bilharzyi; Boerowie np., którzy często są dotknięci tą chorobą, nie trzymają przecież ustawicznie nóg w wodzie nieczystej. Co do rozwoju pasorzytów, to prelegent znajdował zawsze robaki w błonach śluzowych, lecz nie w naczyniach krwionośnych, ale w małych torebkach i w naczyniach chłonnych. Kamyki pęcherzowe na tle bilharzyi są rzadsze, niż je autorowie przyjmują: prelegentowi nie udało się dotąd znaleźć ani jednego jajka w środku kamyka.

Dr. Goebel (Aleksandrya). *Anatomia patologiczna bilharzyi.* Prelegent tak, jak Dr. Ruffer, znajdował zawsze pasorzyty w jamach nowotworowych i w naczyniach chłonnych. W każdym jednak razie zaznacza, że w trakcie operacyi w przypadku bilharzyi stwierdził we krwi znaczną liczbę robaków żywych. Miał częstą sposobność znajdowania bilharzyi w raku pęcherza i odbytnicy. Prelegent demonstruje odpowiednie preparaty anatomiczne.

Dr. Lortet (Lugdun). *Bilharzya.* Prelegent zaznacza, że zarodki bilharzyi obumierają natychmiast, skoro się zetkną z krwią, co świadczyłoby za przypuszczeniem Ruffera, że pasorzyty we krwi się nie znajdują.

Dr. Trekakis (Aleksandrya). *Etyologia bilharzyi.*

Przyznając, że kamyki na tle bilharzyi są rzadkie, T. sądzi, że nie w tym jednak stopniu, jak przypuszcza Ruffer; dodatnie badania mikroskopowe Zankarola zdają się przemawiać za tem. Dlaczego tak jest, łatwo to zrozumieć; felach (wieśniak) w Egipcie zużywa dziennie dwa gramy soli mineralnych: w takich warunkach wystarczy najmniejsze podrażnienie pęcherza, np. obecność bilharzyi, aby spowodować strącanie się soli i wytworzyć kamyk. Bilharzya zaś pęcherza jest w Egipcie niezawodnie najczęstszym objawem tej choroby. Sroży się ona widoczniej w Delcie Nilu, gdzie dotyka około 50% ludności rolniczej, niż w reszcie dolnego Egiptu, a przedewszystkiem w górnym Egipcie, co pozwala przypuszczać, że pasorzyt jest częstszy tam, gdzie woda jest brudna i stojąca.

Dr. Adamidi (Kair). *Ropień wątroby, mający swe źródło w bilharzyi.* Prelegent znalazł jajka bilharzyi w moczu, stolcu i ropie pewnego chorego, dotkniętego moczeniem krwawem, czerwonką i rozległym ropniem wątroby. Przypuszcza, że to jest pierwszy spostrzegany przypadek ropnia wątroby na tle bilharzyi, gdyż w piśmiennictwie nie znalazł opisanego podobnego przypadku.

Dr. Abd-el-Fatah Fehmy (Kair) leczył dziecko tygodniowe, dotknięte moczeniem krwawem, a badając mocz, znalazł jajka bilharzyi.

Dr. Kautzky bey (Kair). *Hematologia bilharzyi.*

Prelegent badał krew 108 chłopców, dotkniętych bilharzyą w wieku 8—18 lat. Niedokrewność, którą znajdował, cechowała się niestosunkiem odsetkowym hemoglobiny, która spadała do 45%, a ilością ciałek czerwonych, która nie schodziła poniżej czterech milionów, a nadto bardzo znaczną eozynofilią.

Dr. Wildt (Kair). *Bilharzya.* Rozwój bilharzyi w ustroju, według jego zdania, jest następujący: pasorzyty z żyły bramnej dostają się do drobnych żyłek końcowych dróg moczowych i dolnych części przewodu pokarmowego, gdzie znoszą jajka. Dzięki zakrzepow,i jajka przedostają się pod tkankę nabłonkową błon śluzowych, gdzie ulegają losowi wspólnemu wszystkim ciałom obcym i bywają bądź cierpiane i otorbiają się, wytwarzając nowotwory wielkości główki szpilki aż do polipa, a nawet wielkości guza, bądź też ustrój ich nie znosi i wydala zapomocą ropienia, ztąd powstają owrzodzenia, zwiększane jeszcze drażnieniem moczu i kału, oraz ostatecznie wytwarzają się przetoki.

Zmiany te znajdujemy w drogach moczowych od ujścia cewki do nerki i w przewodzie pokarmowym od odbytu do jelita grubego.

Dr. Milton (Kair). *Bilharzya z punktu widzenia chirurgicznego.* Bilharzya u kobiet dotyka przeważnie drogi moczowe, następnie narządy rodne, w szczególności narządy zewnętrzne i szyjkę macicy, wreszcie rzyć i kiszkę prostą. Jej wpływ na tkanki objawia się dwojako: bądźto niszczy tkankę (postać zanikowa), bądźto prowadzi do wybujałości (postać przerostowa). Pierwsza jest częstsza w drogach moczowych, druga w narządzch rodnych kobiety, jak równie w okolicy rzyci i kiszki prostej.

Dr. Ali Labib (Kair). *Przetoki na tle bilharzyi.* Przetoki na tle bilharzyi są w Egipcie bardzo częste. Prawda, że u kobiety znalazł prelegent tylko raz przetokę pęcherzowo-pochwową, za to rozporządza statystykę 940 przypadków przetok u mężczyzn, z których 10 było nadłonowych, 120 prącia, 800 mosznowych i międzykrocza, a 10 pęcherzowo-odbytniczych. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

«O! moc to pełna cudów, co się mieści
W sokach ziół, krzewów, w martwej kruszców treści!»
(Szekspir).

Od najdawniejszych już czasów znane były ludzkości pewne substancye, których użytek był dwojaki: raz skuteczny w chorobach i przywracający zdrowie, drugi raz niszczący zdrowie i zadający śmierć. Przetwory te zwano lekami, a częściej jeszcze truciznami. Zacchiasz, protomedyk państwa kościelnego w XVI. wieku, wyraża się *„venena non solum appellantur medicamenta, quae occidunt, set etiam quae sanant“*, a jeszcze dosadniej, a zarazem poetycznie określa tę dwulicową naturę trucizn, a równocześnie i lekarstw, Szekspir, wyrażając się:

«W mdłym kwiatku, w ziółku jednem i tem samem
Ma nieraz miejsce jad wespół z balsamem«.

Że znajomość trucizn sięga początkiem w bardzo odległe przeszłością wieki, świadczą najdawniejsze mity i pomniki literackie. I tak mity starogreckie mówią o pokrytej pomrokiem tajemniczości Kolchidzie, krainie czarnoksięstwa, pozostającej pod berłem ponurej Hekaty, krainie, która miała być ojczyzną ziół, tak trujących, jak zbawczych dla zdrowia. W księgach indyjskich Ayur-Veda oświadcza Susrutas, ich autor, że leki w ręku biegłego stają się dla ludzi ambrozyą, w ręku partacza trucizną. Wymienia on leki, które chociaż objęte są nawet dzisiejszymi lekospisami, przecież w codziennem życiu znane są tylko pod mianem trucizny, n. p. arszenik. Dzieje medycyny starożytnej pouczają dowodnie, jak wybitną w niej rolę odgrywała nauka o truciznach; wszakżeż władcy Pontu, Pergamu i Egiptu, jak Mitrydates Eupator (124 przed Chr. — 64), Attalus III i Kleopatra, częścią z pobudek naukowych, a więcej z popędu do okrucieństwa lub obawy o własne życie, osobiście naukę tę uprawiali.

Doświadczenia swe z truciznami podejmowali oni na niewolnikach i rozkoszowali się widokiem wywolanych trucizną objawów, oraz śmierci. W ten sposób wypróbowane trucizny służyły im następnie do podstępnego pozbywania się niemiłych osób lub w niełaskę popadłych zauszników. Miarę tej podstępności określa dosadnie sposób, jakiego użyć miała Parysatis, siostra Kserksesa, przy otruciu swej synowej. Oto jak Baladyna Słowackiego kraje ona mięso nożem, którego jedną powierzchnię brzeszczotu powlekła wpierw trucizną, poczem podaje część mięsa zatrutą synowej, zaś część wolną od trucizny spożywa sama, dla tem pewniejszego uchylenia się przed podejrzeniami.

Niedostateczne podówczas i przez długie wieki następne aż do doby obecnej wiadomości o truciznach były powodem, że jak nie umiano na pewne rozpoznać otrucia za życia lub po śmierci, względnie wykazać poszczególnych trucizn w ustroju, niemi zatrutym, tak nie umiano w sposób właściwy otruciom zaradzić, mimo że w tym ostatnim wzglę-

dzie nie brak było usiłowań. Usiłowania te jednak skierowane były w błędnym kierunku znalezienia ogólnej odtrutki na wszelkie trucizny. Niezasłużoną sławę zjednała sobie wielce nawet przez całe wieki średnie wychwalana odtrutka, zwana „dryakwią", mięszanina najróżniejszych leków i guseł, podana przez lekarza Nerona, Andromacha z Krety (w piśmie wierszowanem „περὶ τῆς θηριακῆς"). W Heladzie, w której obok poezyi i nauk, tak poważnie się rozwinęły i nauki lekarskie, dzielono trucizny wedle królestw przyrody, do których się zaliczały. Obok pryszczawki lekarskiej *(Cantharis vesicatoria)* i wężów jadowitych uchodziły n. p. za trujące, zwierzęta, jak ropucha, salamandra i rodzaj skorupiaka, zwanego zającem morskim *(lepus marinus)*. Za truciznę uchodziły krew z byka, zdaje się gnijąca, którą wedle żywotów Plutarcha miał być otrutym Temistokles, oraz miód heraklejski, zwany szałotwórczym, gdyż miał po spożyciu wywoływać silne podniecenie, jakiemu n. p. ulegli towarzysze Ksenofonta. I dziś wiemy, że miód zebrany z roślin trujących, n. p. z tojadu [1]) *(Aconitum)*, może sprowadzić nawet śmiertelne zatrucie. Z trucizn roślinnych znano między innemi: pokrzyk (*atropa mandragora*) z jego nasennem działaniem [2]), który później, bo w wiekach średnich, dla dziwacznego kształtu swych korzeni zażywał wzięcia w kuchniach czarodziejskich jako ważny składnik cudownych maści i napojów miłosnych [3]); winnym nastojem pokrzyku, pozostawionym rozmyślnie na łup, pogrążył w sen wódz kartagiński Maharbal [4]) zastępy dzikich ludów starożytnej Afryki. Tojad (*aconitum napellus)*, równoznaczne z *toxicum*, czyli trucizną do zatruwania strzał [5]), który wedle mitu greckiego [6]) wyrósł z jadu sączącego się z paszczy Cerbera, gdy go Herkules z polecenia Eurysteusa wydobył z Tartaru na światło dzienne, używanym był podobnie jak sok z ciemiernika (*helleborus*) do zatruwania strzał. Zimowitu (*colchicum*) używać miała czarodziejka Medea z Kolchidy (zkąd jego nazwa) do przyrządzania swych trucizn. Znane było powszechnie odurzające działanie lulka i bieluniu, a smarowaniu maściami z bieluniu przypisuje Gmelin obłędy nagminne u kobiet wieków ubiegłych, które jako czarownice ogniem, mieczem i torturami zabijano, zamiast leczyć jako zatrute. Poeta Nikander (136 przed Chr.) opisał już wcale dokładnie obraz otrucia zapomocą makowca, a któż nie zna klasycznego opisu otrucia pietrasznicą (*conium*), jaki podaje Plato, omawiając śmierć otrutego nią Sokratesa! O ile świat zwierzęcy i roślinny, jako na powierzchni ziemi rozpostarty, był łatwo dostępny ludom starożytnym tak, że mogły łatwo korzystać z jego „mocy, pełnej cudów", o tyle ukryte w nie tak jak dzisiaj rozkopywanem wnętrzu ziemi bogactwa mineralne dostarczały daleko mniej przetworów trujących, a jednak już w Heladzie znano siarczek arsenu, o którym Pedanius Dioskorides (50 r. po Chr.) pisze, że wznieca gwałtowne bole żywota i nadżera trzewia. Znano również trujące własności cynobru i cerusy. Z tem wszystkiem najbardziej zdumiewać musi, że kapłani starożytnego Egiptu znali [7]) już kwas pruski, wyrabiany z jąder pestek brzoskwini, którym truli swych członków, zdradzających tajemnice zawodu; zdumiewać musi tem bardziej, że ta modna dzisiaj trucizna nie była znaną jeszcze w początkach zeszłego wieku, skoro tak poważny toksykolog, jak Gmelin [8]), zapytuje się naiwnie, czyby olejek gorzkich migdałów lub mleko ugotowane z liśćmi brzoskwini miało działać trująco?

W starożytej Heladzie rozporządzanie truciznami należało do państwa i nikomu nie wolno było użyć trucizny nawet na sobie bez pozwolenia władzy. Obywatel, który sprzykrzył sobie życie, zgłaszał się do władzy, podawał powody niechęci swej do życia, a gdy władza uznała je za dostateczne, otrzymywał pozwolenie na spełnienie kubka z napojem z pietrasznicy. Mimo to jednak nosili podług Plutarcha Demostenes i inni współcześni mu mężowie truciznę pod kamieniem w pierścieniu, aby w razie potrzeby módz sobie szybko odebrać życie. Tenże Plutarch i Liwiusz podają, że i Hannibal, gdy się schronił do króla Bitynii, a miał być wydany konsulowi Flamminikowi, odebrał sobie życie trucizną, którą ukrywał w pierścieniu. W Marsylii, osadzie focyjskiej, obowiązywało podobne prawo, a jeźli ktoś popełnił samobójstwo bez zezwolenia władzy, pozostawiał po sobie zhańbioną pamięć, a dzieci jego traciły prawo dziedziczenia po nim majątku. Tak w Grecyi, jak i w Egipcie, wydarzały się otrucia w części jako nieszczęśliwe zdarzenia, w części jako samobójstwa lub morderstwa, w części wreszcie jako wymiar kary ze strony państwa.

Rzym starożytny przejmując sztuki i nauki od Grecyi, przejął od niej także i znajomość trucizn, których zastosowaniem w celach zbrodniczych przeszedł rychło swą mistrzynię. I tak już w r. 332 za konsulatu Claudiusa Marcella i Tytusa Waleryusza [9]) odkryto spisek 170 dam z arystokratycznych rodów, które trucizną pozbywały się niewygodnych sobie mężów, lub tych osób, których majątek chciały zagarnąć w drodze spadku. Skazanie tych trucicielek nie na długo powstrzymało damy rzymskie od tej zbrodni, skoro już w r. 184 przed Chr. był zniewolony pretor Quintus Naevius skazać za tę samą zbrodnię 2000 trucicielek w Rzymie, a w kilka lat potem pretor Maenius 3000 kobiet na prowincyi, którym dowiedziono licznych zbrodni otrucia. Przed trzecią wojną punicką zasądzono za zbrodnię otrucia Publilię i Licynię, należące do pierwszych magnackich rodów. W Rzy-

[1]) Dwa podobne przypadki opisał Haller w »Annal. d'hyg. publ.« 1901, Nr. 6.

[2]) Nasz lekarz i autor wziętego dzieła »Syntagma universae medicinae practicae libri XIV. sumpt. Viti Jacobi Trescher 1673«, Dr. med. Jan Jonston pisze: »mandragora, quae somnem gravem infert«.

[3]) Husemann: Handb. d. Toxikologie. Berlin 1862. — Podanie o działaniu tego korzenia określa Szekspir:

»A potem... krzyk podobny
Do tego, jaki wydaje ów korzeń
Ziela pokrzyku, gdy się go wyrywa;
Krzyk, wprawiający ludzi w obłąkanie«

[4]) Gmelin: Allg. Gesch. d. Pflanzengifte. Nürnberg 1803.

[5]) Tak samo *„venenum"* i φαρμακον uchodziło za lekarstwo, truciznę, szminkę i czary czarownic (Pliniusz, Owidyusz i Wergiliusz).

[6]) »Jest pochodzista droga, którą...
Z dyamentu łańcuchy Cerbera dopadłszy,
Wywindował Herkules; a ów się rozsiadłszy,
Pianami pola spryskał zielone białemi!
Te... dopadłszy płodnej
I bujnej ziemi, — mocy doszły szkodnej,
Które, że się po skałach twardych zbyt udają,
Akonitem je ludzie prości nazywają«.

Owidiusza Nasona Przeobrażenia. Przekład J. Żebrowskiego. Kraków 1636. Ks. VII. W. 425—434.

[7]) Ogier: Traité de chimie toxicologique. Paris 1899.

[8]) l. c. str. 774.

[9]) T. Livius: Dzieje rzymskie L. VIII.

mie i Egipcie (za Ptolomeuszów) pojawiły się te istne epidemie trucia, których sprawczyniami były kobiety. Odtąd też aż po obecną chwilę zbrodnia ta zdaje się być niemal przywilejem kobiet, albowiem wedle zestawienia Krausa[10]), chociaż ogólna zbrodniczość kobiet pozostaje do ogólnej zbrodniczości mężczyzn w stosunku jak 1:6, to stosunek częstości zbrodni otrucia, popełnionych przez mężczyzn a kobiety jest równy. Jak zbrodnia podpalenia nadaje się najbardziej do wykonania ze wszystkich zbrodni przeciwko własności i mieniu bliźnich osobom fizycznie słabym, bojaźliwym, a podstępnym, tak samo zbrodnia otrucia. Tam zapałka, tlące łuczywo, tu niepostrzeżenie domięszana do potraw, napoju lub lekarstwa trucizna szerzy bez hałasu, bez zwrócenia uwagi w sposób łatwy dzieło zniszczenia. Skoro zaś kobietom z natury przypadły w udziale fizyczna słabość, bojaźliwość i skrytość, przeto nie dziwna rzecz, że ogromem tej potwornej zbrodni wprawiły one, a nie mężczyźni, świat w postrach i zdumienie. Nawet u starożytnych Galów dopuszczały się kobiety często zbrodni otrucia; to też podaje Caesar w swych pamiętnikach, iż w razie śmierci męża, gdy zachodziły wątpliwości co do naturalnego jego zgonu, palili Galowie wszystkie pozostałe po nim wdowy jako domniemane jego zabójczynie. Jak dalece częstemi musiały być w Rzymie zbrodnicze otrucia, świadczy dowodnie ustawa Sulli *„lex Cornelia de sicariis et veneficiis“*. W czasach cesarstwa i upadku rzymskiego imperyum zyskali truciciele i trucicielki schronienie w pałacu imperatorów, a zbrodnicze otrucia usuwały z drogi nie tylko niewygodnych poddanych, lecz także i samych cezarów. I tak wedle Swetoniusza zmarł Tyberyusz wskutek podania mu przez jego następcę Kajusa Kaligulę wyniszczającej ustrój trucizny, Klaudyusz wskutek połechtania mu gardła zapomocą piórka (ówczesny sposób wywołania wymiotów), zatrutego z polecenia czwartej jego żony, Julii Agryppiny[11]), która w ten sposób wzniosła syna swego Nerona na tron. Nero, obawiając się właściwego następcy tronu, usuniętego przez Agryppinę, Brytanikusa, polecił słynnej trucicielce Lokuście sporządzić pod formą leku silną truciznę dla usunięcia swego przeciwnika. Gdy pierwszy raz sporządzona przez nią i podana trucizna wywołała tylko biegunkę, zniewolił Nero Lokustę do przyrządzenia w jego obecności i we własnym pałacu silniejszej trucizny, której też Brytanikus uległ podczas uczty. Nero tłómaczył wobec dworu śmierć jego napadem padaczkowym, na które Brytanikus cierpiał[12]). Później zajęła miejsce Lokusty trucicielka Kanidya, będąca również na usługach cezarów; wedle Filostrata zmarł Tytus Wespazyan również wskutek otrucia.

W pismach spółczesnych autorów, jak Pliniusza, Swetoniusza i Tacyta spotyka się wiele wzmianek o truciznach. I tak charakterystycznem dla owych czasów okrucieństwa i ustawicznej groźby utraty życia z rąk potwornych cezarów jest zdanie Pliniusza, jakoby przyroda na to stworzyła trucizny, aby czujący przesyt i wstręt do życia łatwo mogli sobie je odbierać[13]). Jak dalece w owych czasach, a nawet i później, aż do początków XIX wieku mogły być bezkarnie w celu zbrodniczym używane trucizny, świadczy zupełny brak pewnych sposobów stwierdzania otrucia na zwłokach. Wedle Swetoniusza dowodziła śmierci z otrucia obecność piany w ustach zwłok (zdaniem Hipokratesa był to znak pewnej śmierci, wobec czego należało *„non revocari in vitam, quibus spuma in ore apparuit“— Zacchias);* wedle Seneki dowodu takiego upatrywano w braku toczenia ciała zwłok przez robaki. Inny dowód śmierci z otrucia, przytoczony przez Pliniusza, Swetoniusza i Tacyta, a uznawany niemal do końca XVIII wieku za ważny, polegał na przekonaniu, że serce otrutego nie daje się spalić; Zacchiasz, powołując się na powagę wymienionych autorów, powiada: *„cor eorum, qui veneno sublati sunt, nullo modo cremari posse, sed bene magis resistere igneae vi, quam cetera omnia membra“*; Fedeli[14]) zaś, omawiając tę cechę, wspomina, że serce Brytanika, ofiary Nerona, nie mogło się spalić właśnie z powodu obecności trucizny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[10]) Die Psychologie des Verbrechens. Tübingen 1884.

[11]) Zdaniem Zacchiasza (obacz dalej, pag 186) podała mu Julia truciznę w formie enemy.

[12]) Suetonius: Nero, cap. XXXIII.

[13]) P. Zacchiae: «Quaestionum medicolegalium». Tomi I Lib. II. Pag. 175. Noribergae 1726.

[14]) De relationibus medicorum itd Lib. IV. Cap. II. Pag. 575 Lipsk 1624.

IX. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 26. marca.

Komitet polski XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie odebrał w ostatniej chwili telegraficzne uwiadomienie, donoszące, że zarząd francuskich kolei wymaga specyalnej legitymacyi (*exige légitimation spéciale*). Aby takową otrzymać, członkowie Kongresu, chcący się udać przez Francyę do Madrytu, lub powracać przez ten kraj, winni natychmiast uwiadomić jeneralny Sekretaryat w Madrycie (*Secrétariat général du XIV Congrès international de médecine.* Madrit, Facultad de medicina), jaką wybierają sobie drogę od miejsca swego pobytu do Madrytu i z powrotem.

Przypuszczamy, iż na podstawie tych danych Sekretaryat jeneralny nadeszle owe specyalne legitymacye, o których jest mowa w depeszy. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

* Kurs dla lekarzy, urządzony w roku przeszłym przez grono profesorów Uniwersytetu Jagiel., odbędzie się i w roku bieżącym, mniej więcej w tym samym czasie. Ostateczne oznaczenie terminu i program kursów ogłosimy we właściwej porze.

* Asystentem profesora pedyatryi w Uniw. Jagiel. mianowany został Dr. Tad. Żeleński.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła posiedzenie dnia 21 b. m. Komisya wydała opinię, iż w gmachach szkolnych nie mają być pomieszczane mieszkania prywatne dyrektorów; ułożyła terno na obie wakujące posady lekarzy miejskich; wreszcie wybrała subkomisyę, mającą wypracować projekt statutu dla lekarzy miejskich.

* Prezydent gabinetu, jako kierownik ministerstwa spraw wewnętrznych, zamianował lekarzy powiatowych: Dr. Winc. Nycza i Dr. Zenona Friedmana starszymi lekarzami powiatowymi.

* Namiestnik zamianował koncepistów sanitarnych: Biesiadzkiego, Gołębiowskiego i Bąkowskiego lekarzami powiatowymi, oraz asystentów sanitarnych: Kurasiewicza, Soniewickiego i Godłowskiego koncepistami; nadto przeniósł koncepistów sanitarnych: Szaynowskiego z Żydaczowa do Złoczowa, Godłowskiego z Bohorodczan do Mielca, asystentów sanitarnych: Sobieszczańskiego z Kałusza do Bohorodczan, a Kondratowicza ze Złoczowa do Żydaczowa; lek. powiat. B. Warzyckiego z Mielca do Lwowa.

* Towarzystwo lekarskie w Aleksandryi mianowało prof. Wicherkiewicza członkiem honorowym.

* W Brześciu-Litewskim zawiązało się Towarzystwo lekarskie, którego prezesem wybrany został Dr. Demjanowicz, wiceprezesem Dr. Sztark.

* Dr Leśniowski i Dr. Tymieniecki mianowani ordyna-

torami szpitala Dz. Jezus w Warszawie, zaś Dr Wolberg i Dr. Lewin — ordynatorami szpitala żydowskiego na Czystem.

* Ministeryum wezwało władze krajowe, ażeby lekarzy, praktykujących przy granicy niemieckiej, a używających do podróży welocypedów, zaopatrzyły w osobne legitymacye. Książeczka legitymacyjna ma zawierać rysopis lekarza, jego fotografię, a prócz tego szczegółowy opis welocypedu.

* Najniższa śmiertelność w ostatniem dziesięcioleciu 16,49°/₀₀ była w Szwecyi.

* Od początku r. 1903 trzy rosyjskie czasopisma lekarskie zawiesiły wydawnictwo, dodajmy — czasopisma poważne i wzorowo redagowane. Po »Russkim Archiwie patołogii« i po »Wiestniku chirurgii« los ten dotknął »Rolniczną Gazetę Botkina« w 13-tym roku istnienia. Rzecz ta wydaje się nam tem dziwniejszą, że w ostatnich latach powstały w Rosyi dwa nowe Wydziały lekarskie (w Tomsku i w Odesie), co przecież powinno było wpłynąć na rozwój piśmiennictwa i większe zapotrzebowanie czasopism. Zdaje się, że i w Rosyi stan lekarski także podupada materyalnie.

* W Berlinie odbył się nadzwyczajny wiec lekarzy, na który przybyło 19.117 na 19,447 wszystkich członków związku. Wiec się odznaczał jednomyślnością w przeprowadzeniu uchwał, z których najważniejszą jest zapowiedź, że w razie przejścia w parlamencie nowego prawa o ubezpieczeniu chorych, wszystkie umowy dotychczasowe z Kasami chorych muszą być zmienione.

Mimowoli przychodzi na myśl porównanie z stosunkami lekarskimi w Austryi, z którego tak jaskrawo występuje gorszące odwołanie kwietniowego wiecu lekarzy rakuzkich.

* Między 11 a 17 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Lwowie (1 przypadek), oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), gorlickim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), niskim (2 gm.), przemyskim (2 gm.), rawskim (2 g.), rudeckim (2 gm.), samborskim (1 gm.), śniatyńskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (2 gm.), trembowelskim (3 gm.), złoczowskim (2 gm.)

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IX (1—7—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 7, urodziło się dzieci 55, zmarło osób 73, mianowicie: z gruźlicy 17 (6 zam.), z zapalenia płuc 14 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z cholery niemowląt 3.

Mianowania i odznaczenia. Kierownik Instytutu higienicznego w Wrocławiu, Dr. Lingelsheim, otrzymał tytuł profesora. Prof Veit mianowany został kierownikiem kliniki położniczej w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Bouilly, prof chirurgii, zmarł w Paryżu, licząc lat 55. W Zakopanem zakończył życie Dr. Edward Mukowicz ze Lwowa.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Wychowanie fizyczne młodzieży. J. Rosner. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902 (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 3. Hewelke: Kornella-Metella w Irydionie Krasińskiego. Giedroyć: Król Władysław IV (historya choroby). Łagowski: Z powodu ogłoszenia przez Dr. Adama Wrzoska listów Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. IV, 1902 r. A Landau: Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. Kijewski: O wycinaniu płuc. Szleifstein: Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale (tęgoryjec dwunastnicy)

— *Kronika lekarska* Z. 5. Ostrowski:: Tannoform w wyprzałościach *(intertrigo)* u niemowląt. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Białobrzeski: O zastosowaniu błękitu metylenowego w cierpieniach dróg moczowych. Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 11. Malewski: Przypadek obustronnego, całkowitego braku kości promieniowych, połączonego z głuchotą wyrazową. Lorentowicz: Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych, pochodzących z zabłąkanych zawiązków nadnercza (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 11. Haškovec: Další poznámky o akathisii. Šamberger: Reinfectio syphilitica. Čeněk Šimerka: Několik poznámek ku článku Barevné slyšeni.

Liečnički Viestnik Nr. 3. Clar: Beč — Zagreb. Maixner: Kazuistika iz gradske bolnice u Varaždinu.

— *La Presse medicale* Nr. 21. Letulle: Walka z gruźlicą i anarchia lekarska. Faure: Wycięcie przełyku w części piersiowej.

— Nr. 22 Bernard: Wartość kliniczna cystoskopijnego badania moczu. Fontoynont: Leczenie arenalem błotnych zimnic w Tananiwie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Behring: Zwalczanie gruźlicy. Riedel: Ciężka operacya wola w znieczuleniu miejscowem. Boas: Rak a cukrzyca. Treitel: Wynik badań w zakładzie głuchoniemych w Weissensee i wartość ćwiczeń słuchu. Gerber: Ognisko twardzieli w Prusach Wschodnich. Senator: W sprawie białkomoczu przemijającego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Behring: O równorzędności pochodzenia rodzaju prątka gruźliczego u człowieka i u bydła, oraz o uodpornieniu bydła przeciw gruźlicy. Raczyński: Kwaśna niestrawność kiszkowa u osesków. Steinhaus: Pewna postać gruźlicy narządu chłonnego. Blum: Przyczynek do statystyki zwyrodnienia skrobiowatego z szczególnem uwzględnieniem gruźlicy. Preisich: Uwagi nad sprawozdaniem: »O dziedziczeniu się przymiotu«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Sudhoff: Stan prasy lekarskiej w Niemczech do połowy XIX wieku. Marschand: Przyczynek do nauki o t. zw. chorobie Bantiego i o niedokrewności śledzionowej. Ebstein: O grypie. Petersen: Przypadek puchliny moczowo-nerkowej, wyleczony plastyką moczowodu i sfałdowaniem miedniczki nerkowej. Klein: Operacyjne leczenie raka macicy ciężarnej. Bruns: Niebezpieczeństwo zakażenia się tęgoryjcem dwunastnicy w kopalniach. Fleiner: Tężyczka pochodzenia żołądkowo-kiszkowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Kruse: Historya badań czerwonki i różnorodność bakteryj. Chantemesse i Widal: Pierwszeństwo wynalezienia prątka czerwonki. Ruge: Ułatwienie rozpoznawania zakażenia zimniczego. Cohnheim: Wymoczki w żołądku i w jelitach człowieka i ich znaczenie kliniczne. Vogel: Galwanokaustyczne leczenie przerostu gruczołu krokowego metodą Bottiniego. Lämmerhirt: Liczne brodawczaki w krtani u dzieci. Manassé: O wyłuszczeniu jelita (dok.).

Redakcya otrzymała. Cz. Stankiewicz: Przyczynek do chirurgii śledziony. Talko-Hryncewicz: K woprosu izuczenija wysoty stojania poczwiennoj wody w g. Troickosawskie i jeho słobodie Ust' — Kiachtie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 1 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych*** (ul. Kopernika, 15), posiedzenie zwyczajne, na którem I) kol. prof. Edward Korczyński mówić będzie „O chorobie Kahlera; II) kol. dr. Latkowski „O nowszych badaniach chorób nerkowych wraz z demonstracyami; III) lekarze kliniczni demonstrować będą ważniejsze przypadki chorobowe.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Do LW: 22.744 **Konkurs**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem, ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego **w Husiatynie** z płacą 1400 (tysiąc czterysta) koron rocznie. Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury. W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej **do 15 kwietnia 1903 roku**, wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata, a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 17 marca 1903 r.

Do LW. 233/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Sołotwinie.**

Do okręgu sanitarnego należą następujące miejscowości powiatu bohorodczańskiego: Babcze, Bitków, Bogrówka, Dzwiniacz, Jabłonka, Kosmacz, Kryczka, Krzywiec, Manasterczany, Maniawa, Markowa, Mołotków, Porohy, Rakowiec, Sołotwiua i Zarzecze.

Płacę rocznych 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry oraz ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 700 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) Nieskazitalny charakter;
4) Znajomość języków krajowych;
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Dotyczące podania należy wnosić najpóźniej do 1-go kwietnia 1903 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Bohorodczany, dnia 24-go lutego 1903.

Prezes.

Do LW. 2311/03. **KONKURS.**

Na podstawie uchwały Rady miasta Nowego Sącza z dnia 5 marca 1903 rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy miejskich **w Nowym Sączu** a mianowicie na posadę lekarza młodszego i starszego (naczelnego) pod warunkami podanymi w ustawie z dnia 2-go lutego 1891. Dz u. kr. Nr. 17 w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy wydanem przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu a Wydziałem krajowym w myśl § 21. tej ustawy Dz. u. kr. Nr. 82 oraz w Instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych wydanej po myśli § 14 powyż zacytowanej ustawy krajowej a uzupełnionej rozporządzeniem c. k. Namiestnictwa z dnia 12 czerwca 1897 l. 34541.

Obsadzenie obu posad lekarzy miejskich nastąpi prowizorycznie na rok jeden. Po upływie tego czasu rada gminna orzecze czy posada ma być stale nadaną. Z posadą lekarza młodszego połączoną jest płaca w kwocie 1000 kor. a z posadą lekarza starszego płaca w kwocie 1100 kor. rocznie. Podania udokumentowane wnosić należy do Magistratu w Nowym Sączu po dzień 31 marca 1903.

Magistrat król. woln. miasta

Nowy Sącz, dnia 6 marca 1903.

L 21.014 **Konkurs**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego **w Jarosławiu** z płacą 1.400 (tysiąc czterysta) koron rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączoną jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej **do 15 kwietnia 1903 roku** wprost do Wydziału krajowego, względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia, na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia, tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 17. marca 1903

Rok XLII. Kraków 4 Kwietnia 1903. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego, zarazka wrzodnego zapalenia jamy ustnej.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

Przy wrzodnem zapaleniu jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)* powstają, jak wiadomo, na dziąsłach, języku, wewnętrznej stronie policzków — naloty żółtawo-szare, maziste. Niekiedy sprawa rozprzestrzenia się także na gardło, albo umiejscawia się tylko w gardle, a wtedy mówimy o wrzodnem zapaleniu gardła *(angina ulcerosa)*. W ostatnim przypadku obraz może przypominać błonicę gardła; to też warto być obznajomionym z obrazem mikroskopowym nalotu, ażeby módz na jego podstawie przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe.

Jak wykazały spostrzeżenia Plauta (1894 r.), Bernheima (1898), Vincenta (1898) i innych, naloty przy wrzodnem zapaleniu jamy ustnej i gardła zawierają w przypadkach czystych w ogromnej przewadze dwa drobnoustroje stowarzyszone: prątek wrzecionowaty i cienką spirylę, czy spirochetę, oba odbarwiające się przy sposobie Grama; naloty błonicze zawierają zaś prątki Loefflera, barwiące się dobrze sposobem Grama. Podobny obraz, jak w zapaleniu wrzodnem, spotykamy także w zgorzeli szpitalnej, jak to udowodnił Vincent w roku 1896.

Należy podnieść, że prątek wrzecionowaty i towarzysząca mu spirocheta znane są od czasu badań Millera w r. 1883. Znachodzą się one w każdej jamie ustnej, ale w stanie prawidłowym tylko w małej ilości i prawie wyłącznie pod brzegiem dziąsła. Autorowie niemieccy mówią też o prątkach Millera i spirochetach Millera. We Francyi utarła się niesłusznie nazwa wrzecionowatego prątka Vincenta.

Czystych hodowli ani prątka wrzecionowatego, ani spirochety nikt dotychczas nie otrzymał. Spostrzegano tylko, że w niektórych pożywkach płynnych prątek wrzecionowaty może się rozmnażać, jeżeli się znajduje w towarzystwie innych drobnoustrojów (p. Besson).

Już w moich poprzednich badaniach nad florą jamy ustnej u osesków przekonałem się, że w jamie ustnej drobnoustroje beztlenne (anaerobijne) mogą znaleźć niewątpliwie dogodne warunki rozwoju. I tak włoskowiec policzkowy *(leptothrix)* okazał się beztlenowcem i, jeżeli przedtem nie mógł być otrzymany w hodowli czystej, to tylko dlatego, że nikt nie zastosował przy jamie ustnej sposobów do hodowania beztlenowców, więcej wrażliwych i wymagających.

Okazuje się obecnie, że ta sama okoliczność zachodzi z prątkiem wrzecionowatym. Tu jednak sprawa o tyle jest zawilszą, że prątkowi temu jest, jak się zdaje, bezwarunkowo potrzebną do rozwoju jeszcze obecność surowicy ludzkiej. Prątek wrzecionowaty otrzymałem tylko z jednego przypadku, choć zaraz przy pierwszem sianiu w pięciu osadach. Niestety dalsze przypadki, nadające się do badania, zatem dostatecznie czyste, nie nadarzyły się i nie mogłem na nich potwierdzić moich wyników, a także i zbadanie czystych hodowli nie zostało przeprowadzone w całej rozciągłości. Mimo to nie mając nadziei przeprowadzenia w najbliższym czasie dalszych badań, widzę się zmuszonym do ogłoszenia moich wyników już obecnie.

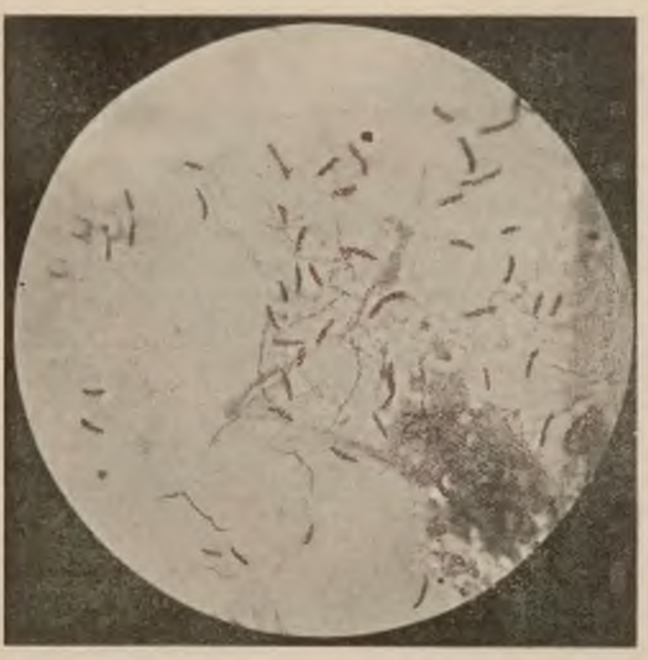
Sposób, który zastosowałem do przeprowadzenia hodowli beztlenowców, podany został przez Veillona. Polega on na robieniu rozcieńczeń w agarze cukrowym w wysokich słupach, wynoszących 8—10 ctm. Po szczegóły tego sposobu i jego wyniki odsyłam do obszernego sprawozdania Rista i do prac tam omówionych Veillona, Hallego, Rista, Guillemota, Cotteta i Tissiera. W zastosowaniu do hodowania prątka wrzecionowatego, który wymaga surowicy, sposób ten wykonuje się, jak następuje:

Około ośm rurek z agarem cukrowym wstawia się do wody i ogrzewa aż do wrzenia i zupełnego rozpuszczenia agaru. Rurki przenosi się następnie do wody o ciepłocie 50 do 55° C. i po paru minutach dodaje do nich $^1/_5$—$^1/_8$ surowicy (moja surowica pochodziła z jamy brzusznej dziecka i zawierała około 4% białka). Szczepienie i rozcieńczenie wykonuje się długą, cienką, wyjałowioną pipetką szklaną, zaopatrzoną na grubszym końcu rurką gumową tak, że wszelkie zabiegi, wysysanie do pipety, wydmuchiwanie można wygodnie przeprowadzić pod kontrolą wzroku. Do pipety nabiera się nieco materyału przeznaczonego do szczepienia, wdmuchuje się go do pierwszej rurki z agarem (przy ciepłocie obecnie około 40—45°), przepłókuje pipetkę parę razy płynnym agarem i wstawia rurkę natychmiast do zimnej wody, aby agar skrzepł. Przepłókując pipetkę w każdej następnej rurce 2—3 razy, otrzymuje się dalsze rozcieńczenia i postępuje z niemi, jak z pierwszemi. Po skrzepnięciu agarów wstawia się je do termostatu.

Rurki ogląda się codziennie przez dłuższy czas, gdyż niektóre osady, mianowicie drobnoustrojów anaerobijnych pojawiają się późno, niekiedy dopiero po kilku dniach. Odosobnione osady można wyłowić, nie naruszając całej hodowli, ani innych osad zapomocą wspomnianej cieniutkiej pipetki i badać mikroskopowo, lub też otrzymać z nich czyste hodowle, szczepiąc do nowych agarów wkłóciem, lub robiąc rozcieńczenia. Osady tlenowców (aerobów) ścisłych pojawiają się tylko w blizkości powierzchni, jest to „zakres aerobiozy“, beztlenowców zaś tylko w głębi: „zakres anaerobiozy“, a tylko

drobnoustrojów fakultatywnych w całej długości pożywki. Granica pomiędzy oboma zakresami jest zwykle bardzo ostra i przebiega na 1 ctm. od powierzchni agaru, lub tylko niewiele głębiej.

Postępując w ten sposób z nalotem z zapalenia wrzodnego jamy ustnej, otrzymałem po 4 dniach w rurkach od



Fotogram 1.

4-tej do 8-mej, ogółem 8 osad, z tych 5 przypadło na prątek wrzecionowaty. Z tych osad z łatwością otrzymałem hodowle czyste.

Kształt i wielkość prątka wrzecionowatego dostatecznie uwydatniają fotogramy, wykonane w zakładzie weterynaryi prof. Nowaka, w powiększeniu 1000:1. Zaznaczę więc



Fotogram 2.

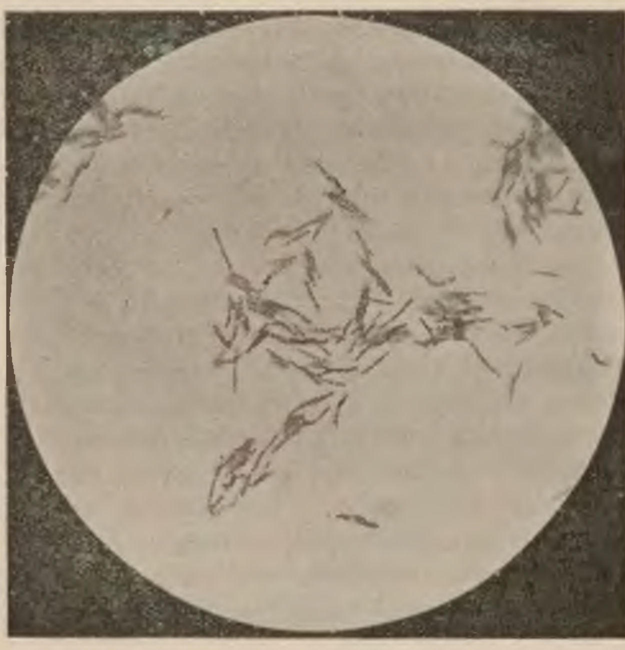
tylko, że prątki o postaci wrzecionowatej przeważają w błonach z jamy ustnej i w hodowlach w głębi agaru cukrowego, zaś w osadach na powierzchni agaru w próżni widzimy przeważnie laseczki o końcach zaokrąglonych.

Barwność prątka wrzecionowatego jest niejednostajna: widzimy miejsca jaśniejsze i ciemniejsze, a niekiedy jakby nakrapiane. Prątek odbarwia się przy sposobie Grama i nie barwi się niebiesko jodem z jodkiem potasu w rozczynie kwaśnym. Nie posiada on własnych ruchów, nie wytwarza zarodników, rośnie tylko przy 37°, nie rośnie zaś w ciepłocie pokojowej i rozwija się jedynie w stosunkach anaerobijnych i tylko w obecności surowicy. Przeszczepialność utrzymuje się w hodowlach do jednego miesiąca.

W agarze głębokim cukrowym z surowicą otrzymujemy w głębi po 2 dniach, względnie do rozcieńczenia, albo jednostajne zmącenie, złożone (mikroskrop) z drobnych osad o średnicy 0,01—0,05 mm., okrągławych, drobnoziarnistych, przeświecających, albo dobrze rozgraniczone osady, mogące następnie wzróść do mas o średnicy 0,20—0,30 mm. guzkowatych, szaro-białawych, mało przeźroczystych.

Szczepiąc wkłóciem, otrzymujemy w głębi smugę szarawą, zatrzymującą się na 1 ctm. pod powierzchnią.

Na powierzchni agaru cukrowego z surowicą udaje się otrzymać w próżni osady, choć z pewną trudnością. Pojawiają się one jako drobne punkciki szarawe po 2 dniach,



Fotogram 3.

a wzrastają następnie, jeżeli są dobrze rozgraniczone, do średnicy 0,5, a nawet 1,25 mm. Są one dosyć znamienne: cieniutkie, szarawe, przeźroczyste, pod mikroskopem okazujące brzeg falisty, bardzo cienki, a powierzchnię porysowaną bardzo delikatnemi żyłkami.

W bulionie cukrowym z surowicą w próżni przez parę dni po zaszczepieniu nie spostrzega się żadnej zmiany; potem nagle pojawia się dość obfity osad kłaczkowaty, a bulion pozostaje czystym.

Mleko czyste i mleko ze surowicą w próżni nie okazywało żadnych zmian.

Wobec tego, że nie otrzymano hodowli w ciepłocie pokojowej, nie próbowano także hodować prątka wrzecionowatego na żelatynie.

Chorobotwórczości na zwierzętach nie zbadano, gdyż niestety hodowle obumarły mimo przeszczepiań w odstępach miesięcznych.

Toby były własności prątka wrzecionowatego w hodowlach, o ile dotychczas zostały zbadane. Trzeba je będzie potwierdzić i uzupełnić dalszemi spostrzeżeniami.

Objaśnienie fotogramów. Powiększenie we wszystkich 1000:1.

1) Nalot z wrzodnego zapalenia jamy ustnej, z przypadku, który posłużył do otrzymania czystych hodowli. Prątek wrzecionowaty i spirocheta.

2) Prątek wrzecionowaty. Hodowla czysta 3-dniowa w agarze głębokim cukrowym ze surowicą.

3) Prątek wrzecionowaty. Hodowla czysta 3 dniowa na powierzchni agaru cukrowego ze surowicą w próżni.

Barwienie 1) fioletem gencyanowym w wodzie alininowej 2) i 3) fuksyną.

Piśmiennictwo. 1) Miller: 1883, przytoczony przez Plauta. — 2) Plaut: Studien zur bakteriellen Diagnostik der Diphtherie und der Anginen (Dtsch. med. Woch. 1894, Nr. 49). — 3) H. Vincent: Sur l'étiologie et sur lésions anatomo-pathologiques de la pourriture l'hôpital. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1896, Nr. 9). — 4) Bernheim: Ueber einen bakteriologischen Befund bei Stomatitis ulcerosa. (Centrblatt für Bakteriologie XXIII, Bd., 5. Heft, 11 Februar, 1898). — 5) H. Vincent: Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde (angines à bacilles fusiformes). (Societé méd. des Hôpitaux, 17 mars, 1898). — 6) Lewkowicz: Recherches sur la flore microbienne de la bouche des nourrissons. (Arch. de Méd. expér. 1901, Nr. 4). — 7) Rist: Neue Methoden und neue Ergebnisse im Gebiete der bakteriologischen Untersuchung gangranöser und fötider Eiterungen. (Centrbl. f. Bakt 1901, XXX. Bd. 7. Heft). — 8) Besson: Technique microbiologique et sérothérapique. Paris 1902, pag. 345.

II. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

Wreszcie jeszcze jeden objaw podnieść należy w sferze ruchowej, objaw, który uznać należy za wyraz afektów. W stanie płaczliwości i przygnębienia, przy spokoju i zadowolnieniu wewnętrznem, również i w sferze ruchowej ma miejsce spokój. Chód jest powolny. Pacyent mówi pomału, nie wiele i cicho; całe zachowanie się jego jest spokojne. Inaczej rzecz się ma w stanie żądzy działania; wówczas chodzi on prędko, mówi wiele, głośno i prędko, z żywą gestykulacyą, ciągle znajduje się w ruchu. Stanowi niepokoju wewnętrznego i niezadowolnienia towarzyszy podniecenie ruchowe, które atoli jest innego rodzaju, aniżeli to, jakie ma miejsce w stanie żądzy działania. Niema w tym stanie przedewszystkiem tej szybkości i tej sprawności, jak w stanie żądzy działania. Stan, w którym się pacyent znachodzi w okresie I-ym, a po części także i stan marzenia, cechują się spokojem w ruchach dowolnych i tylko znać w nich objawy znużenia, pewną powolność i ospałość. Inna jest znowu sfera ruchowa pacyenta w stanie prawidłowym itd. A więc także i w sferze ruchowej pacyenta spotykamy podobną różnorodność, jaką stwierdziliśmy powyżej w dziedzinie uczuć.

Pozostają nam jeszcze do omówienia zaburzenia w sferze myślowej.

W okresie I-szym, jak to już nadmieniłem, niema znaczniejszych zaburzeń umysłowych. Spostrzeganie, pamięć i inne władze umysłowe nie okazują zmian wybitniejszych; tylko szybkie nużenie się ma miejsce. Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia w całym okresie II-gim. Tu występuje wyraźnie osobliwa nieudolność umysłowa. Pacyent spostrzega sam, że podczas II-go okresu znajduje się na niższym o parę stopni poziomie umysłowym, niż podczas stanu prawidłowego.

Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę — zaburzenie w pamięci, wybitne osłabienie tak zdolności zapamiętywania, jak i przypominania. Pacyent doznaje z tego powodu wielu nieprzyjemności. Gdy chce np. komu opowiedzieć jakieś dobrze sobie znane zdarzenie, spostrzega w środku opowiadania, że wielkiej części z tego nie może sobie przypomnieć. Szczególnie silnie jest osłabiona zdolność przypominania słów i nazw. Pacyent jest w stanie zapomnieć imię swego najlepszego przyjaciela, albo gospodarza, u którego od lat paru mieszka. Ba! nawet jest w stanie zapomnieć nazwę stojącego przed nim przedmiotu (np. stołu, lampy itp.). Powtórzenie tytułu znanej sobie dobrze książki, albo powtórzenie przez kogoś wypowiedzianych słów, stanowi dla pacyenta bardzo trudne zadanie. Wszystkie te atoli zapomniane rzeczy przypominają się pacyentowi zaraz, gdy znajduje się w stanie prawidłowym. Odnośnie do liczb nie udało mi się stwierdzić wybitniejszych zaburzeń w przypominaniu Natomiast co do zapamiętywania, to tak nazwy, jakoteż liczby niezwykle trudno zostają zapamiętywane. Pacyent spostrzegał bardzo często np. następujący objaw: jeśli ma coś ważniejszego na myśli i chce to zanotować, to zanim dojdzie do biurka, lub zanim wyjmie swój notes, już ta myśl bez śladu pierzchła z pamięci. Gdy pacyent ma obfitsze zakupno do zrobienia, jest dlań zadaniem bardzo trudnem zachować to wszystko w pamięci. Wszystko, co mu się powie, już po bardzo krótkim czasie nie jest w stanie powtórzyć. Tych wszystkich objawów niema, gdy pacyent znachodzi się w stanie prawidłowym.

W stanie nieprawidłowym (a właściwie w II-gim okresie tego stanu) zdolność pojmowania pacyenta bywa wysoce osłabiona, co okazuje się szczególnie podczas czytania, lub przy słuchaniu n. p. czyjegoś przemówienia, lub wykładu. Pacyent wtedy odnosi znacznie mniej korzyści, aniżeli zwykle to ma miejsce. Zrozumienie jakiegoś zagadnienia wymaga u niego wiele czasu i trudu. Czytając, po większej części czyni to mechanicznie, nie wnikając i nie pojmując treści; a jeżeli chce zgłębić treść, to musi czytać nadzwyczaj powolnie, a niektóre ustępy powtórzyć parokrotnie. Myślenie samorzutne, np. przy rozwiązywaniu pamięciowem jakiegoś zagadnienia, jest niezwykle utrudnione, niejasne, zatarte, przyczem zwraca na siebie uwagę wybitne upośledzenie odczuwania logicznej sprzeczności. Pacyent w tym stanie odrazu czyni wrażenie człowieka o umyśle upośledzonym.

W całym okresie II-gim ma miejsce wybitne obniżenie czynności spostrzegawczej — i to mianowicie w dwóch kierunkach. Z jednej strony pacyent równocześnie spostrzega o wiele mniejszą liczbę przedmiotów, niż zwykle; z drugiej zaś strony spostrzega wogóle bardzo mało, co łatwo można stwierdzić już np. podczas rozmowy z pacyentem. Nie spostrzega on prawie nic z tego, co się dzieje wokoło, pozostaje całkowicie oddany swym myślom i uczuciom i zupełnie zatopiony w pochłaniające go w danej chwili zadania; jest on niejako, że tak powiemy, odcięty od świata zewnętrznego.

W tym kierunku możnaby zmianę, której pacyent w okresie II-gim ulega, oznaczyć w ten sposób, że jest w nim osłabiona bierna zdolność przyjmowania bodźców zewnętrznych, a spotęgowane czynne życie wewnętrzne.

Przedstawione wybitne osłabienie zdolności spostrzegawczej, zdaje mi się, wyróżnia istotnie omówione tu stany podnieceń od podnieceń czysto maniakalnych.

Czy występuje we wszystkich stanach II-go okresu gonitwa myśli *(Ideenflucht)*, nie mogę o tem nic stanowczego powiedzieć. Pewnem jest w każdym razie, że ta gonitwa myśli nie występuje ani w stanie marzeń, ani w stanach większych wybuchów afektów, ani podczas stanu żądzy działania. Głęboki, długotrwały, wszystko opanowujący charakter afektów nie dopuszcza, o ile sądzę, do wystąpienia gonitwy myśli. Mamy tu raczej do czynienia z pewnem, niejako przymusowem, długiem trwaniem myśli. Atoli zdaje mi się, inaczej rzecz się ma wtedy, gdy niema żadnego większego afektu, t. j. w stanie, w którym pacyent stale się znachodzi, a na tle którego dopiero powstają te, lub inne afekty. Wtedy, zdaje mi się, acz nie miałem sposobności tego stwierdzić — ma miejsce gonitwa myśli.

Oceny pacyenta, o których to już przy sposobności omawiania jego sfery uczuciowej wspomnieliśmy, są przesadne, jednostronne, w superlatywach. Drobnostki, które w danej chwili wywołują w pacyencie silne uczucia, oceniane bywają przez niego, jako doniosłe rzeczy, podczas gdy podstawy przedmiotu niedostatecznie oceniane zostają.

Pacyent przecenia często swoje stanowisko i znaczenie i nie liczy się ze stosunkami i z konkretnymi warunkami, wśród których to lub owo chce przeprowadzić. Całe jego postępowanie i sądzenie nosi w wysokim stopniu charakter podmiotowy, co również przyczynia się do tego, aby pacyenta w tym stanie uważać za umysłowo nieudolnego. Gdy pacyent przychodzi do stanu prawidłowego, zmienia się także i w tym kierunku; przewiduje przeszkody i możliwości, liczy się ze stosunkami, jest więcej przedmiotowy i ostrożniejszy w postępowaniu i ocenianiu, a jednocześnie nie przecenia swoich sił i znaczenia.

III. Rozbiór.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że zmiany w skórze są w całej chorobie punktem wyjścia dla wszystkich innych objawów, przedewszystkiem zaś dla objawów ze strony serca, przewodu pokarmowego, tudzież ze strony sfery psychicznej. Po wystąpieniu zmian w skórze następowały objawy ze strony innych narządów. Doprowadzenie skóry do stanu prawidłowego pociągało za sobą zniknięcie objawów chorobowych. Ten fakt, rozstrzygający o istocie schorzenia i łączący różne, po większej części znane dotąd objawy w jedną dotąd nieznaną całość, został stwierdzony drogą doświadczalną, która przez każdego może być powtórzona. Stwierdzenie bliższego związku między skórą a innymi ważnymi narządami, które nam przedstawia omawiane tu schorzenie, podnosi wielce znaczenie skóry dla ustroju.

W dotychczasowych wywodach przyjmowaliśmy stale z góry, że zmiany, którym ulega skóra, polegają na skurczu skórnych naczyń krwionośnych. Twierdzenie to atoli nie opiera się na bezpośredniem spostrzeganiu. Nie jesteśmy w stanie bezpośrednio spostrzegać aktu kurczenia się naczyń, ani też mierzyć szerokości światła naczyń w obu stanach. Twierdzenie o zmianach światła naczyń jest wnioskiem, wyprowadzonym z niektórych innych bezpośrednich spostrzeżeń, a mianowicie: 1) z opisu objawu dermograficznego, który wskazuje wyraźnie na schorzenie narządu naczyniowego; 2) z dodatniego działania na całe schorzenie środków, rozszerzających skórne naczynia krwionośne, które potwierdza również nasze zapatrywanie; 3) wreszcie z objawu, że skóra, przed chwilą jeszcze różowa, ciepła, elastyczna, wilgotna i pocąca się, staje się nagle blado-zimną, suchą, mało wydzielającą i wiotką; objaw ten nie może inaczej być wytłómaczony, jak na podstawie naszego twierdzenia.

Jasną jest rzeczą, że nie idzie tu o zmiany miejscowe w samych ścianach naczyń skórnych, lecz że gdzieindziej szukać należy przyczyny wzmożonej kurczliwości naczyń skórnych, a mianowicie w nerwowych ośrodkach naczynioruchowych, które za pośrednictwem nerwów zwężających i rozszerzających naczynia wywołują ich rozszerzenie lub zwężenie. Mamy tu więc do czynienia ze schorzeniem ośrodków naczynioruchowych; skurcz naczyń powstaje na drodze odruchowej.

Co się tyczy czynników, pod wpływem których powstaje skurcz naczyń w skórze w naszym przypadku, to zauważyłem głównie dwa: jeden polega na ochłodzeniu skóry; zapomocą tego czynnika łatwo jest czynić doświadczenia z pacyentami dowolnie, wywołując u nich przez ochłodzenie skóry stan nieprawidłowy. Drugim czynnikiem, który także jest w stanie niekiedy wywołać skurcz naczyń są, o ile się nie mylę, bodźce psychiczne, żywsze zainteresowanie się, zajmująca rozmowa itd. Atoli dodać muszę, że ten drugi czynnik wywołuje tylko wtedy skurcz naczyń, jeżeli skóra nie jest odpowiednio ciepło utrzymana. Przy przegrzaniu skóry najsilniejsze nawet bodźce psychiczne nie doprowadzają do skurczu naczyń skórnych, a przeto i do nieprawidłowego stanu pacyenta. Światło powoduje rozszerzenie naczyń, ale czy nie ma w tem li tylko działania ciepła? odpowiedzieć nie umiem.

Na jakiej drodze zmiana, powstająca na skórze, pociąga za sobą zaparcie kurczowe stolca, nie jest mi również wiadomo. Faktem atoli jest, że w lekkich przypadkach omawianego tu schorzenia kurczowego zaparcia stolca niema. Wystąpienie zaś tego zaburzenia dowodzi już cięższego stopnia choroby. Chcę nadto zauważyć, że już przy częściowem działaniu na brzuch, np. dzięki dobrze zrobionym okładom wysychającym, przychodzi do prawidłowych wypróżnień, pomimo, że inne części ciała nie znachodzą się w stanie prawidłowym.

O wiele więcej zawiłą sprawą, aniżeli to ma miejsce przy powstawaniu omówionych zaburzeń ze strony serca i przewodu pokarmowego, jest zrozumienie, w jaki sposób, na jakiej drodze przez zmiany w skórze, to jest przez skurcz naczyń skórnych, powstają tak znaczne zaburzenia psychiczne? Niezawodnie jest to fakt, wysoce zajmujący dla każdego psychiatry, że po zadziałaniu na skórę zupełnie określonego czynnika, jakim jest zimno i po wystąpieniu wskutek tego skurczu naczyń skórnych, powstają określone zaburzenia w sferze umysłowej. Nie może być wątpliwości, że mamy tu do czynienia z łącznikiem przyczynowym, a nie tylko z czasowem i ubocznem następstwem. Nie tylko bowiem spostrzegać można, że psychiczne zaburzenia zawsze pojawiają się, gdy skóra ulegnie zmianie (t. j. gdy nastąpi skurcz naczyń skórnych), a zawsze ustępują, gdy zmiana w skórze zniknie, lecz również zawsze pojawiają się i znikają objawy psychiczne, gdy dowolnie, drogą doświadczeń z ochłodzeniem lub ogrzaniem, wywołamy u pacyenta prawidłowy lub nieprawidłowy stan skurczenia naczyń w skórze.

Łańcuch przyczynowy pomiędzy zmianą w skórze, a przez nią wywołanem zaburzeniem w sferze umysłowej,

o tyle może stać się dla wszystkich niewątpliwym, że każdy lekarz, mający do czynienia z podobnymi pacyentami, może się dzięki badaniu doświadczalnemu sam o tem przekonać. Dla ściślejszej oceny zmian psychicznych, szczególnie zmian w sferze intelektualnej, dobrzeby było poczynić pomiary psychofizyczne. Najwyraźniejszy obraz otrzymamy, jeżeli będziemy robić doświadczenia z pacyentami, posiadającymi opisane schorzenie w bardzo wielkim stopniu. A poznać to łatwo, jeśli już nie ze stanu psychicznego, to ze zbadania podczas stanu nieprawidłowego pacyenta ciepłoty skóry sposobem, opisanym na wstępie tej pracy. Pacyenci, którzy w czasie swego stanu nieprawidłowego mają na całem ciele skórę chłodną, a przedewszystkiem na piersi, jako ulegający schorzeniu w pełnych rozmiarach, nadają się najlepiej do doświadczeń. Drugą radą, jaką w tym kierunku dać pragnę, jest, ażeby pacyent nie znachodził się pod wpływem alkoholu, kawy itp. środków, mogących przeszkodzić w doświadczeniu. Nie należy ochładzać ciała pacyenta przez poddanie go działaniu bardzo wielkiego zimna; odpowiedniej wpływają bodźce słabsze, jak umiarkowany chłód. Przed ochłodzeniem dobrze jest się postarać, aby pacyent był ogrzany i to ciepłem własnem, więc żeby się nieco spocił. Spociwszy się np. w łóżku dzięki ciepłemu przykryciu, niech pacyent zdejmie przykrycie i tak pobędzie chwilę w chłodnym pokoju bez ciepłego odzienia. Lekki powiew wiatru ułatwia rzecz. Przeziębienia obawiać się zbytnio nie trzeba, raz, — że pacyenci ci nie przeziębiają się łatwo; powtóre, że w razie przeziębienia choćby największego, nie dopuścimy do żadnych następstw nieprzyjemnych, jeżeli zastosujemy choćby w 2-gim, a nawet w 3-cim dniu, w odpowiednich zaatakowanych miejscach okłady wysychające, tudzież ogólne przegrzanie i pocenie się ciała. Wprowadziwszy pacyenta w stan nieprawidłowy, możemy przez niedostateczne ogrzanie utrzymywać go w tym stanie dowolny przeciąg czasu; wywoławszy zaś spocenie i utrzymując go w odpowiedniem cieple, sprowadzimy go znowu do stanu prawidłowego. Możeby do tych doświadczeń dobrze było mieć dwa obok siebie znajdujące się pokoje: jeden ogrzany do wysokiego stopnia drugi chłodny i przewiewny. Toby bardzo ułatwić mogło doświadczanie.

Łączące ogniwa, pośrednie w łańcuchu przyczynowym pomiędzy zmianami w skórze a objawami psychicznymi, nie łatwe są do stwierdzenia. Nasuwa się na myśl wiele czynników, które w tym kierunku powinny być wzięte pod uwagę.

Przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę zaburzenia w krążeniu krwi, jakie powstać muszą po wystąpieniu skurczu naczyń na tak wielkiej przestrzeni, jaką przedstawia skóra. Jeżeli naczynia mózgowe nie ulegają również skurczowi, to niezawodnie będą następowo rozszerzone wskutek zwężenia naczyń w skórze. Jeżeli zaś w mózgu naczynia również ulegają skurczowi, to to pociągnęłoby za sobą objawy analogiczne do tych, jakie powstają w skórze z powodu złego odżywienia. Zresztą na podstawie wiadomości naszych o naczyniach mózgowych możnaby uczynić przypuszczenie, że tak rozszerzenie, jak i zwężenie naczyń krwionośnych mózgu równocześnie mają miejsce, że mianowicie zbiorniki krwionośne mózgu są przepełnione krwią, gdy od nich wychodzące gałązki naczyniowe do tkanki mózgowej są w stanie skurczu. Badania Schüllera nad wpływem działających na skórę bodźców cieplnych na naczynia opony miękkiej mózgu, miały wykazać, że naczynia w tej błonie po zadziałaniu na skórę zimna rozszerzają się i wypełniają krwią. Istomow i Tarchanow mieli się przekonać na ludziach, że przy działaniu na skórę niektórych czynników powstawało rozszerzenie lub wypełnienie krwią naczyń mózgowych. Że przepełnienie krwią naczyń mózgowych po powstaniu skurczu w naczyniach skórnych zachodzi u naszego pacyenta, za tem, zdaje się, przemawia również następujące spostrzeżenie: nawet przy największem podnieceniu pacyenta następuje pewne jego uspokojenie, gdy obficie zlejemy mu głowę zimną wodą, która zapewne sprowadza zwężenie naczyń mózgowych. Atoli nie jesteśmy w stanie nic o tem trwałego utrzymywać.

Więcej już możemy powiedzieć o drugim czynniku jaki tu uwzględnić należy. Skurcz, występujący w naczyniach skórnych, a zatem zmniejszenie światła naczyń, tudzież zgrubienie ścian naczyniowych, utrudnia niezawodnie krążenie obwodowe w naczyniach. Spieczone wargi, zmniejszone wydzielanie potu itp. wskazują rzeczywiście na obniżenie odżywienia, oraz funkcyi skóry, spowodowane skurczem naczyń Powstać może pytanie, czy stan ten nie pozostaje bez wpływu na cały ustrój, a szczególnie na czynności umysłowe.

W istocie wpływ ten istnieje. Spostrzeżenia, jakie przy sposobności badań tego schorzenia poczyniłem, zupełnie utwierdziły mnie w przekonaniu, że skóra obok innych narządów wydzielniczych, jak nerki, przewód pokarmowy itd., jest bramą, przez którą ustrój pozbywa się niepotrzebnych produktów przemiany materyi. Wydzielnicza czynność skóry jest zresztą udowodniona, choćby przez badania farmakologiczne takimi środkami, jak nikotyna i inne, które przez skórę bywają wydzielane. W zgodzie z tem stoi znany fakt, że każda więcej natężająca praca, czy to cielesna, czy umysłowa, powoduje zwiększone wydzielanie potu. „Praca w pocie czoła“, mówimy na oznaczenie natężającej pracy. To znaczenie skóry zasługuje na większą uwagę, niż to dotychczas ma miejsce, tem więcej, że zawiera ono w sobie możliwość posunięcia znacznie naprzód terapii psychiatrycznej. Czy ma tu miejsce bezpośrednie wyparowywanie, czy też inny jaki sposób wydzielania, w to nie chcę tu wchodzić. Słowa „pocenie się“, „transpiracya skóry“ itd., powinny nam oznaczać czynność wydzielniczą skóry, bez wchodzenia w to, w jaki sposób wydzielanie to dochodzi do skutku. Jeżeli przez skórę zostają wydzielane niektóre wytwory przemiany materyi, to łatwo zrozumieć, że skurcz naczyń skórnych, sprowadzający zmniejszenie ilości krwi w skórze, tudzież ściągnięcie się i zgrubienie ścian naczyniowych, a tem samem utrudnienie krążenia krwi w naczyniach obwodowych, pociąga za sobą niedostateczne wydzielenie z krwi produktów przemiany materyi i w ten sposób doprowadza ustrój do samozakażenia.

Widzieliśmy, że dawniej nasz pacyent, gdy jeszcze nie ulegał w mowie będącej chorobie, zawsze wiele się pocił. Od czasu zaś zachorowania zdolność wydzielania potu bardzo znacznie się zmniejszyła. Widzieliśmy dalej, że obecnie pacyent tylko wtedy się poci dobrze, gdy znachodzi się w stanie prawidłowym, tak cielesnym, jak i psychicznym. Podczas swego stanu nieprawidłowego pacyent nie poci się wcale, choćby wykonywał najcięższą pracę fizyczną lub umysłową.

Spostrzeżenia te, stale się sprawdzające, stwierdzają, że zaburzenie wydzielin potu, tudzież zaburzenie w sferze psychicznej, stale sobie towarzyszą i pozostają ze sobą w bliższym związku wewnętrznym. Charakter tego związku można sobie przedstawić w trojaki sposób: 1) albo zaburzenia w poceniu się są przyczyną zaburzeń umysłowych; 2) albo odwrotnie, zaburzenia umysłowe prowadzą do zmniejszenia się pocenia skóry; albo wreszcie 3) ani jedno, ani drugie nie zachodzi, lecz oba rodzaje zaburzeń są spowodowane przez coś trzeciego, np. przez skurcz naczyń w skórze, nie pozostając ze sobą w żadnym związku przyczynowym.

Widzieliśmy dalej, że każdorazowe wystąpienie skurczu w naczyniach skóry obniżało z jednej strony pocenie się pacyenta, z drugiej zaś wywoływało zaburzenia umysłowe. Każdorazowy powrót naczyń skórnych do normy miał ten skutek, że z jednej strony powracały prawidłowe poty, a z drugiej ustępowały zaburzenia umysłowe. Jeżeli fakt ten jeszcze nie całkowicie wykazuje, że zmniejszone pocenie się skóry jest przyczyną zaburzeń w sferze psychicznej, to za to, zdaje się, dowodzi niezbicie, że rzecz nie ma się odwrotnie, t. j. że nie zaburzenia psychiczne (jak wzmożone życie uczuciowe, podniecenie umysłowo-ruchowe i t. d.) są przyczyną zmniejszonego wydzielania skóry. Zresztą po podnieceniu umysłowem oczekiwaćby raczej należało podniesienia wydzieliny skórnej.

Widzieliśmy wreszcie, że pacyent, który przez szereg godzin, nawet dni ulegał skurczowi naczyń skórnych i zmniejszeniu wydzieliny skórnej, tudzież wybitnym zaburzeniom umysłowym (np. wielka niezdolność do pracy), zostaje sprowadzony do normy i staje się zdolnym na większą liczbę godzin do pracy *(leistungsfähig)*, gdy się silnie spoci przez 5—10 minut, poczem zaraz nastąpi znowu skurcz naczyń skórnych. Faktu tego nie można wyjaśnić w ten sposób, że skurcz naczyń nie drogą zmniejszenia wydzielania się potu, lecz w inny jakiś sposób wywołuje zaburzenia w sferze umysłowej. Te inne czynniki, któreby tu uwzględnić można było, a które, będąc wywołane przez skurcz naczyń skórnych, mogą sprowadzić zaburzenia umysłowe, są następujące: 1) wspomniane już zaburzenia w krwiobiegu; 2) przeładowanie krwi CO_2; wreszcie 3) skurcz kiszki grubej i wywołane przezeń zaparcie kurczowe stolca wraz z zatrzymaniem wiatrów. Innych czynników, któreby w tym kierunku mogły grać jakąkolwiek rolę, nie widzę.

Możnaby więc powiedzieć, że taki dodatni dla życia umysłowego stan pocenia się pacyenta jest niczem innem, jak ustąpieniem zaburzeń w krwiobiegu śródczaszkowym, zniknięciem zaburzeń w przewodzie pokarmowym, a wreszcie prawidłowym stosunkiem ilości CO_2 we krwi, co wszystko występuje wraz ze zniknięciem skurczu w naczyniach skóry. Możnaby powiedzieć, że li tylko te czynniki, bez najmniejszego wpływu ze strony zmian w poceniu się skóry, grają rolę w wywoływaniu zmian w sferze umysłowej. Tłómaczenie to atoli upaść musi wobec faktu, że, jak to wspomnieliśmy, pocenie się trwało 5—10 minut, gdy stan psychiczny, szczególnie zaś zdolność do pracy, polepszały się na cały szereg godzin. W tym tak krótkim przeciągu czasu nie przychodzi ani do znaczniejszego wyrównania stosunku CO_2 we krwi, ani tem mniej do oddania stolca lub wiatrów. Zaburzenia zaś w krążeniu mózgowem po tych kilku minutach zjawiają się znowu wskutek skurczu naczyń skórnych, a mimo to stan psychiczny, a szczególnie zdolność do pracy, trwa dalej przez dłuższy czas i prawidłowo.

Przedstawiony fakt wskazuje na to, że zmniejszone wydzielanie potu jest jednym z najważniejszych czynników i jednem z ogniw w przyczynowym łańcuchu, jaki zachodzi między wystąpieniem skurczu naczyń w skórze, a zaburzeniem w sferze psychicznej. Nie chcę atoli przez to utrzymywać, że inne wspomniane czynniki żadnej nie odgrywają roli. Owszem, zdaje mi się, że w wywołaniu zaburzeń psychicznych współdziałają w wysokim stopniu również zaburzenia w krwiobiegu. Niemniej możliwem jest, że długotrwałe kurczowe zatrzymanie stolca i wiatrów nie pozostaje bez wpływu na czynności umysłowe

Na podstawie przytoczonych rozważeń łatwo będzie zrozumieć fakt, że obfite poty okazały się u naszego pacyenta jednym z najskuteczniejszych środków w zwalczaniu powstających w tem schorzeniu objawów psychicznych, a przedewszystkiem zmian głębszych i trwałych w organizacyi umysłowej. Tylko dzięki częstemu poceniu się, długiemu spaniu i codziennemu sprowadzaniu stolca udało mi się sprowadzić pacyenta ze stanu całkowitej zatraty woli, zupełnej niezdolności do pracy itp. głębszych zmian w organizacyi psychofizycznej, ze stanu, w którym 2-gi, niżej przedstawiony pacyent jeszcze teraz się znajduje, do stanu obecnego, w którym pacyent pozbył się zupełnie tych zmian głębszych, uniemożebniających mu życie prawidłowe. Pobudzenie potów, jak to już nadmieniłem, staram się wywołać także w świeżo powstałych zaburzeniach psychicznych. Każde podniecenie i afekt, stany płaczliwości i marzenia, podobnie jak i stan żądzy działania, natychmiast znikają, jak to już parokrotnie nadmieniałem, po obfitem spoceniu się. To terapeutyczne działanie jest nowym dowodem, że samozakażenie wskutek zmniejszonego pocenia się skóry ma tu miejsce. Z tego punktu wyjścia, zrozumiałem będzie dodatnie działanie wprowadzonego przez Kraepelina do terapii psychiatrycznej stosowania długotrwałych kąpieli gorących, jak również zrozumiałą się stanie droga, na której działanie dodatnie tych kąpieli ma miejsce. Również zrozumiałem będzie dodatnie działanie innego Kraepelinowskiego zabiegu: mokrych zawijań, które zastósowane 2—3-krotnie (co 2—3 godziny) usuwają nawet najgwałtowniejsze podniecenia „katatoników". Dodatni skutek tych zabiegów empirycznych z jednej strony popiera nasze twierdzenie o doniosłości pocenia się, z drugiej zaś zabiegi te w wywodach niniejszych otrzymują teoretyczne uzasadnienie. Dwa twierdzenia, do przyjęcia których zmusza mnie rozbiór omawianej tu choroby, t. j. że 1) przez skórę zostają wydzielane różne, znajdujące się w krwi substancye, tudzież że 2) zmniejszone poty pociągają za sobą niektóre zaburzenia psychiczne, te dwa twierdzenia, według mego przekonania, stanowią podstawę dla dalszego rozwoju psychiatrycznej terapii.

Wreszcie, by podnieść znaczenie pocenia się, przytoczę kilka innych spostrzeżeń, według których poty pozostają w ścisłym związku ze snem. Pacyent potrzebuje, aby czuć się umysłowo jako tako, bardzo długiego snu, 10 do 11 godzin na dobę. Jeżeli pacyent przebudzi się o jakie 2—3 godziny wcześniej, niż jest dla niego niezbędne, to przez obfite spocenie się może zastąpić te brakujące 2—3 godziny snu. Dzięki temu spoceniu się czuje się on równie dobrze, jak gdyby te 2—3 godziny przespał. To samo ma

miejsce w tym przypadku, gdy pacyent znachodzi się w wielkiem podnieceniem. Wtedy bądź przespanie się, jeżeli się mu uda zasnąć, bądź też obfite spocenie się, sprowadza go do stanu prawidłowego. Można łatwo stwierdzić, że, gdy się jest podnieconym i nie jest się w stanie pomimo znużenia zasnąć, wtedy lekkie spocenie się sprowadza uspokojenie i potrzebę snu. Można się jednak dalej przekonać, że dalsze, obfitsze spocenie usuwa tak znużenie, jak i potrzebę snu, nie powodując atoli niepokoju i podniecenia, którymby można było ten skutek przypisać. Sen i wzmożone pocenie się skóry wywierają na pacyenta podobny wpływ. Z tem pozostaje w zgodzie znany ogółowi fakt, że po spędzonej np. na tańcu nocy, w ciepłem mieszkaniu, gdzie miało miejsce obfite pocenie się, funkcye duchowe przez następny cały dzień prawie wcale nie zostają obniżone, tudzież niema odpowiednio zwiększonej potrzeby dłuższego snu nocy następnej. To byłoby niemożliwem po nocy, spędzonej wśród zimna. Możnaby tu bez wątpienia wskazać na obfite używanie w podobnych przypadkach kawy, czy herbaty, lub cygar. Ale: 1) kofeina i nikotyna nie są w stanie wywołać tak silnego i trwałego wpływu: pomimo ich użycia powstaje po pewnym czasie znużenie. 2) Oprócz kofeiny wszak bywa również w podobnych okolicznościach obficie używany alkohol. 3) Znam wielu — (i sam do nich należę), — którzy w podobnych przypadkach nie używają ani kofeiny, ani nikotyny, natomiast często posługują się wywołującym sen i znużenie alkoholem, a mimo to nie czują następnego dnia po takiej nieprzespanej nocy żadnego osłabienia funkcyj umysłowych, tudzież następnej nocy nie doznają wzmożonej potrzeby dłuższego snu, aczkolwiek zwykle są bardzo wrażliwi na niedostateczne wyspanie się.

Ostatnie słowo w omawianej tu sprawie znaczenia potów należy, rozumie się, do badań fizyologiczno-chemicznych nad potną wydzieliną gruczołów skóry, tudzież ewentualnie do badań doświadczalnych nad działaniem na ustrój substancyj, otrzymanych z potu.

Obok zaburzeń w krążeniu, tudzież w poceniu się skóry, jako czynników, ujemnie wpływających na sferę psychiczną, wymieniliśmy również występującą często „żylność“ krwi. Na pewną większą uwagę w tym kierunku zasługuje również kurczowe zaparcie stolca wraz z towarzyszącem mu zupełnem zatrzymaniem wiatrów. Trudno atoli powiedzieć o tem coś bliższego. Aby doprowadzić do końca przegląd czynników szkodliwych, które wywierają wpływ na sferę psychiczną, muszę jeszcze wymienić jeden: jest nim niedokrewność, której powstanie zrozumieć nietrudno wobec takich ciągłych zaburzeń, jakim ulega krążenie. Kwasowi moczowemu, występującemu w moczu pacyenta podczas stanu nieprawidłowego, nie jestem skłonny przypisywać jakiegokolwiek znaczenia etyologicznego. Zwiększenie ilości kwasu moczowego wydaje mi się nie być przyczyną, lecz następstwem. Podobnie jak inne objawy, taksamo i ową zmianę w moczu wywoływałem i usuwałem w moich doświadczeniach przez wprowadzenie skóry pacyenta w ten lub w inny stan. Przytem dodać muszę, że pierwszy mocz, otrzymany po wprowadzeniu skóry w stan skurczu naczyń, nie zawierał zwiększonej ilości kwasu moczowego. Tylko po pewnym czasie, szczególnie gdy pacyent był bardzo podniecony, wzrastała ilość kwasu moczowego.

Byłoby niezawodnie rzeczą zajmującą dowiedzieć się, jakie zaburzenia umysłowe wywołuje każdy z omówionych czynników szkodliwych. Jeśli wolno wypowiedzieć w tym kierunku przypuszczenie, to na podstawie analizy tego schorzenia pozostało we mnie wrażenie, że przedewszystkiem te objawy, które nazwaliśmy głębszemi i trwałemi zmianami w organizacyi umysłowej, a które są charakterystyczne dla wczesnego zniedołężnienia umysłowego, *(dementia praecox)*, wywoływane bywają przez substancye, niewydzielone dostatecznie przez poty, a pochodzące z przemiany materyi. Przypuszczenie to nasuwa inne, a mianowicie, że jadem, w którym domyśla się K r a e p e l i n przyczyny wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)*, są substancye, pozostające w ustroju wskutek niewydzielenia ich przez skórę, a pochodzące z przemiany materyi.

Do objawów, stale spotykanych we wczesnem zniedołężnieniu *(dementia praecox)*, które stwierdziłem i opisałem w historyi choroby pierwszego, tudzież drugiego chorego (p. niżej), w typowych, a przytem starszych przypadkach omawianego tu schorzenia zaliczam: napięcie mięśni, wzmożone wydzielanie śliny, grymasy w twarzy *(Gesichtsschneiden)*, brak poczucia znużenia mięśniowego, bezmyślne uśmiechy, patos nienaturalny w mowie, zupełny zanik zdolności do wszelkiego początkowania, zupełny brak chęci do pracy, niedorzeczne uwagi lub postępki, wzrastające zobojętnienie ogólne, nieprawidłowości w sferze płciowej, duch przeczenia, wielomówność, a wreszcie sinica.

Stanowcze rozstrzygnięcie stosunku, zachodzącego między omawianem tu schorzeniem, a psychozą wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)* należy do przyszłości. Szczegółowa analiza tego schorzenia nasuwa natomiast wątpliwość, czy je uważać należy za słaby stopień innej psychozy, mianowicie obłąkania przemiennego (cyklicznego, *manisch-depressives Irresein* K r a e p e l i n a, *„Cyclothymia“* K a h l b a u m a i H e c k e r a). Gdyby zaliczenie tego schorzenia do t. zw. obłąkania przemiennego (cyklicznego) było słuszne, wynikałby z tego z całą koniecznością logiczną wniosek, że obłąkanie przemienne nie jest samoistną jednostką chorobową, lecz jednem z następstw schorzenia narządu ruchowo-naczyniowego, jest tylko jednym z objawów innej jednostki chorobowej. Zresztą dokładna analiza zaburzeń umysłowych, występujących w schorzeniu omawianem, wykazuje cechy, różniące te zaburzenia od objawów umysłowych obłąkania przemiennego (cyklicznego). Różnice te są następujące: 1) wyliczone co dopiero cechy są charakterystyczne nie dla obłąkania przemiennego, jak go przedstawiają K a h l b a u m i K r a e p e l i n, lecz raczej, jak powiedzieliśmy, dla wczesnego zniedołężnienia umysłowego *(dementia praecox)*; 2) Jak wiadomo, uczuciowe oddziaływanie u chorych na obłąkanie przemienne nie zależy od jakości działających na chorego wydarzeń zewnętrznych. Chorzy znajdują się stale w usposobieniu bądź wesołem, bądź smutnem, niezależnie od zdarzeń zewnętrznych. Sfera uczuciowa naszych pacyentów jest istotnie odmienną. Oddziaływanie ich na zewnętrzne wydarzenia jakościowo nie różni się wcale od oddziaływania ludzi prawidłowych, a więc jest w zupełnej zależności od jakości i charakteru tych wydarzeń, lecz ilościowo jest znacznie spotęgowane i przesadne. Wydarzenia nieprzyjemne wywołują w pacyentach afekty przykre; przyjemne zaś wprawiają w przesadny afekt zadowolnienia i radości. Z jednego afektu pacyent może być wprawiony przez odpowiedni bodziec w afekt wprost przeciwny. Ten

charakter i siła afektów odróżnia istotnie opisane zaburzenia psychiczne od objawów psychozy przemiennej (cyrkularnej). 3) Stan marzeń i skłonność do nich, tak wybitna wśród objawów psychicznych w tem schorzeniu, również odróżnia je od obłąkania przemiennego; 4) a wreszcie w sferze intelektualnej naszych pacyentów, tak w stanach pognębienia, jak niemniej w stanach podniecenia, występują wybitne zaburzenia, w pierwszym rzędzie znaczne osłabienie zdolności spostrzegania, pamięci i oderwanego myślenia, co wszystko w takim stopniu niema miejsca w obłąkaniu przemiennem (cyklicznem), a szczególnie w jego stanach podniecenia.

Bezwątpienia zaburzenia umysłowe w omawianem schorzeniu mają wiele cech wspólnych z obłąkaniem przemiennem, a przedewszystkiem zmienność w występowaniu objawów, spotęgowane życie uczuciowe, także niektóre wspólne objawy, jak np. żądza działania i czasem występujące czysto obłędowe podniecenie. To podobieństwo między temi zaburzeniami wzięto, jak to się często dzieje, za identyczną tożsamość.

Byłoby rzeczą wielce zajmującą poznanie stosunku, zachodzącego pomiędzy tu opisanem schorzeniem a neurastenią. W tym kierunku wyraził swoje zapatrywanie Scheiber w pracy o neurastenii okresowej *(Archiv f. Psychiaetri und Nervenkrankheiten 34, B. Heft 1)* w sposób następujący: „możliwem jest, że neurastenia jest członem (*Glied*), lub początkowym okresem różnych nerwic i psychoz". To przypuszczenie Scheibera podzielam. Zdaje mi się mianowicie, że punktem wyjścia dla objawów neurastenicznych jest również schorzenie narządu naczynio-ruchowego, zmniejszona zdolność do rozkurczania się, atoli bez tej zależnej od zewnętrznych warunków zmienności pomiędzy stanem zupełnie prawidłowego rozkurczenia naczyń, a stanem wielkiego ich skurczu, jaka ma miejsce w opisywanem przez nas schorzeniu. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. M. Bresgen: **Aerztliche Fortbildungs-Vorlesungen.** *(Halle. C. Marhold 1903).*

Mamy przed sobą szereg bardzo zajmujących rozpraw autora, który od kilkudziesięciu lat pracuje naukowo w swym zawodzie i posiada obok rozległego doświadczenia klinicznego dar żywego i trafnego przedstawienia sprawy. Praca, o której zamierzyliśmy parę słów powiedzieć, rozpada na 6 części, a mianowicie: 1) sprawy chorobowe ostre i 2) przewlekłe nosa, 3) i 4) gardła, 5) i 6) krtani i tchawicy. Oprócz spraw pierwotnych omawia autor także cierpienia następowe, towarzyszące ostrym i przewlekłym chorobom zakaźnym, oraz nowotwory wyżej wymienionych narządów. Wskazuje on na doniosłe znaczenie tych chorób i kreśli poglądowy obraz ogólnych i miejscowych ich przyczyn, ich objawów i sposobów ich leczenia. Pod względem etyologicznym zaniedbanie nieżytu rzeżączkowego nosa u noworodków zasługuje, zdaniem autora, na uwzględnienie jako przyczyna „ozeny". Na poparcie tego zapatrywania przytacza B. fakt, że chorobę tę napotyka się często u dzieci, cierpiących od urodzenia na ropienie w nosie, prawdopodobnie pochodzenia rzeżączkowego. Sprawy kiłowe napotyka się dla tego tak często w nosie, gdyż krążący we krwi jad kiłowy znajduje w przewlekłym nieżycie nosa podatną glebę dla swego usadowienia się i rozwoju. Wogóle B. przypisuje przewlekłemu zapaleniu nosa bardzo rozległe znaczenie przyczynowe dla wielu spraw chorobowych górnych dróg oddechowych i ogólnych.

Leczenie wymaga w pierwszym rzędzie uwzględnienia ogólnego stanu zdrowia, usiłowań zapobiegawczych i higienicznych i dopiero w drugim rzędzie środków i sposobów miejscowych. W celu usunięcia przerosłych migdałków gardlanych posługuje się B. z upodobaniem ostrą łyżeczką Trautmanna. Żeby się dziecko nie trwożyło krwią wykrztuszaną, poleca autor nie przeszkadzać dziecku po operacyi krew połykać.

Nakoniec radzi autor starać się przez wspólne działanie lekarza domowego i specyalisty zwalczać szkodliwe współzawodnictwo partaczów i odzyskać dla naszego stanu należne mu wpływ i stanowisko.

Wydanie książki jest ozdobne i godne znanej firmy wydawniczej. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Wassermann. **Biologiczna dzielność ustroju przy sztucznem żywieniu osesków w przeciwstawieniu do odżywiania pokarmem macierzyńskim.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 1, 1903). Surowica królika, któremu zastrzykiwano mleko krowie, strąca istoty białkowate tylko w mleku krowiem; surowica zaś królika, któremu zastrzykiwano mleko kobiece, tylko w mleku kobiecem. Istoty więc białkowate w obu tych mlekach nie są identyczne, nie mogą przeto jednakowo działać na ustrój oseska. Mleko kobiece jest niejako dalszym ciągiem żywienia łożyskowego; dowóz istot pożywnych jest takisam, jaki był w łonie matki, gdy tymczasem mleko krowie jest dla dziecka pokarmem obcym. Według Heubnera z dzieci w pierwszych miesiącach życia, dostających jednakową ilość kaloryj pokarmu, rozwijają się lepiej te, które dostają pokarm naturalny. Ponieważ istoty białkowate są inne w mleku krowiem, niż w kobiecem, dlatego ustrój dziecka przy sztucznem karmieniu musi je naprzód przerobić na odpowiednie, zdatne do przyswojenia, a uskutecznia to zapomocą wytworzenia pewnej ilości odpowiednich fermentów. Praca więc ustroju dziecka sztucznie karmionego jest większą od pracy oseska, karmionego mlekiem kobiecem, bo ten ostatni dostaje już pokarm zdatny do przyswojenia. Dlatego dzieci w pierwszych miesiącach życia, dalej — dzieci niedonoszone, słabo rozwinięte, ponieważ posiadają bardzo skąpą zdolność wytwarzania odpowiednich fermentów, powinny dostawać pokarm naturalny, t. j. mleko kobiece, aby praca ich ustroju była jak najmniejsza; dzieci zaś starsze, dobrze rozwinięte, mogą bez szkody dostawać pokarm sztuczny, bo posiadają dosyć odpowiednich fermentów, które zamienią istoty białkowate mleka krowiego na odpowiednie do przyswajania i zwiększona ta praca nie będzie dla ich ustroju szkodliwą. *P.*

Jaenicke. **Przyczynek do leczenia spraw posokowatych śródżylnem wstrzykiwaniem kolargolu.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903. Nr. 6). Poród przeciągał się i został zakończony nacięciami brzegów ujścia zewnętrznego i kleszczami. Przez 8 dni połóg był prawidłowy; dziewiątego dnia wystąpiło podniesienie ciepłoty i dreszcze: rozwinęło się ostre zapalenie tkanki łącznej przymacicznej po prawej stronie, które opierało się wszelkiemu leczeniu. Przyłączyło się ograniczone zapalenie otrzewnej ze wszystkimi typowymi objawami. Chorą miano za straconą; w 10 dni po wystąpieniu gorączki wstrzyknął autor 8 ctm.^{3} jałowego rozczynu *argentum colloidale* Crédego do powierzchownej żyły prawego zgięcia łokciowego. Po dwóch godzinach wystąpiły dreszcze, gorączka (40·2°) i naciek zapalny aż do pępka; następnego dnia nieznaczne obniżenie ciepłoty, która trzeciego dnia spadła do 36°. Wypocina się zmniejszyła w $4\frac{1}{2}$ dniach, wystąpił tylko zakrzep żyły na kończynie dolnej prawej, którego objawy w krótkim czasie ustąpiły. Wynik więc w tym przypadku był wprost zadziwiający: w 18 dni po wstrzyknięciu ustąpił zupełnie naciek zapalny, nie nastąpiło żadne przebicie ani do kiszki stolcowej, ani do pochwy, ani też do pęcherza. Był tylko ból znaczny w miejscu wstrzyknięcia, który autor tłómaczy tem, iż wskutek niespokojnego zachowania się chorej zapewne dostało się nieco tego rozczynu także pod skórę. *B. Żmigród.*

Rost. **Czy kwas borowy i boraks są bezskuteczne i nieszkodliwe dla ustroju?** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 7 i 8). Autor, polemizując z prof. Liebreichem, dochodzi na podstawie doświadczeń własnych i innych autorów do następujących wniosków: 1. Połączenia borowe wywołują u zwierząt pod pewnymi warunkami wymioty. 2. Rozwolnienie jest typowym objawem skutków połączeń borowych u zwierząt, dlatego należy ró-

wnież liczyć się z możliwością wywołania rozwolnienia u człowieka. 3. Połączenia borowe wywierają w doświadczeniach na ludziach i zwierzętach wpływ obniżający wyzyskanie pokarmów. 4. Ubytek na wadze, spostrzegany tak u zwierząt, jak u ludzi, jest następstwem zażywania kwasu borowego i boraksu. 5. Wydzielanie połączeń borowych przez ciało ludzkie następuje tak powoli, że musimy się liczyć z ich nagromadzeniem w ustroju. A zatem zupełnie uzasadnione jest twierdzenie, że kwas borowy i boraks farmakologicznie nie są istotami obojętnemi, co i inni autorowie potwierdzają. Natomiast zapatrywanie Liebreicha, „że boraks i kwas borowy należy uznać za pożyteczne dla ustroju ludzkiego“ nie znajduje żadnego poparcia. *Dr. Fels.*

Perutz. **Uwaga, dotycząca prac nad zachowaniem się ciałek białych krwi w ropieniach, a szczególniej w ropniach wątroby.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Autor zwraca uwagę na to, że już przed Curschmannem w r. 1900 Boinet zrobił spostrzeżenie, iż w przebiegu różnych ropień w ustroju, a szczególnie w ropieniach wątroby, powstaje zwiększenie się ciałek białych krwi, jakoteż znaczenie rozpoznawcze leukocytozy. *B. Żmigród.*

Prof. Sultan. **Orzeczenia wobec przepuklin podbrzusznych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 5). Autor zajmuje się sprawą rozpoznania przepukliny, powstałej z powodu wypadku i dochodzi do następujących wniosków: Przepuklinę należy odnieść do wypadku tylko wtedy, 1) jeśli rzeczywiście zdarzył się wypadek, lub też nastąpiło natężenie, przekraczające zwykłą miarę pracy i wzmagające równocześnie ciśnienie śródbrzuszne; 2) jeśli z dochodzeń urzędowych wynika, że przedtem w tem miejscu przepukliny nie było; 3) jeśli rzekome wystąpienie przepukliny połączone było z bardzo gwałtownymi bólami, zniewalającymi osobnika do zaprzestania pracy i jeśli lekarz natychmiast wezwany mógł również stwierdzić silną bolesność przy ucisku; 4) przepuklina powstała z powodu wypadku znajduje się bardzo często jeszcze śród przewodu pachwinowego, bywa zwykle małą i tylko wyjątkowo przekracza wielkość cytryny. Następstwa przedarcia w obrębie przewodu pachwinowego tylko bardzo rzadko już zewnętrznie można rozpoznać z obrzmienia lub podbiegnięcia krwawego. Natomiast istniejąca skłonność do przepukliny (*Bruchanlage*) w innem miejscu i możność lekkiego lub ciężkiego odprowadzenia przepukliny nie mogą ułatwić orzeczenia, czy przepuklina powstała z powodu wypadku. *Dr. Fels.*

Mueller. **Przeprowadzenie porodu przy miednicy ścieśnionej.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6, 1903). Przebieg porodu zależy nietylko od ścieśnienia miednicy, ale także od wielkości i podatności główki, od siły bólów porodowych i podatności części miękkich. Czy główka przejdzie przez miednicę ścieśnioną, możemy tylko w przybliżeniu ocenić na podstawie badania i robionych pomiarów; daleko dokładniej da się to rozstrzygnąć, jeżeli podczas badania wewnętrznego ktoś drugi będzie wgniatał główkę do wchodu; wtenczas możemy rozpoznać, jak dużo koło główki jest miejsca, względnie jak duży kawałek główki jest nad wchodem. Kobietom w ciąży, mającym miednice ścieśnione, należy podawać za radą Prochownika przeważnie pokarmy mięsne, a mało płynów i węglowodanów: skutkiem takiego żywienia płody mają być szczuplejsze, a kości ich główek miększe, a więc i podatniejsze. Przy porodzie ze ścieśnioną miednicą u pierwiastki musimy zawsze postępować wyczekująco, bo nie wiemy, jak będzie przebiegał; inaczej u wieloródek. Jeżeli poród pierwszy zakończył się śmiercią płodu, to można sprowadzić poród przedwczesny. Czas wywołania porodu zależeć będzie od poszczególnego przypadku; miarą będzie znowu wciskanie główki do wchodu; próbę tę należy często powtarzać. Poród przedwczesny najlepiej sprowadzać zapomocą balonów lub rozszerzadeł metalowych, a to dlatego, że przy innych sposobach czas trwania porodu jest nieraz bardzo długi, co niekorzystnie wpływa na dziecko. Podczas rozpoczętego porodu pozostaje albo „obrót profilaktyczny“, albo kleszcze wysokie. Pierwszeństwo daje autor obrotowi, — naturalnie, jeżeli są warunki po temu, — jako mniej niebezpiecznemu dla matki. Kleszcze wysokie, wymagające znacznie większej wprawy, mogą sprowadzić zranienie macicy i niebezpieczne zgniecenia główki. Obrót zaleca się szczególnie lekarzom praktycznym, którzy nie mogą tyle czasu tracić przy rodzącej, ile wymaga poród ze ścieśnioną miednicą, czekając aż będzie wskazanie do założenia kleszczy wysokich. W przypadkach, w których nie robiono obrotu i kleszczy wysokich nie można zakładać, a jest wskazanie do rozwiązania, należy wykonać cięcie łonowe, lub cięcie cesarskie, jeżeli chodzi o wydobycie płodu żywego. Cięcie łonowe ze względu na następstwa i niepewne rozwiązanie jest zabiegiem niebezpiecznym, dlatego wykonuje się je tylko bardzo wyjątkowo. Jeżeli się już ma robić cięcie łonowe, to lepiej jest zamiast przecinać samo spojenie łonowe, przepiłować piłeczką Gigliego z boku kość łonową; przez to usuwa się niebezpieczeństwo złego gojenia się spojenia łonowego. Co do cięcia cesarskiego, to należy je wykonywać tylko za zgodą i na życzenie rodzącej i to nie w domu prywatnym, ale tylko w odpowiednim zakładzie, klinice lub szpitalu. *P.*

Kroemer. **Badania nad zagnieżdżeniem się jaja w trąbce.** (*Archiv für Gyn.* tom 68, zeszyt 1, 1903). Sprawa ta, która szczególnie w ostatnich czasach była przedmiotem bardzo częstych i dokładnych badań mikroskopowych i roztrząsań teoretycznych, jeszcze dotychczas nie została rozstrzygniętą. W szczególności idzie o to, czy zagnieżdżenie się zapłodnionego jajka i rozwój jego w trąbce odpowiada w zupełności temu samemu procesowi w macicy. Podczas gdy jedni uważają oba te stany jako analogiczne aż do najdrobniejszych szczegółów budowy, inni mają je za sprawy zupełnie od siebie różne. Tworzenie się błony doczesnej prawdziwej w trąbce przy usadowieniu się tamże jaja, do niedawna jeszcze zaprzeczane przez niektórych, zdaje się dzisiaj nie ulegać wątpliwości. W celu wyjaśnienia tych stosunków badał autor histologicznie 10 przypadków ciąży trąbkowej i zauważył, że zagnieżdżenie się jajka w trąbce odbywa się w tensam sposób, jak w macicy, według prawideł fizyologicznych. Zmiany zaś, występujące w dalszym rozwoju, należy tłómaczyć budową ścian trąbki, nie nadającą się wcale do przyjęcia zapłodnionego jajka. Podobnie, jak w macicy dostaje się jajko przez rozpulchnioną błonę śluzową do głębszych warstw, t. j. w trąbce do warstwy mięśniowej tak, że jajo zostaje istotnie ze wszystkich stron zupełnie osłonięte. Zwykle osłonę tę tworzy sama błona śluzowa, wypuklająca się w miejscu zagnieżdżenia przez rosnące jajo. Zależnie od więcej powierzchownego lub głębszego usadowienia się jaja rozwija się ono jużto do światła trąbki, jużto zupełnie międzymięśniowo, zacieśniając przytem *ad minimum* światło trąbki. Ciąża trąbkowa z więcej powierzchownem zagnieżdżeniem się jaja kończy się zwykle poronieniem; zaś z zagnieżdżeniem głębokiem — pęknięciem ścian trąbki. Zawsze i w każdym przypadku wytwarzają się wszystkie błony doczesne i typowe łożysko. Teorya o złośliwości ciąży trąbkowej jest błędną. Istotnie niejednokrotnie można spostrzegać kosmki łożyska, dochodzące aż do otrzewnej; nie należy jednak tego tłómaczyć w ten sposób, że kosmki te, obdarzone specyalną siłą rozrostu, drążą w głąb, niszcząc ścianę trąbki; lecz przyjąć to, co jest naturalniejsze, że raczej ściana trąbki jest *a priori* cienką i zostaje niejako szybko zużytą przez cały proces wytwarzania się krążenia łożyskowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. M. Hertz (Warszawa). **Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-letniego chłopca.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 50, 1902). Nawiązując do opisu przypadku, zakończonego zejściem śmiertelnem, kreśli autor obraz tego rzadkiego u dzieci cierpienia. Gruźlica gardzieli u dzieci występuje najczęściej pierwotnie, w postaci bardzo ostrej t. zw. „anginy“ gruźliczej. Główne jej objawy są następujące: ból głowy, gorączka, osłabienie ogólne, nadzwyczaj silne bóle gardła wzmagające się przy połykaniu. Na błonie śluzowej języczka i podniebienia miękkiego drobne, szare gruzełki, wielkości ziarnka maku lub prosa, których rozpad daje powód do tworzenia się owrzodzeń, pokrytych szarobiałą wydzieliną, zawierającą dużo laseczników gruźliczych. Z powodu bólów przy połykaniu chory nie przyjmuje pożywienia nawet płynnego, wytwarza się ślinienie, brzękną gruczoły szyjne i podszczękowe. Później choroba, przenosząc się na krtań, płuca i jelita doprowadza do strasznego wyniszczenia i szybkiego zgonu. Rozpoznanie różniczkowe: przy wycieraniu watą pęcherzyków wyprysku wycieka płyn; pod pęcherzykiem znajdujemy gładką, nieowrzodziałą powierzchnię; przy oczyszczeniu gruzełków gruźliczych występuje krwawienie, lecz zeskrobać ich nie zdołamy. Pleśniawki są więcej rozszerzone, znajdują się również na błonie śluzowej jamy ustnej; gruźlica zaś ogranicza się tylko do gardzieli. Klykciny płaskie mają powierzchnię gładką, bez porównania mniejszy sprawiają ból gardła, równocześnie są inne objawy zakażenia przymiotowego. Naloty błonicze nie dają się zmyć, sprawa przechodzi w krótkim czasie na krtań, gruczoły chłonne obrzmiewają, nim wystąpią objawy ze strony gardzieli; po zmyciu nalotu gruźliczego otrzymujemy typowy obraz gruzełków; przejście sprawy gruźliczej na krtań i nabrzmienie gruczołów występują dopiero po dłuższem trwaniu choroby. Rokowanie jest beznadziejne, przebieg krótki, leczenie objawowe. *Spira.*

Panow. **Gruźlica, wywołana martwymi prątkami gruźliczymi.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny. Dorpat*, 1902). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi P. do wniosków następujących: zabite i przepłókane wodą laseczniki gruźlicze zawierają substancye trujące, które wywołują u zwierząt powstanie gruzełków. Kształtem i budową drobnowidową gruzełki te nie różnią się od zwyczajnych; doszedłszy do pewnych rozmiarów,

gruzełki ulegają często obumarciu i rozpadowi w części środkowej, następnie rozwojowi wstecznemu i wreszcie zostają zastąpione tkanką łączną. Oprócz gruzełków, martwe prątki gruźlicze mogą wywoływać u zwierząt wysokie stopnie wyniszczenia, nieraz z zejściem śmiertelnem. Miejscowo po wstrzyknięciu podskórnem laseczniki wywołują ropienie. Wobec tych danych obecności w powietrzu prątków Kocha, nawet martwych, nie można uważać za rzecz obojętną i bezpieczną. Objawy, które wywołują martwe prątki gruźlicze, stanowią, zdaniem P., swoistą postać gruźlicy, którą dla odróżnienia od istotnej gruźlicy nazywa on (za przykładem Granchera) „nekrogruźlicą“.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. Tawel. **Długa giętka podwójna kaniula tchawicza.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 5). Znaną kaniulę Königa zmodyfikował T. o tyle, że polecił sporządzić ją z wązkiej tasiemki metalicznej (srebrnej), zwiniętej spiralnie. Kaniula wewnętrzna, sporządzona z tego samego materyału, ma wężownicę skręconą w odwrotnym kierunku. Niepodatny koniec jest bardzo krótki, gdyż mierzy tylko 1 ctm. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Woyer. **Działanie ichtarganu w rzeżączkowem schorzeniu części rodnych kobiecych.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Ichtargan jest to proszek brunatny, bezwonny, zawierający 30% srebra, łatwo rozpuszczalny w wodzie, glicerynie i słabym alkoholu. Używa go autor w zapaleniu rzeżączkowem cewki moczowej, robiąc przestrzykiwania z roczynu najprzód $^1/_{5000}$, później $^1/_{3000}$, nadto na noc zakłada do cewki pręciki, według następującego przepisu: *Rp. Ichthargani 0·005,*
Olei cacao 5·00,
F. bacil. urethr. N. X.

Przy zajęciu pęcherza robi autor przestrzykiwania roczynem $^1/_{10000}$, potem — $^1/_{5000}$, nadto wkrapla, rozpoczynając roczynem $^1/_{1000}$, schodząc do coraz to silniejszego, aż do $^1/_{100}$, a nawet $^6/_{100}$. W ostrem zapaleniu pochwy W. przestrzykuje pochwę roczynem $^1/_{2000}$, a nadto zakłada na noc tampon, zamaczany w 2% lub 4% roczynie ichtarganu w glicerynie. Jeżeli cierpienie przeszło na szyjkę maciczną, robi autor takiesame przestrzykiwania, nadżerki pędzluje roczynem $^1/_2$—1% i znowu zakłada tampon z roczynem 4% ichtarganu w glicerynie. *P.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół ze zwyczajnego posiedzenia dnia 25 stycznia 1903.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Krzyształowiez prywatną pacyentkę z wilkiem pospolitym policzka lewego, leczoną i wyleczoną zupełnie metodą Unny. Obecnie chora od dwóch miesięcy jest w obserwacyi i nie ma śladu nawrotu. Kol. Borzęcki nie zgadza się z kol. Krzyształowiczem, bo w przypadkach wilka wszystkie metody zawodzą. Kol. Krzyształowicz przyznaje, że nawroty wilka zdarzają się prawie systematycznie po zastosowaniu każdej metody, a więc i metody Unny, ale ta ostatnia ma tę wyższość nad innemi, że nie szpeci w tak wysokim stopniu i jeżeli się chory nie zaniedbuje, każdorazowy nawrót w zarodku stłumić pozwala. Kol. Reiss przyznaje również metodzie Unny dobry wynik kosmetyczny, co także podnosi kol. Steuermark.

Następnie kol. Mayzel wygłasza odczyt p. t. »Leczenie poronne rzeżączki«. Leczenie poronne rzeżączki świeżo nabytej nie dało dotychczas dodatnich wyników: środki lecznicze, stosowane w tym celu, okazały się albo niedostatecznymi do zniszczenia doszczętnego gonokoków, lub też wywoływały odczyn o takiem nasileniu, iż o dalszem użyciu ich nie mogło być mowy. Ze względu, iż pomimo używanych od kilku lat w leczeniu rzeżączki t. zw. leków przeciwrzeżączkowych, jak protargol, largina, argonina i t. p., nie poczyniono dotąd spostrzeżeń, do tyczących działania tych środków w zakresie usiłowanego leczenia poronnego, przeprowadził Dr. M. takie leczenie poronne za pomocą $^1/_4$% protargolu w przypadku rzeżączki świeżo nabytej, spostrzeganej na drugi dzień po ostatniem spółkowaniu; 12 wstrzykiwań zastosowano w ciągu 36 godzin, początkowo co godzinę, potem co dwie i co trzy godziny. Chory zatrzymywał lek w cewce po 10 minut i to wystarczyło do zupełnego usunięcia rzeżączki. Przypadek ten spostrzegał prelegent w dalszym ciągu przez 3 tygodnie po wyleczeniu i doszedł na podstawie tego spostrzeżenia do przypuszczenia, że przecież, o ile męzka cewka moczowa znosi częste wstrzykiwania protargolu, fakt ten możnaby wykazać w celu dalszych doświadczeń nad leczeniem poronnem rzeżączki za pomocą częstych wstrzykiwań protargolu. Kryteryum jakieś co do czasu, w którymby takie leczenie przeprowadzić się dało, dalej — co do częstości wstrzykiwań, stopnia zgęszczenia roczynu leku i t. d., możeby doświadczalnie do pewnego stopnia określić się dało. —

Kol. Borzęcki przyznaje spostrzeżeniu kol. Mayzla ważne znaczenie. Próby tego rodzaju nie są nowe; już Didey robił podobne doświadczenia z azotanem srebrowym, zaniechał ich jednak ze względu na znaczną bolesność, doznawaną przez pacyentów. Dziś Neisser doświadczenia te na nowo zaleca. Pierwotna metoda Neissera wstrzykiwań przedłużonych słabych roczynów protargolu, trzy razy dziennie po 10 do 30 minut, ustąpić musi metodzie częstych, a krótkich wstrzykiwań tego przetworu. Janet polecił inną metodę przepłókiwań częstych nadmanganezyanem potasowym i metoda ta daje niejednokrotnie zdumiewające wyniki. Naturalnie, jakąkolwiek chciałoby się zastosować metodę, trzeba baczyć, aby rzeżączka była zupełnie świeża i ograniczała się tylko do przedniej części cewki. Kol. Schwarz zaznacza, że doświadczenie kol. Mayzla jest bardzo zachęcające, lecz niestety, tak lekarze prywatni, a jeszcze w większym stopniu lekarze szpitalni i kliniczni, spotykają się rzadko z rzeżączką w okresie zwiastunów, a ci najlepiej mogliby metody te wypróbować. Kol. Żydłowicz dodaje, że azotan srebrowy może również dać doskonałe wyniki, jeżeli się tym przetworem pędzluje cewkę moczową przy pomocy wziernika w zupełnie świeżych okresach rzeżączki. Do pędzlowania używa się roczynów więcej zgęszczonych do 10%, a nawet 20%, przy czem w 5 do 6 dn. można rzeżączkę zupełnie wyleczyć. Kol. Mayzel, odpowiadając na wszystkie uwagi, zaznacza, że idzie mu o wypróbowanie tylko środków nowszych, jak protargol, largina i t. p., jako leków, używanych w leczeniu poronnem.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego ze znacznem skróceniem zanikowem kości śródręcza na tle przymiotowem. Chory, leczony przed 11 laty; stan jego przez następne lata był bardzo dobry, aż przed 3 laty wystąpił bolesny obrzęk w okolicy śródręcza prawego. Podano jod, dzięki któremu obrzęk ustąpił; uległa jednak zanikowi kość śródręcza i obecnie palec średni został skrócony o $1^1/_2$ ctm., wskutek cofnięcia się o tę długość stawu ku śródręczu, co zwłaszcza przy zwinięciu ręki w pięść bardzo wybitnie występuje. Przyczyną tego zaniku kości było niewątpliwie przymiotniakowe zapalenie kości, które mimo bardzo natężonego leczenia, bo chory prócz jodu dostał 45 wcierań i 30 wstrzykiwań sublimatowych, doprowadziło do takiego wyniku. W dyskusyi nad tym przypadkiem wzięli udział wszyscy obecni.

Kol. Reiss przedstawia chorego z liszajem zakaźnym (impetigo contagiosa). Nos, wargi, część policzków i małżowiny uszne pokryte grubymi strupami barwy miodowo-żółtej i równocześnie zostały zajęte błony śluzowe jamy ust. Obie kończyny górne, częściowo dolne, a szczególniej moszna również wybitnie zajęte. Nie widząc twarzy, a tylko resztę ciała i biorąc pod uwagę kończyny górne, zasiane pęcherzami, wypełnionymi przeważnie wydzieliną ropną, możnaby rozpoznawać ostry wyprysk, a na mosznach wyprysk sączący; badanie jednak drobnowidowe, które wykazało paciorkowca i obfite hodowle gronkowców na pożywkach świadczą, że ma się do czynienia z zakażeniem tejsamej natury, tj. przeważnie paciorkowcem. Kol. Borzęcki podnosi, że nieuwzględniając twarzy, a oglądając tylko resztę skóry, trudno myśleć o wyprysku, nie ma bowiem kardynalnych cech tego cierpienia, pęcherze zaś rozrzucone przemawiają przeciw wypryskowi, a za zapaleniem torebek (folliculitis). Kol. Reiss zaznacza, że wypryskowi nie zawsze musi towarzyszyć silniejsze swędzenie, a chyba więcej objawów klinicznych, charakteryzujących wyprysk, jak w tym przypadku, trudno wymagać, są bowiem nader wybitne guzki, pęcherzyki i krosty, zaczerwienienie zaś skóry jest rozlane, a nie ogranicza się tylko do okolicy mieszków.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z wielokrotnymi bliznowcami skóry (*keloides multipl. cutis*). Cierpienie to skóry zaliczamy do grupy włókniaków; zaznaczyć jednak należy, że budowa histologiczna różni się nieco od budowy włókniaków prawdziwych, mianowicie o tyle, że gdy w włókniakach włókna elastyczne są utrzymane bardzo wybitnie w bliznowcach zanikają częściowo, szczególniej w środkowych częściach guza. W piśmiennictwie znane są dwa rodzaje bliznowców, t. j. prawdziwe, bardzo zresztą rzadkie i następowe, powstające na tle blizny, Prawdziwe są barwy blado różowej, półkuliste i nie dochodzą nigdy większych rozmiarów, nie ograniczają się ściśle do pewnych miejsc, lecz są rozrzucone; przyczyny ich powstawania wykazać nie można i cza-

sami same ulegają zanikowi. Odgrywa tu pewną rolę nieznanej nam natury usposobienie. Rokowanie niepomyślne, bo wycięcie choćby najszersze w zupełnie zdrowej tkance daje tylko chwilowy efekt; zazwyczaj w bliźnie wytwarzają się nowe guzy bliznowcowe. Kol. Steuermark zaznacza, że stanowczo najlepszym środkiem leczniczym w tych przypadkach jest elektroliza.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorego z zupełnem zniszczeniem przymiotowem całego nosa wraz z częściami chrzęstnemi i kostnemi, z zajęciem powiek i brwi, ze zmianami na twardówce i rogówce oczów. Jama ustna nie przedstawia szczególniejszych zmian, a tylko blizny po kilakach na podniebieniu miękkiem. Wywiady co do kiły ujemne.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorych, znanych z poprzednich posiedzeń, w celu okazania wyników terapeutycznych.

Na tem posiedzenie zamknięto. Sekretarz: *Dr. Pacyna.*

VII. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Mimo tych podań o licznych otruciach w starożytnym Rzymie nie przekazali nam współcześni kronikarze żadnych bliższych wyjaśnień co do jakości używanych trucizn tak, że tylko przypuszczać można, iż były one mniej więcej te same, jakich używała Hellada. Zdaniem Ogiera umiano już w Rzymie izolować z dwóch rodzimych siarczków arsenu, zwanych pod nazwą *„sandaraca“* i *„arsenicum“* tak czysty arszenik biały, jak i arsen metaliczny.

W wiekach średnich nie spoczęli truciciele, jak to wynika ze skąpych ówczesnych zapisków. Tak n. p. podał Majmonides, syn uczonego żyda z Kordowy, znany teolog, filozof i lekarz (1139—1208), dokładne przepisy, jakich pokarmów lub napojów należy się wystrzegać, by nie paść ofiarą trucizny. Odradzaniem używania pokarmów o woni czosnku składa on dowód, że znanym był wówczas dobrze ten zapach, wydawany przez arsen. W r. 1384 wysłał Karol Zły, król Nawarry, minstrela Woudrettona na dwór Karola VI, króla Francyi, z poleceniem otrucia zapomocą arszeniku króla, księcia de Valois, jego brata i książąt de Berry, de Bourgogne i de Bourbon, jego wujów. Truciciela rozćwiartowano na placu de Grève. Król duński Waldemar otruł podczas uczty, danej z okazyi zaślubin córki swej z królem norwegskim Haquirem, synem króla szwedzkiego Magnusa, zapomocą zatrutego wina oboje rodziców pana młodego (ojciec dzięki pomocy lekarskiej ozdrowiał); przy tej sposobności otruł się i zmarł syn Waldemara, ponieważ wskutek nieuwagi napił się tego wina. Steno Stuur starszy zmarł otruty przez narzeczoną jego następcy Swantona Stuura, podczas uczty w Söderköping. Wilhelm Connyn, kanclerz szkocki, zmarł podczas uczty wskutek zatrutego puharu, a w Anglii epidemiczną była śmierć z otrucia bliżej nieznanym płynem błękitnym między wielu szlachetnymi i uczonymi mężami w czasie panowania osławionego Ryszarda III. Nawet psy głodzone nie chciały się imać strawy, zatrutej tym płynem.

I z tych czasów, podobnie jak i z dziejów rzymskich, brak nam wiadomości co do używanych podówczas trucizn. Sądząc jednak z pism lekarskich, n. p. najsłynniejszego z arabskich lekarzy Avicenny (980—1037), który górował nad innymi autorami przez długie czasy, mogły to być w części przetwory mineralne, n. p. arszenik *(sandaraca i auripigmentum)*, antymon, cerusa (rozumieć należy węglan i octan ołowiu) itp., w części zaś roślinne, znane już w Helladzie, jak lulek, makowiec, pietrasznica, tojad itd. Avicenna pierwszy stosuje szkło miałko tłuczone, jako środek ściągający, a być może, że to zastosowanie wewnętrzne szkła stało się powodem późniejszych, do dziś jeszcze sporadycznie zdarzających się, tak zwanych mechanicznych otruć zapomocą kawałków szkła; otruciem tem każe n. p. Słowacki ginąć jednemu z bohaterów swoich dramatów (Giani w „Beatryx Cenci“)

Niedokładna znajomość trucizn, sposobów ich działania, zabobony i gusła starożytności, spotęgowane jeszcze w wiekach średnich, a z trudem ustępujące nawet w czasach obecnych pod wpływem ścisłej, doświadczalnej nauki, były powodem wiary w trujące działanie substancyj całkiem nieszkodliwych, lub wiary w zioła i leki cudowne, n. p. obudzające w człowieku uczucie miłości względem osoby przedtem mu obojętnej. I tak posądzano płazy i gady, zresztą dla człowieka nieszkodliwe, o zgubne dlań działanie. Zacchiasz[15]) podaje między innemi, że ropuchy, jak liczne uczą przykłady, wprawiają wyziewem swym spotkanych ludzi przez samo powonienie w stan otrętwienia. Tenże autor twierdzi: *„venena omnia odorata cordis tremorem, capitis dolorem, vertiginem, alia mala afferunt“*. Zdaniu temu nie można zadać kłamu ze stanowiska dzisiejszej nauki, lecz osłabiają je przytoczone dalej dowody na jego poparcie. Tak n. p., powołując się na świadectwo Bruyera *(De re cibaria lib. IX. cap. 12)*, oświadcza, że woń zgaszonej lampy może u kobiet brzemiennych wzniecić poronienie; powołując się zaś na naszego Marcina Kromera *(De reb. Polon. lib. VIII)*, wspomina pewnego biskupa, którego od śmierci z woni róż ocalił Kromer, poczem sam o sobie dodaje *„et mihi quidem albarum (!?) rosarum odor adeo inimicus est, non quod mihi sit ingratus, ut capitis non modicum dolorem illico excitet“*. Tenże sam autor, a podobnie inni mu współcześni, jak Ambroży Paré i F. Fedeli, wierzą, iż trucizny mogą drogą wszystkich zmysłów zabić człowieka (*„homo potest per omnes sensus venenari“*), a sam o sobie powiada, że ujrzawszy raz tarantulę, doznał silnych i cały dzień trwających wymiotów[16]). Te, przez ówczesnych uczonych głoszone zapatrywania, przechowały się między publicznością do chwili obecnej. To też zdarza się n. p nie raz widzieć na wystawach sztuk plastycznych obrazy, których treścią „śmierć na kwiatach“. Wiara w zabójcze działanie woni kwiatów, utrzymująca się dzięki swemu poetycznemu urokowi, uchodziła jeszcze za dogmat na schyłku wieku XVIII, gdyż nawet tak poważny toksykolog ówczesny, jakim był Gmelin[17]), rozwodzi się obszernie nad zabójczą wonią kwiatów lilii białej, tuberoz, siana, fiołków, bzu i innych, przytaczając rzekome odnośne spostrzeżenia, które, niestety, nie były nigdy poparte sekcyą i innymi sposobami przedmiotowego dochodzenia istotnej przyczyny śmierci. Podobnie i Plenck wierzy jeszcze w zabójcze działanie kwiatów, przytaczając za przykład pewnego żyda, który usnąwszy na worku z szafranem, więcej się już nie przebudził. Z tem wszystkiem

[15]) *l. c.* pag 162.

[16]) Przesąd powyższy jest zdaje się źródłem zabobonu o urokach i uroczliwych osobach.

[17]) Allgem. Geschichte der Gifte. Leipzig. 1776, str. 188.

i w tych fantastycznych zapatrywaniach minionych wieków mieściła się obok baśni prawda. Wszakżeż dziś wiemy, że pewne wonne przetwory działają trująco nie tyle drogą powonienia, ile raczej wetchnięte do płuc, mogą nawet działać zabójczo, n. p. para chloroformu, kwasu pruskiego, arsenowodór (ofiarami jego stali się prof. Gehlen w Monachium i Britton w Dublinie) itd. Zgodne z prawdą, choć i tu przeradzające się w baśń, były zapatrywania, że trucizny mogą wywrzeć działanie swe nie tylko, gdy będą podane do żołądka, lecz także, gdy się je wprowadzi do innych naturalnych otworów i jam ciała, gdy się je zetknie z ranami, powłokami ciała itd. Otrucie *per clysma* uchodziło zrazu za wątpliwe, ponieważ odbytnica stanowi miejsce, którem substancye szkodliwe ustrój opuszczają, ale już Zacchiasz sam wierzy w możliwość takiego otrucia i przytacza na jego poparcie śmierć Carradona, króla Neapolu, otrutego rzekomo drogą enemy przez swego naturalnego brata Manfreda. Jako przykład otrucia drogą powłok skórnych przytaczają autorowie śmierć Heraklesa, wywołaną przez zatrutą krwią Nessusa koszulę Dejaniry; Szekspir mówi przez usta ducha ojca Hamleta o otruciu kroplami blekotu, wlanemi do przewodu usznego itd. Nie pozbawione prawdy są twierdzenia, że otrucie może nastąpić wskutek noszenia zatrutej odzieży, zwłaszcza jeżli się weżmie pod uwagę, że do niedawna jeszcze uważano choroby zakaźne za równoznaczne z zatruciami. To też nie można odmówić słuszności twierdzeniu n. p. Zacchiasza, że trąd, dżuma, suchoty *(phthisis)* i przymiot *(morbus gallicus, lues)* udzielają się przez ubrania. Tem pomięszaniem pojęcia choroby zakaźnej a otrucia trzeba sobie tłómaczyć przekonanie, któremu i Zacchiasz daje wyraz, jakoby niektóre kobiety umiały truć mężczyzn zapomocą obcowania płciowego z nimi. Tenże autor podaje, że Aleksandrowi Wielkiemu ofiarowano w darze dziewczynę, biegłą w truciu zapomocą aktu płciowego, że pewien król Neapolu padł ofiarą takiego otrucia; w dalszym ciągu wspomina on za Schenkiem o podobnem zatruciu pewnego mężczyzny przez prostytutkę, wskutek którego miała się mu na żołędzi utworzyć krosta tak silnie żrąca, że dla ratowania życia musiano mu je odjąć. W objaśnieniu tego przypadku, któryby dziś był rozpoznany jako zgorzelinowy wrzód weneryczny, nadmienia, że niektórzy autorowie *„ex venenata natura“*, inni *„ex gallica lue evenisse“* zmianę tę uważali, jemu zaś przypadek ten wydaje się być podejrzanym. (C. d. n.).

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił

Dr. Batko.

(Dokończenie).

Dr. Woronow (Kair). *Leczenie chirurgiczne ropni wątrobowych.* Prelegent mówi o 1089 operacyach, wykonanych w ostatnich 25 latach przez 16 lekarzy: z tych było: 95 nakłóć z 60% śmiertelności, 994 szerokich nacięć z 34% śmiertelności. Sposób wykonywania operacyi, przyjęty w Egipcie, nie przedstawia nic szczególnego i z kilkoma odmianami, stósownie do osobistej techniki operatorów, pozostaje taki sam, jak w Europie: droga przeponowa lub otrzewnowa, względnie do umiejscowienia ropnia, poprzedzające nakłócie, aby się upewnić o obecności ropy, nacinanie warstwami, rozległe wycięcie żeber, a niekiedy i chrząstek żebrowych, gdy operuje się drogą przeponową, przyszycie opłucnej lub otrzewnej w braku zrostów, aby przeszkodzić dostaniu się ropy do tych dwóch błon, oczyszczenie jamy ropnia zapomocą przestrzykiwań, lub lepiej jeszcze zapomocą tamponów z gazy wyjałowionej. Łyżeczkowanie, zachwalane przez Fontana, wykonał prelegent dwa razy z dobrym wynikiem i jest za stósowaniem tego sposobu.

Dr. Martin (Pnom-Penh, Kambodz). *Ropnie wątroby w Kambodży.* Martin stósował we wszystkich swoich operacyach systematycznie łyżeczkowanie; sądzi, że zmniejsza ono trwanie choroby i obniża natychmiast ciepłotę. Na 16 zabiegów operacyjnych miał 6 zgonów = 38%.

W dyskusyi zabierają głos Dr. Legrand, Goebel i Wildt, oświadczając się przeciw łyżeczkowaniu i uznając je nawet za niebezpieczne.

Dr. Petridis (Aleksandrya). *O metodycznem badaniu chirurgicznem ropnia wątrobowego w płacie prawym.*

Stosunek niepomyślnych wyników leczenia ropni wątrobowych wynosi według doświadczenia prelegenta 40—50%: jest to następstwem tego, że operacyę wykonywa się za późno z powodu braku wczesnego rozpoznania. Petridis zachwala t. zw. „polypleuro-diaphragmatomię“ poprzeczną, gdyż ona pozwala badać cały płat prawy wzrokiem i obmacywaniem oburęcznem; wykonał on ten zabieg 25 razy, tracąc tylko 5 chorych, t. j. 20%.

Dr. Rigazzi (Kair). *Technika operacyjna ropni wątrobowych.* Prelegent leczył 12 przypadki ropni wątrobowych z 25% śmiertelności. Sądzi, że jeśli śmiertelność po zabiegach operacyjnych z powodu ropni wątrobowych jest jeszcze bardzo znaczną, to dzieje się to dlatego, że do statystyki wliczane bywają przypadki zapalenia wątroby o wielkich ogniskach rozsianych, które nie są ropniami podzwrotnikowymi wątroby.

Dr. Gangitano (Neapol). *Ropień wątroby w następstwie zapalenia podzwrotnikowego. Rzadkie powikłanie pooperacyjne.*

Prelegent operował ropień wątroby u Niemca, 25 lat liczącego, przybyłego z Kamerunu, przyczem odeszło 2 litry ropy barwy czekoladowej. Czwartego dnia po operacyi znalazł opatrunek zakrwawiony, a chory zmarł dnia następnego. Pokazało się, że pień prawy żyły wrotnej otwierał się do jamy ropnia. W piśmiennictwie nie znalazł opisu podobnego przypadku.

Dr. Legrand (Aleksandrya). *Ropień wątroby u dziecka.*

Sądzono długo, że ropnie wątroby u dziecka były osobliwością patologiczną. Prelegent zebrał 109 przypadków, z których 17 wydarzyło się w Egipcie, a 12 nie było dotychczas ogłoszonych. W tej statystyce wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, że u dzieci przeważają ropnie pochodzenia urazowego, prelegent naliczył 31 przypadków, powstałych w następstwie czerwonki, a tylko 26 urazowych. Reszta powstała w następstwie pasorzytów, duru, ropnicy, gruźlicy, grypy itp. Ropnia wątrobowego u dzieci w następstwie kamicy żółciowej jeszcze nie spostrzegano.

Dr. Wildt (Kair). *»Sectio alta« w leczeniu kamicy żółciowej pęcherza.*

W leczeniu kamieni moczowych należy w Egipcie wychodzić z odmiennego nieco stanowiska, niż w innych krajach: jeśli tam przekłada się kruszenie kamieni, to w Egipcie przeciwnie więcej stosuje się „sectio alta“. Istotnie „sectio alta“ ma swe wskazanie w przypadkach kamieni uwięzłych, jak również u osobników młodych, nadto w przypadkach nadmiernego zwężenia cewki moczowej, przerostu gruczołu krokowego i ciężkiego zapalenia pęcherza, szczególnie powikłanego z zapaleniem nerek. Operacya ta jest także wskazaną w „bilharzyi“ pęcherza, do której to choroby należy odnieść 85% kamieni pęcherzowych, spostrzeganych w Egipcie. W tych przypadkach nie trzeba się zadawalniać wydobyciem kamieni, ale należy równocześnie leczyć zmiany „bilharzyi“, a na to pozwala jedynie cięcie. W pierwszej seryi 100 cięć dwa przypadki zakończyły się niepomyślnie z powodu powikłania z zapaleniem nerek: w drugiej zaś seryi nie stracił żadnego chorego.

W dyskusyi zabiera głos Dr. H. Milton, zaznaczając, że wybór zabiegu zależy od woli chorego i od doświadczenia, a względnie wyboru operatora. Kamienie, które prelegent przedstawia a których waga wynosi 200—300, a nawet 450 grm., zostały wydobyte zapomocą kruszenia na jednem posiedzeniu i operowani zostali wyleczeni. Sądzi, że kruszenie nawet w przypadkach wielkich kamieni może także dać znakomite wyniki.

Dr. Fr. Milton wykazuje, że statystyka 135 przypadków, zebranych przez niego i jego brata, a operowanych zapomocą kruszenia, daje 6% śmiertelności, podczas gdy statystyka „sectio alta“ daje 10%.

Dr. Goebel sądzi, że litotryptory, przeznaczone do kruszenia dużych kamieni, muszą być odpowiednio duże, a uszkadzając cewkę moczową, mogą sprowadzić mimowolne oddawanie moczu; dlatego w takich przypadkach oświadcza się za „sectio alta“.

Sekcya okulistyczna.

Dr. Eloni bey (Kair). *Przyczynek do nauki o zziarnieniu spojówki (jaglicy).*

Prelegent zastrzega się przedewszystkiem, iż odrzuca dla jaglicy nazwę „conjunctivitis granulosa“, ponieważ ziarnina może przebiegać, istnieć i zakończyć się, pozostawiając bliznę, jako piętno swego istnienia, mimo że niema najmniejszego śladu zapalenia. Można rozróżniać dwie postacie ziarniny spojówkowej: w pierwszej, zwanej pojedynczą (zwykłą), ziarnina stanowi sama przez się istotę choroby, w drugiej t. zw. mięszanej, towarzyszy ziarninie przerost brodaweczkowy. Ta druga postać jest też często zwana „granulo-papillosa“. Niektórzy autorowie utrzymują, iż istnieje bezpośredni związek przyczynowy między zapaleniem ropnem oka a jaglicą, innemi słowy, że jaglica powinna się rozpocząć zapaleniem spojówki. Prelegent sądzi, że takie zapatrywanie jest mylne. Istotnie spostrzegał on często jaglicę w samym początku, a nie zauważył żadnej zmiany zapalnej: w każdym jednak razie obecność ziarniny na spojówce usposabia do rozwoju drobnoustrojów ropnych. Co do etyologii, to trzeba podzielić ziarniny na suche i sączące, a ten podział jest bardzo ważny, gdyż ziarnina sącząca jest zaraźliwa, podczas gdy sucha taką nie jest. Zakażenie odbywa się rzadko przez bezpośrednie zetknięcie się, często zapomocą kurzu zakażonego wydzieliną, a częściej jeszcze zapomocą much. Pod względem zapobiegawczym jest ważną rzeczą najpierw oddzielić dotkniętych ziarniną sączącą, a następnie polepszyć warunki higieniczne mieszkańców i zalecać specyalną higienę osobistą, mianowicie co się tyczy pielęgnowania ócz. Autor poczuwa się uprawnionym do zalecania tych środków, widząc, jak od czasu, kiedy został zamianowany inspektorem szkolnym, odsetek jaglicy spadł z 90% na 32% w szkołach wyższych, 45% w szkołach średnich, a 75% w szkołach ludowych, stósownie do tego, czy jego przepisy higieniczne były mniej lub więcej dokładnie wykonane. W tej kwestyi wywiązała się obszerna *dyskusya.*

Dr. Baudry (Lille) podziela zdanie Dra Eloniego, mianowicie co się tyczy braku związku między zapaleniem ropnem, a jaglicą spojówki. Zapalenie ropne może się wikłać z jaglicą, ale nie trzeba go uważać za ostrą postać jaglicy, jak niemniej, nie może ono prowadzić do wytworzenia się jaglicy. W każdym jednak razie trzeba przyznać, że powtarzające się zakażenia usposabiają spojówkę do zakażenia jaglicą i że naodwrót — istnienie jaglicy ułatwia wpływ czynnikom ropotwórczym. Badanie licznych przypadków jaglicy w szpitalach egipskich zdziwiło go o tyle, że łuszczka rogówki jest tu stosunkowo o wiele rzadsza, niż w przypadkach jaglicy, spostrzeganych w Europie.

Dr. Lakah (Aleksandrya) sprzeciwia się zapatrywaniu Dra Eloniego, jakoby pył zakażony był głównym czynnikiem w zakażeniu jaglicą. Jemu się zdaje, że najważniejszem jest bezpośrednie zetknięcie się. W swoich badaniach bakteryologicznych nad czynnikiem swoistym tej choroby, jakkolwiek nie udało mu się wyosobnić jakiegoś zarazka, mógł się jednak przekonać, że czynnik ten nie może żyć w pyle dłużej nad 30 godzin. Sądzi, że pył tylko usposabia do zapalenia, drażniąc spojówkę, ale nie zakaża.

Dr. Jacovides (Aleksandrya) zgadza się z Drem Elonim, że muchy odgrywają w zakażeniu główną rolę. Według jego statystyki szpitalnej i prywatnej, w Aleksandryi jest 75% jaglicy między klasą ubogą, 55% średnią, a 35% zamożną. Co do łuszczki, to spotykał ją w 10% jaglicy, podczas gdy w Europie stosunek ten jest wyższy, bo dochodzi do 40%.

Dr. Gayet (Lugdun). Co się tyczy leczenia jaglicy, to jemu się zdaje, że się nadużywa zabiegów chirurgicznych. Siarkan miedziowy jest lekiem znakomitym i wystarcza w przeważnej liczbie przypadków.

Dr. Chedoni (Kair) zaznacza, że leczenie siarkanem miedziowym jest długie i często nie prowadzi do celu. Leczenie chirurgiczne nie jest według niego tak niebezpieczne, jak sądzą. Oddaje ono znakomite usługi w przypadkach, gdzie środki lecznicze zawodzą.

Dr. Lakah twierdzi, że szczotkowanie ziarniny, które wykonuje od lat 8, dało mu bardzo dobre wyniki, nawet w przypadkach datujących się od 3—4 lat i które opierały się wszelkim zabiegom. Kiedy ziarninie towarzyszy podostre zapalenie spojówek, wykonuje on skaryfikacyę spojówki, poczem przyżega rozczynem glicerynowym siarkanu miedziowego, a gdy nastąpi poprawa, szczotkuje.

Dr. Sameh (Kair) próbował szczotkowania, ale go zaniechał, albowiem, chociaż ono przynosi ulgę chorym, jednak choroby nie leczy. Używa obecnie papainy z kwasem borowym, zmięszanej w stosunku 1: 4 i jest z tego leczenia bardzo zadowolony.

Dr. Eloni. W postaci ziarniny suchej po wykonaniu kantoplastyki, jeśli ta jest potrzebna, odwija powiekę, robi 4—5 skaryfikacyj mniej lub więcej głębokich, stósownie do zmian, następnie pociera krwawiącą powierzchnię watą, namoczoną w rozczynie siarkanu miedziowego i kwasu borowego, a kiedy odczyn zapalny ustał, prowadzi dalej leczenie, pocierając powiekę watą, zamaczaną w 1‰ sublimacie. W postaci sączącej zadawalnia się zakraplaniem azotanu srebrowego 1—2%.

Dr. Chedoni sądzi, że Dr. Sameh nie otrzymał dobrych wyników, lecząc szczotkowaniem, prawdopodobnie dlatego, że zaniedbał leczenia pooperacyjnego, mianowicie nacierania spojówki rozczynem 2‰ sublimatu, co jest może rzeczą ważniejszą, niż samo szczotkowanie.

Prof. Wicherkiewicz (Kraków). Leczenie jaglicy opiera się na zasadzie, że przyżeganie nie powinno być głębokie. Co do kantoplastyki, to jestto znakomita operacya, która znajduje dość częste zastosowanie. W przypadkach ostrego nacieku pocieranie spojówek 1‰ rozczynem sublimatu jest bardzo użyteczne i wywołuje silny odczyn, zdolny do usunięcia ziarniny w krótkim przeciągu czasu. Zresztą jego zdaniem szczotkowanie działa tylko wtedy, gdy rozczyn antyseptyczny dostanie się do warstwy głębokiej tkanki spojówkowej, gdzie się ziarniny usadawiają.

Dr. Baudry. Niepewnej patologii odpowiada także nieustalone leczenie, a ztąd wynika mnogość sposobów leczniczych. Wszyscy jednak zgadzają się z tem, że, jak to właśnie wspomniał prof. Wicherkiewicz, trzeba oszczędzać błonę śluzową i wyrzec się metod, które ją niszczą. Leczenie powinno się zmieniać zależnie od postaci suchej, czy sączącej, rozlanej, czy umiejscowionej. Raz udaje się leczenie ogólne i miejscowe, drugi raz zachodzi potrzeba leczenia chirurgicznego. Nie podziela zdania Dra Gayeta co do używania siarkanu miedziowego: jest ono bolesne, a nie daje wyników pewnych. Woli azotan srebrowy 1%, szczególnie w postaci sączącej.

Dr. Batko, lekarz kwarantany w Suezie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2. kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego w klinice lekarskiej posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. E. Korczyński mówił »O chorobie Kahlera«. W rozprawach zabierali głos koledzy: Hirsch, Gertler, Seńkowski i Nowak. Następnie kol. Latkowski przedstawił: 1. Chorego z »ophthalmoplegia progressiva«; 2. z syringomyelią; 3. chorego z padaczką połowiczą i 4. chorą z chorobą Raynauda.

Nowy Sącz. Dnia 21 marca b. r. zebrali się lekarze miejscowi w szpitalu powszechnym w celu zawiązania »Nowosądeckiej Sekcyi Towarzystwa lekarzy galicyjskich«.

Po wyjaśnieniu celów i zadań Sekcyi i po omówieniu warunków przystąpienia do Towarz. lek. galic., wybrano zarząd, w skład którego weszli: Dr. Jan Filewicz jako przewodniczący i Dr. Edward Zieliński jako sekretarz.

Następnie kierownik szpitala, Dr. Siedlecki, przedstawił kilka rzadszych przypadków szpitalnych:

I. Chorego z guzem w pachwinie prawej, mającym pozór przepukliny uwięźniętej. Operacya wykazała, że chory ten cierpiał na zapalenie wyrostka robaczkowego i że ropa przebiła się do kanału pachwinowego, tworząc tu bolesny guz z pozorami uwięźniętej przepukliny. Prelegent zaznacza, że w rozpoznawaniu przepuklin uwięźniętych po stronie prawej należy pamiętać i o takiej możliwości przy oznaczaniu istoty guza w tej pachwinie.

Kol. Dr. Ameisen przytoczył podobny przypadek, zakończony śmiercią. Kol Dr. Zieliński wskazał na objawy, które należy mieć na oku, ażeby uniknąć podobnej niepewności, a nawet pomyłki.

II. Chorego, 70-letniego starca, z wodniakiem (*hydrocoele*), urazowym.

III. Mężczyznę żonatego z niedorozwojem (*hypoplasia*) prącia i jąder: długość prącia wynosi 2 cnt., jądra zaś są wielkości migdałów. Mężczyzna ten i jego żona oboje cierpią na kiłę. Żona nie jest już dziewicą, lecz utrzymuje, że jest to następstwo stosunku z innym mężczyzną, gdyż mąż jej nie jest zdolny do obcowania małżeńskiego; mąż zaś utrzymuje, że tak nie jest. W razie sporu sądowego, do którego niezawodnie przyjdzie, trzeba będzie uznać męża, wobec wspomnianego niedorozwoju narządu rodnego, za niezdolnego do stosunku płciowego.

IV. Chorą z wadą serca i marskością wątroby. U tej chorej wykonano od 12 września 6 nakłóć brzucha i wypuszczono kilkanaście litrów cieczy. Po każdem nakłuciu stan serca wzmacniał się i następowało wyrównanie.

V. Chorą z wadą rozwojową narządu płciowego, mianowicie z brakiem pochwy. Przy dwuręcznem badaniu przez odbytnicę i powłoki brzuszne stwierdzono istnienie guza, odpowiadającego powiększonemu trzonowi macicy, wielkości pomarańczy, od którego odchodzi wałeczkowy obrzęk, długości 10 cntm., zmierzający w kierunku odbytnicy, a odpowiadający wydłużonej części pochwowej macicy. Przypadek ten przeznaczony jest do operacyi. *Dr. E. Zieliński.*

* Rodzina ś. p. Dr. Koya ofiarowała cały księgozbiór zmarłego do Biblioteki Towarz. lekar. krakowskiego. Za ten hojny dar składam ofiarodawcom szczere podziękowanie

Dr. A. Wrzosek, bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Z »Sprawozdania krajowej Rady zdrowia za rok 1899« dowiadujemy się, że w roku sprawozdawczym zmarło w Galicyi z gruźlicy osób 23,376, z zapalenia płuc 24,517, razem 47,893, t. j. 7,24‰ ludności, a 23,85% ogólnej liczby zmarłych. Najwyższa liczba zmarłych z obu tych chorób w ciągu ostatnich 4 lat przypada na Kraków (13‰), później idzie Lwów (11,5‰).

* Powszechnie się mniema, że śmiertelność dzieci we Francyi jest tak znaczna, że krajowi temu zagraża depopulacya. Tymczasem w lutowym zeszycie »Revista de medicina« oświadcza Dr. Ulecia, że śmiertelność dzieci w Madrycie do 5 roku życia przewyższa śmiertelność w tymże wieku w Paryżu o 10 razy i przypisuje tę przerażającą statystykę lichemu mleku w tej stolicy tak, że na 100 próbek 88 bywa zepsutego i sfałszowanego.

* Między 19 a 24 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (3 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (2 gm.), myślenickim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (2 g.), rohatyńskim (1 gm.), samborskim (2 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (6 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień X (8—14—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 50, mianowicie: z gruźlicy 14 (7 zam.), z zapalenia płuc 6, z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 2

Mianowania i odznaczenia. Dr. Bruns, kierownik szpitala dziecięcego w Hanowerze, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Dr. Feliks Kraetschmar, lekarz zakładu sierót i ubogich w Drohowyżu, weteran z r. 1863, zmarł d. 24 marca. Prof. Bottini, sławny chirurg włoski, zmarł w San Remo. Dr. Crisafulli, prof. kliniki lekar., zmarł w Messynie. Dr. Thomas, prof. położnictwa, zmarł w Nowym Yorku. Dr. Carus, prof. zoologii, lat 70, zmarł w Lipsku. Dr. Wacław Bajerkiewicz zmarł w Przedborzu (gub. Radomska), w wieku lat 34 D. Julian Bieniecki, lat 74, zmarł w Grodnie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Cykowski: Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniako-mięśniakach pochwy. Hallé i Motz: O gruźlicy cewki przedniej (dok.). Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 12. Steinhaus: Przerosty ogniskowe w wątrobie jako następstwo ostrego żółtego zaniku. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1901. Weissberg: Jeszcze jeden przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritscha z pomyślnem zejściem, dokonanego przez Dr. Jurowskiego.

— *Zdrowie* Z. 4. Dobrzycki: 1) Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. 2) »Therapia palace« — zakład przyrodoleczniczy Dr. Ebersa na kroackiem pobrzeżu pod Cirkwenicą. 3) Kolonia zdrowotna dla słabowitych dzieci w Brzegach. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1902.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 3. Hála: Vzácný projev příjice v očích novorozence. Chvojka: O gynaekologické masáži.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12. Weigner: Význam váhy mozkové u člověka. Vobr: Mořské a horské podnebí; mořská a minerální lázeň. Schwarz: V jakém vzájemnem percentualním poměru naskytají se rozličné tvary bočitosti páteře?

— *La Presse médicale* Nr. 23 Klippel i Vigouroux: Zapalenie naczyń wątrobowych i niewydolność wątroby z objawami akromegalii. Labbé: Wyskok, jako czynnik pożywienia i czynnik zatrucia. Wyskok i likwory.

— Nr. 24 Tremolières: Wstrzykiwania rtęciowe śródmięśniowe w przymiocie. Borne i Vadam: Bakteryologia i histologia moczowa. Technika mikroskopijna i klinika

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Osmotyczne ciśnienie ludzkiej żółci. Schlossmann: Znaczenie badań kalorymetrycznych dla celów klinicznych. Eckstein: Terapeutyczne wyniki wstrzykiwań stwardzonej parafiny w chirurgii. Nirenstein i Schiff: Oznaczanie pepsyny metodą Mettego i potrzeba modyfikacyi tego oznaczania dla celów klinicznych. Ewald: Uwagi nad poprzedzającym artykułem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Pick: Lokalizacyjno-rozpoznawcze znaczenie odruchu łechtania w chorobach mózgowych. Raimann: Etyologia porażenia postępującego. Haberer: Kazuistyczny przyczynek do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia błon mózgowych. Damianos: Ropne zakrzepowo-żylne zapalenie zatoki jamistej w następstwie próchnicy zębów. Fuchsig: Etyologia i patologia ropni przegrody nosowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Becker: Przyczynek do urazowego niepowikłanego zwichnięcia wyprostnych ścięgien palców. Albert: Rozszerzenie pochwy przy uwięźnięciu tyłozgiętej macicy ciężarnej. Kraus i Schmidt: Czy dodanie siarczynu sodowego do siekanego mięsa może być uważane za sfałszowanie? Mühlig: Przypadek miąższowego zapalenia nerek na tle przymiotu. Seitz: Przyczynek do wyłuszczenia torbieli nerkowych. Neuburger: Krótkowzroczność z powodu cukrzycy. Enderlen: Leczenie przedziurawienia i rozerwania pęcherzyka żółciowego. Langendorff: Historyczne uwagi nad metodą przedłużania czynności serca u ciepłokrewnych Ebstein: O grypie. Klein: Operacyjne leczenie raka macicy ciężarnej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13. Westenhoeffer: Przypadek gruźlicy powszechnej prosówkowej po poronieniu. Rosenfeld: Wydzielanie lotnych kwasów tłuszczowych z moczem. Wenzel: Nadłonowa cystostomoza podług Witzela i jej teraźniejsza uproszczona technika. Herzog: Tętniące wstrząsanie głowy (objaw Musseta). Cohnheim: Wymoczki w żołądku i w jelitach człowieka i ich znaczenie kliniczne (dok).

Redakcya otrzymała. Bebla: Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 11 Kwietnia 1903. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr. L. Wachholz).

O otruciu aniliną.

Przez

Dra Adama Wrzoska, Dra Stefana Horoszkiewicza i Bolesława Rzegocińskiego.

I.

Anilina, odkryta w r. 1826 przez Unverdorbena, należy do szeregu ciał aromatycznych, pochodnych benzolu. Znajdująca się w sprzedaży anilina, czyli tak zwany olejek anilinowy składa się z czystej aniliny, t. j. amidobenzolu C_6H_5. NH_2 z domieszką toluidyny, t. j. amidotoluolu C_6H_6 (CH_3). NH_2 i niektórych innych produktów aromatycznego szeregu. Jestto płyn odczynu obojętnego, żółtawy, oleisty, posiadający swoisty zapach i smak gorzki. W wodzie rozpuszcza się w nieznacznej ilości, natomiast dobrze w wyskoku, eterze i chloroformie. Klócony z wodą, jako cięższy, opada na dno. Nawet w zwykłej ciepłocie paruje obficie. Punkt wrzenia olejku anilinowego znajduje się między 180° a 190° C.

Z początku nie przypisywano anilinie własności trujących i taki Wöhler nie uznawał jej wcale za truciznę. Ale już przed pół wiekiem spostrzeżono, iż anilina nie jest obojętna dla ustroju ludzkiego, a niebawem doświadczenia, wykonane na zwierzętach wykazały, iż jest ona silną trucizną. Własności trujące posiada tylko anilina i jej sole; natomiast barwiki anilinowe własności tych nie posiadają; przynajmniej nie udowodnił nikt trujących właściwości barwików anilinowych czystych, nie zanieczyszczonych arszenikiem, rtęcią, kwasem karbolowym, lub nierozłożoną aniliną. Wyjątek stanowi kwas pikrynowy, który wywołał kilka przypadków otrucia.

W pracy niniejszej postawiliśmy sobie za zadanie przedstawić działanie olejku anilinowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, pomijając prawie zupełnie własności trujące soli anilinowych, które wprawdzie przed laty odgrywały pewną rolę w lecznictwie na równi z aniliną, ale dziś z użycia lekarskiego zupełnie wyszły. Dawniej aniliny i jej soli używano w pląsawicy, histeryi, histeroepilepsyi, jako przetworu działającego na ośrodkowy układ nerwowy; przy róży zaś i ropnem zapaleniu tkanki podskórnej, jako środka odkażającego. Starano się również zastósować anilinę i jej sole w lecznictwie, jako środki uśmierzające ból i obniżające ciepłotę. Próbowano także anilinę polecać w chorobach skórnych do użycia zewnętrznego, a przy suchotach do wdychiwań w postaci pary anilinowej. Obecnie anilina, lubo wyszła zupełnie z użycia lekarskiego, odgrywa olbrzymią rolę w przemyśle, gdyż służy do przygotowywania barwików anilinowych, a obok tego nie rzadko do farbowania win i środków spożywczych.

II.

Przypadki ostrego zatrucia aniliną zauważono już dawno, bo jeszcze w r. 1862 Knaggs opisal przypadek otrucia, dotyczący robotnika, który rozbił naczynie z aniliną, przyczem oblał sobie ubranie. Objawy otrucia nastąpiły bardzo rychło, bo już wtedy, gdy robotnik zajęty był jeszcze oczyszczaniem swego ubrania. Chory skarżył się na zawrót i ból głowy, nudności i duszność. Powłoki skórne miały szaro ołowiane zabarwienie. Nastąpiło wyzdrowienie.

W przypadku Mackenziego objawy otrucia wystąpiły jeszcze szybciej. Robotnik, zajęty czyszczeniem beczki z aniliny, wskutek wdychania pary anilinowej tak prędko zasłabł, iż trzeba go było wyciągnąć z beczki w stanie na pół przytomnym. Ciż sami dwaj autorowie angielscy, oraz Fraser, zauważyli bodaj pierwsi objawy otrucia po dawkach leczniczych siarkanu analiny w pląsawicy. Prawie zawsze po użyciu aniliny zauważali oni u swych chorych niebieskawe zabarwienie skóry. Laillier opisał dwa przypadki otrucia chlorkiem aniliny, stosowanym na skórę przy łuszczycy. Objawy otrucia występowały każdorazowo po zastosowaniu chlorku aniliny. I w polskiem piśmiennictwie mamy opisany przez Dunina przypadek ostrego otrucia aniliną. Zatruciu uległ chemik warszawski, p. Br. Z. Gdy p. Z. ogrzewał nad palnikiem gazowym anilinę, naczynie pękło i anilina wylała się częściowo na podłogę, częściowo zaś na ubranie p. Z., przyczem zmoczyła mu znaczną część uda. P. Z. opuścił natychmiast pracownię. W trzy godziny po tym wypadku nastąpiły objawy zatrucia. Chory był bardzo osłabiony, zwłaszcza zaś uskarżał się na osłabienie w rękach i nogach, któremi prawie ruszać nie mógł; przytomności nie stracił, choć był senny. W miejscu na skórze, do którego, przemoczywszy ubranie, dostała się anilina, uczuwał chory pieczenie i swędzenie Przez dwa dni trwało osłabienie, zwłaszcza kończyn dolnych i dopiero na trzeci dzień chory zupełnie powrócił do zdrowia. Słusznie podkreśla Dunin, iż drogą, którą dostała się anilina do ustroju, była zapewne skóra, gdyż chory do przybycia lekarza, t. j. w ciągu przeszło pięciu godzin, nie zmieniał ubrania zmaczanego aniliną.

Sporą ilość spostrzeżeń zatrucia aniliną robotników zawdzięcza się Grandhommeowi. I on zauważył u otrutych charakterystyczne zabarwienie skóry i błon śluzowych; uważając ten objaw za sinicę, tłomaczył go zaburzeniami ze strony oddechania i serca. W r. 1880 Müller opisał bardzo dokładnie przypadek otrucia aniliną, który zakończył się

śmiertelnie. Jest to pierwszy opisany przypadek śmiertelnego otrucia aniliną. Dotyczy on niewiasty, która w celach samobójczych zażyła w nocy 25 ctm.[3] aniliny. Rano znaleziono chorą w stanie nieprzytomnym. Oczy były otwarte, źrenice zwężone i na światło nie oddziaływały. Oddech był utrudniony, ale nie przyspieszony, skóra i błony śluzowe sino zabarwione. Chora znajdowała się w klinice chorób skórnych i otruła się, wypiwszy z flaszeczki anilinę, przeznaczoną do badań drobnowidowych. Po zażyciu aniliny nastąpiły wymioty. Sino-ołowiowe zabarwienie powłok skórnych najwyraźniej występowało na twarzy i pod paznogciami rąk i nóg. We krwi stwierdzono za życia obecność methemoglobiny, a w moczu obecność aniliny w czystej postaci. Na drugi dzień chora umarła. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian, któreby mogły być uważane jako charakterystyczne dla otrucia aniliną. Znaleziono tylko wybroczyny w płucach, wątrobie i nerkach. W roku następnym prof. Dehio z Dorpatu ogłosił przypadek ostrego otrucia aniliną. Dwudziestotrzechletnia położnica, gdy nadszedł termin opuszczenia kliniki, a nie miała widocznie gdzie umieścić się z dzieckiem, z rozpaczy otruła się aniliną, którą ukradkiem wzięła była z pracowni klinicznej. Wypiła ona około 10-ciu gramów aniliny. Po kilku godzinach zauważono objawy zatrucia: twarz i kończyny były ciemno-sine, oddech i tętno przyspieszone, źrenice rozszerzone. Chora wkrótce straciła przytomność. Przez cały dzień stan chorej nie zmienił się, chora była zupełnie nieprzytomna, oddech i tętno przyspieszone, ciepłota w ciągu dnia spadła do 35·7° C. W moczu, wypuszczonym cewnikiem w 14 godzin po otruciu, oraz we krwi, wykazano anilinę, toluidynę i pochodne tych ciał. Nadto wykazano w moczu próbą Gmelina obecność barwików żółci. Na drugi dzień choroby wystąpiła żółtaczka i obfite poty, przytomność zaś wróciła na czwarty dzień, a do zupełnego zdrowia przyszła chora dopiero po kilku tygodniach. Z objawów, spostrzeżonych przez Dehio, podnieść jeszcze należy: brak odruchów skórnych, powiększenie śledziony i wątroby, występowanie reakcyi Gmelina w moczu w ciągu pierwszych pięciu dni i w ciągu tychże dni charakterystyczne zabarwienie powłok skórnych, wystąpienie reakcyi Hellera w moczu na siódmy dzień, wskazującej na obecność w nim hemoglobiny, czego zresztą dowodziły również smugi oksyhemoglobiny przy widmowem badaniu moczu. Liczba czerwonych krwinek była znacznie zmniejszona, gdyż w siódmym dniu choroby wynosiła 2,700.000 w jednym sześciennym milimetrze; w jedenastym zaś dniu tylko 1.400.000. Dopiero w dziesiątym dniu nie wykazano hemoglobiny w moczu. Od tego czasu stan zdrowia chorej zaczął się znacznie poprawiać. Zdaniem Dehio objawy, jakie wystąpiły u jego chorej w ciągu pierwszych 24-ech godzin po zatruciu aniliną, przypisać należy bezpośredniemu działaniu analiny na ośrodkowy układ nerwowy. Do tych objawów należą: nieprzytomność, brak odruchów skórnych, wszystkich ruchów dowolnych, przyspieszenie tętna, zmiany w oddechaniu, obniżenie się ciepłoty ciała i obfite poty, jakie się pojawiły w 30 godzin po zatruciu. Te zaburzenia, zagrażające życiu chorej, ustąpiły na drugi i trzeci dzień choroby. Charakterystyczne zabarwienie skóry i błon śluzowych tłómaczy Dehio, przyłączając się do dawniej już wypowiedzianego poglądu Turnbulla, zamianą aniliny w ustroju na związek barwny, który nietylko ma się znajdować we krwi, ale przesiąkać również wszystkie tkanki ustroju. Żółtaczkę uważa Dehio za *icterus haematogenes*, gdyż w moczu, obok obfitych zawartości barwików żółci, znajdował tylko arcyskąpe ilości kwasów żółciowych. Znajdowanie w moczu barwików żółci, a później dopiero hemoglobiny, objaśnia Dehio w ten sposób, iż najprzód wskutek aniliny następuje nietylko rozpad czerwonych krwinek i wydzielenie z nich hemoglobiny, lecz także zamiana tej ostatniej w bilirubinę. Później, gdy już znaczna część aniliny wydzieliła się z ustroju, pozostała jej część wywołuje tylko rozpad czerwonych krwinek i przejście hemoglobiny do osocza krwi, lecz nie zamienia już hemoglobiny w bilirubinę. W ten sposób staje się zrozumiałem przejście żółtaczki w hemoglobinuryę, którą uważać należy za łagodniejszą postać otrucia. Z niewielu przypadków ostrego otrucia aniliną przytoczymy jeszcze kilka, więcej charakterystycznych. Starck w pracy p. t. „Ein seltener Fall von Anilinvergiftung", opisał przypadek ostrego otrucia właściwie nie aniliną, lecz parą toluidyny. Objawy były następujące: nieprzytomność, zupełna nieruchomość członków, ciemno-niebieskie, prawie czarne, zabarwienie warg i błony śluzowej ust, a obok tego nie spostrzegany dotąd objaw — silne napady bolesnego oddawania moczu (stranguryi). Smith spostrzegał przypadek ostrego zatrucia aniliną, który, tak jak przypadek Müllera, zakończył się śmiercią. Przypadek ten dotyczył 42-letniej pijaczki, która w 12 godzin po wypiciu trzech uncyi (90 grm.) atramentu do kreślenia, przeważnie składającego się z aniliny, umarła wśród objawów: nieprzytomności, silnej sinicy warg, bladości i nieznacznej sinicy skóry, zwolnienia tętna, słabych drgawek mięśni palców i słabego odczynu źrenic przy zachowanym odruchu rogówkowym. Pośmiertne badanie wykazało: przekrwienie mózgu i płuc, niebiesko-zielone zabarwienie osierdzia i krew ciemną. Frank i Beyer opisali ostre zatrucie aniliną u 52-letniej chorej, przebywającej w berlińskiej klinice chorób kobiecych, która przez nieuwagę wypiła 100 grm. 5% roztworu aniliny. Gdy inne chore to zauważyły, natychmiast przywołały lekarza, a ten w 10 minut po wypiciu przez chorą tego roztworu aniliny przepłókał jej żołądek. W godzinę potem skarżyła się chora na ogólną słabość i nudności. Wargi miała już wtedy cokolwiek sine, tętno i oddech prawidłowe. W trzy godziny potem, po wypiciu niewielkiej ilości wina, wystąpiły kilkakrotne wymioty, ciepłota zaś opadła do 35·8° C. Po upływie kilku następnych godzin pojawiły się wyraźna sinica, śpiączka i biegunka. Po 24-ech godzinach wszystkie te objawy ustąpiły. Autorowie wtedy dopiero zbadali krew widmowo i zauważyli w niej tylko smugi oksyhemoglobiny. Przy badaniu drobnowidowem krew żadnych zmian nie wykazała. Niedawno Brat ogłosił spostrzeżenia swoje nad robotnikami fabryki anilinowej, którzy podlegali otruciu. W lżejszych przypadkach ostrego otrucia aniliną zauważył Brat ból i zawroty głowy, oraz niepewny chód, jak u pijaków. W ciężkich przypadkach do tych objawów przyłączały się wymioty, duszność, zniesienie odruchów. Prócz tego uważał w cięższych przypadkach oziębienie kończyn. Do stałych i najwcześniejszych objawów, występujących w ostrem otruciu aniliną u ludzi zalicza Brat: tworzenie się methemoglobiny we krwi i obecność w moczu ciała, skręcającego na lewo (1—2%) płaszczyznę polaryzacyjną. W dwóch przypadkach stwierdził autor obecność cukru w moczu.

Wreszcie przytoczymy przypadek ostrego otrucia aniliną, który jeden z nas (Wrzosek) przed trzema laty spostrzegał, a którego dotąd nie opisano. Lekarka C., wychodząc z pracowni o godz. 5-tej po południu, zabrała z sobą buteleczkę z kroplomierzem, zawierającą około 30 gramów olejku anilinowego. Buteleczkę z aniliną owinęła w białą bibułę i schowała do kieszeni sukni z grubej materyi. Po kwadransie wróciła do domu i tam po pewnym czasie uderzył ją ostry, nieprzyjemny zapach. Sięgnąwszy do kieszeni po buteleczkę z aniliną, przekonała się, iż $^3/_4$ jej zawartości wylało się do kieszeni i że zapach, który poczuła, pochodził z parowania aniliny. Około 6-tej po południu zaczęła p. C. odczuwać senność i ociężałość. Ponieważ miała jednak tego dnia pilną robotę w publicznej bibliotece, przeto wyszła z domu o godz 7-mej wieczór, nie zmieniwszy sukni, która z wierzchu nie była zamoczoną. W bibliotece ogarniała p. C. coraz większa senność i dokuczał jej zapach aniliny. Gdy senność nie pozwalała już p. C. zrozumieć tego, co czytała, opuściła bibliotekę o godz. 9-tej wieczorem. Na ulicy uczuła niebawem ucisk w okolicy serca i ogólną słabość tak, iż pieszo nie mogła dalej iść. Siadła do tramwaju i pojechała do domu. W tramwaju te objawy ustąpiły, ale gdy zeń wysiadła, aby dojść do domu, znowu powróciły. Doszedłszy z trudem wielkim do domu, osłabła do tego stopnia, iż ani ręką ani nogą ruszyć nie mogła. Przytomność była zupełna, bólu głowy nie było, a tylko wstręt i obawa przed wszelkim ruchem. Natychmiast udzielono jej pomocy lekarskiej. Po zmienieniu ubrania ułożono chorą do łóżka. Tętno i oddech były prawidłowe, wargi, nos, palce — sine, niemal czarne; kończyny zimne, dreszcze. Przy próbie podniesienia głowy nastąpiło omdlenie. Chora, która wciąż była zupełnie przytomna, uskarżała się na brak powietrza; przez całą noc spać nie mogła, a każde dotknięcie i cokolwiek żywszy ruch sprawiał jej ból. Nazajutrz osłabienie trwało w dalszym ciągu, również sinica, a prócz tego wystąpiło żółte zabarwienie, bardzo wyraźne na białkówkach. Trzeciego dnia sinica znikła, ale chora z powodu osłabienia nie mogła jeszcze wstać z łóżka. Dopiero na dziesiąty dzień p. C. wyzdrowiała zupełnie. Drogą, którą dostała się anilina do ustroju w tym przypadku, podobnie jak i w przypadku Dunina, była zapewne skóra, a prócz tego w pewnej nieznacznej mierze płuca.

Na zasadzie przytoczonych wyżej przypadków, oraz opisów Boehma i Hirta, można przedstawić obraz ostrego zatrucia aniliną w sposób następujący: Po upływie pewnego czasu od otrucia, zazwyczaj od kilkunastu minut do kilku godzin, występuje osłabienie, zawroty i bóle głowy, senność, a czasem wymioty. Do tych objawów przyłączają się wkrótce niepokój, osłabienie i ból w kończynach, czasem drgawki mięśniowe, wreszcie otruty wpada w stan nieprzytomności. Czasem jednak chory może być zupełnie przytomny, jak w przypadku Dunina i naszym. Nieraz istnieje nadczułość na dotyk, częściej jednak znieczulenie. Z objawów przedmiotowych stale zauważyć się daje sinica warg, nosa, uszów, paznogci i błony śluzowej ust. Źrenice, tętno i oddech nie przedstawiają zmian stałych i charakterystycznych, natomiast stale stwierdzić można obniżenie ciepłoty, nieraz bardzo znaczne. Z innych objawów niestałych wymienić należy: methemoglobinę we krwi, barwiki żółciowe w moczu, hemoglobinuryę, znaczny rozpad czerwonych krwinek i obecność aniliny w moczu. Zatrucie kończy się zazwyczaj wyzdrowieniem; objawy zatrucia po kilku dniach znikają, pozostaje nieraz tylko przez pewien czas ogólne osłabienie. Przypadki z zejściem śmiertelnem znane są w piśmiennictwie, dotąd jest ich tylko dwa, mianowicie przypadek Müllera i Smitha*). Przewlekłe otrucie aniliną opisał Charvet. Obserwując robotników w jednej fabryce aniliny, zauważył u nich, jako następstwa przewlekłego otrucia aniliną: zawroty głowy, odurzenie, drgawki mięśniowe i słabość mięśniową w kończynach, nadczułość, znieczulenie, a czasem nerwobóle. Po pewnym czasie występowały uporczywe biegunki, nieżyt oskrzeli i osłabienie czynności płciowej. We krwi zmiany polegały na zmniejszeniu się liczby krwinek czerwonych i zwiększeniu się białych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału Dr. med. T. Dunina (Szpit. Dziec. Jezus w Warszawie).

O sprawności trawiennej treści żołądkowej.

Podał

Kazimierz Rzętkowski [1]).

W ostatnich czasach podano dwie łatwe metody określania sprawności trawiennej soku żołądkowego, względnie treści żołądkowej. Są to metody Hammerschlaga i Metta. Metoda Hammerschlaga polega na tem, że do dwóch probówek przyrządu Esbacha nalewamy po 10 ctm.³ 1% roztworu białka kurzego, który zawiera około 4‰ wolnego HCl. Do jednej z nich dolewamy następnie 5 ctm.³ soku żołądkowego lub przesączu treści żołądkowej, do drugiej zaś tyleż wody przekroplonej. Obie probówki stawiamy na godzinę do termostatu, poczem w obu określamy białko przy pomocy odczynnika Esbacha. Różnica w wysokości osadu w obu probówkach wykaże nam, ile białka uległo strawieniu w probówce z 5 ctm.³ soku, względnie przesączu treści. Metoda Metta, stosowana obecnie nietylko do badania pepsyny, ale i innych fermentów (Pawłow), jest nieco prostsza i praktyczniejsza; polega ona na tem, że do pewnej ilości soku żołądkowego wrzucamy rurki 1·5—2 mm. średnicy i 15—30 mm. długości, napełnione kurzem białkiem, ściętem we wrzącej wodzie. Po 24 godzinach (37°—38°) białko na końcach rurki ulegnie strawieniu. Różnica w długości słupka białka po upływie 24 godzin wykaże nam sprawność trawienną badanego środowiska. Rozmaici badacze, którzy stosowali metodę Metta (Linossier, Roth, Schorlemmer, Pawlow i inni) odzywają się o niej wogóle bardzo pochlebnie. Ma ona przedewszystkiem tę przewagę nad metodą Hammerschlaga, że określając przy jej pomocy sprawność trawienną danej treści, 1) nie potrzebujemy tej treści przesączać, i 2) nie zależymy od ilości wydobytej miazgi. Ileż to bowiem razy przy wydobywaniu treści żołądkowej otrzymujemy zaledwie jakieś 15—20 ctm.³ gęstej miazgi, w której musimy oznaczyć HCl, kwasotę ogólną itp.

*) Falck (Lehrbuch der praktischen Toxikologie, 1880) wspomina o 3-ech śmiertelnych przypadkach otrucia aniliną, spostrzeganych przez Hirta, Häusermanna i Schmidta, ale nie podaje ani żadnych bliższych szczegółów otrucia, ani źródeł, z których czerpał swe wiadomości o tych przypadkach.

[1]) Według odczytu w Tow. lek. warsz. d. 2—4 1903.

Czekać, zanim od tej miazgi odsączy się 5 ctm.³. niepodobna. W tych razach metoda Metta jest nieoceniona. Moje badania, z których obszerniej zdam sprawę na innem miejscu[2]), dowodzą, że pomiędzy sprawnością trawienną samej miazgi żołądkowej, a jej przesączu płynnego, nie znajdujemy przy pomocy metody Metta żadnej różnicy.

Metodę Metta stósowałem w ten sposób, że mając do czynienia z treścią bez wolnego HCl lub alkaliczną, podkwaszałem je przy pomocy $^1/_{10}$ norm. roztworu HCl aż do wystąpienia wyraźnego odczynu z „congo". Następnie wrzucałem rurki z białkiem, po 24 godzinach wyjmowałem rurkę z treścią i mierzyłem je na skali jednomilimetrowej, nie używając do tego lupy. Jestem zdania, że różnicy w granicach 1 mm. niepodobna tu nadawać większego znaczenia dla tego też większa ścisłość w mierzeniu słupka białka w rurce jest conajmniej zbyteczna.

Do badań używałem treści żołądkowej w godzinę po próbnem śniadaniu (bulka, szklanka herbaty bez cukru). Ten sposób badania obrałem umyślnie, jako klinicznie najprostszy i najłatwiej dający się odtworzyć. Oczywiście przed spożyciem śniadania przez badane osobniki przepłókiwałem im dokładnie żołądki.

Badając w ten sposób treść żołądkową osób zdrowych, znalazłem zgodnie z danemi Schorlemmera, że średnia sprawność trawienna prawidłowej treści żołądkowej wynosi przecięciowo 7—8 mm., *minimum 6*, *maximum 12 mm.*

Jednocześnie badanie treści żołądka co 10 minut od chwili spożycia pokarmu, przeprowadzone przezemnie na chłopcu z gastrostomią, przekonało mnie, że zdrowy żołądek osiąga to *maximum* sprawności trawiennej już po upływie 110 minut od chwili spożycia złożonego śniadania (250 mleka + miękisz z bułki + jajko + H_2O do 500.0), t. j. w chwili, kiedy w treści zaczyna się pojawiać wolny kwas solny. Badania dalsze nad tym samym chłopcem pouczyły mnie, że żołądek zdrowy oddziaływa wydzielaniem zdolnego do trawienia soku zawsze na wprowadzone doń pokarmy, niezależnie od jakości, t. j. składu chemicznego tych pokarmów. Tak n. p. po wprowadzeniu do żołądka chłopca jajka surowego, 50,0 skrobi + 200 H_2O, — 25,0 skrobi + 25 proszku mięsnego + 300 H_2O, sprawność trawienna wydobytej treści za każdym razem wahała się w wązkich granicach 7—7,5—8 mm. Powyższe badania przemawiają przeciw temu, jakoby sok żołądkowy, odnośnie do ilości swych składników zasadniczych (HCl, pepsyna) ulegał przystosowaniu się do pokarmów, wprowadzanych do żołądka (Pawłow). Dodając do soku żołądkowego NaCl *in vitro*, osłabiamy poważnie sprawność jego trawienną. Ściślejsze badanie tej sprawy przy pomocy określania Δ soku pouczyły mnie, że podnoszenie punktu zamarzania soku żołądkowego przy pomocy NaCl tem więcej osłabia jego sprawność trawienną, im większa będzie jego Δ.

Tak n. p. sok o HCl wolnym 26, kwas. og. 51 *(hypersecretio)*. Sprawność jego trawienna wynosi 14,5; Δ = — 0,49. Przy dodawaniu doń stężonego roztworu NaCl w wodzie (kroplami) okazało się:

		Δ		
Dodano	0 kropel	— 0,49	Spraw. traw.	14,5
„	2 „	— 0,68	„ „	11
„	8 „	— 1,08	„ „	10
„	16 „	— 1,16	„ „	8

[2]) Pamiętnik Tow. lek. warsz. r. b.

Jeżeli zamiast soli kuchennej do tego soku dodamy mocznika, to okaże się, że sprawność jego trawienna nie ulegnie osłabieniu. Okazuje się więc, że sama sól kuchenna, nie zaś powiększanie stężenia molekularnego wogóle, odgrywa tu rolę rozstrzygającą.

In vivo jednak sól kuchenna takiego wpływu nie wywiera. Okazuje się, że żołądek bardzo słoną treść daleko szybciej wydziela do kiszek, a prócz tego (prawdopodobnie drogą wydzielania H_2O) obniża stężenie molekularne bardzo słonej swej treści.

Do tego wniosku doprowadziły mnie *ad hoc* robione doświadczenia na wspomnianym wyżej chłopcu z gastrostomią. Tak n. p. d. 15-III wprowadzono mu do przepłókanego żołądka 100,0 mleka + jajko + H_2O *ad* 250,0; Δ tej mięszaniny = — 0,24. Po upływie godziny wydobyto 76 ctm. Δ = — 0,45. Sprawność trawienna = **6**.

D. 16-III wprowadzono w tych samych warunkach 100 mleka + jajko + H_2O *ad* 250,0 + 4,0 NaCl; Δ tej mięszaniny wynosiła — **1,34.** Po upływie godziny wydobyto **tylko 24 ctm.** Δ = **0,47.** Sprawność trawienna **5,5.**

Sprawność trawienna treści żołądkowej w raku żołądka bywa znacznie zmniejszona. Wynosi ona średnio 3 mm; *maximum* =6, *minimum* = 0. Zaznaczyć muszę, że bardzo rzadkie są te przypadki raka, w których sprawność trawienna wynosi 0. Stosunkowo najczęściej mamy sprawność trawienną 2, to jest taką, jaka w zdrowym żołądku bywa w 10 minut po spożyciu złożonego śniadania. Jeżeli do żołądka chorego na raka wprowadzimy pewną ilość HCl, stosunkowo dosyć znaczną, bo do 3,0 w 250—500,0 H_2O, to sprawność trawienna treści takiego żołądka nie ulegnie powiększeniu. Natomiast u zdrowego człowieka (chłopiec z gastrostomią) wprowadzenie do żołądka HCl (1 : 250 H_2O) pobudza błonę śluzową tegoż do szybszego wydzielania pepsyny — (znalazł to już dawno Jaworski) tak, że treść tego żołądka już w $^1/_2$ godziny po wprowadzeniu doń HCl osiąga swą maksymalną sprawność trawienną.

Okoliczność powyższa, po wszechstronniejszem jej ustaleniu oczywiście, mogłaby może znaleźć zastosowanie jako metoda rozpoznawcza w tych mianowicie przypadkach, gdzie idzie o odróżnienie *achyliae carcinomatosae* od upośledzenia wydzielania skutkiem innych czynników, niezłośliwych.

Nadto okoliczność powyższa dowodzi, jak mało wpływa na trawienie żołądkowe podawanie przez usta HCl. Więcej chyba wprowadzić do żołądka kwasu solnego, jak 3,0 (w 500 H_2O) na raz niepodobna! Mimo to nawet taka dawka nie wzmaga natężenia procesu trawienia w żołądku.

Fakt powyższy, że kwas solny, wprowadzony do rakowatego żołądka, nie „wyługowywa" z jego gruczołów trawieńcowych pepsyny, świadczy niewątpliwie o tem, że gruczoły te wogóle pepsyny nie zawierają, względnie zawierają jej bardzo mało. Osłabienie więc sprawności trawiennej w treści żołądka rakowatego spowodowane jest poprostu brakiem w niej pepsyny, nie zaś tem, że żołądek wydzielił pepsynę, ale ta już po wydzieleniu uległa mniej lub więcej zniszczeniu (n. p. skutkiem alkalicznego odczynu środowiska, nadmiaru w nim NaCl i t. p.).

Co się tyczy sprawności trawiennej przy wrzodzie żołądka, to w tych razach mamy do czynienia zazwyczaj

z poważnem jej wzmożeniem. Sprawność trawienna przy wrzodzie żołądka wynosi średnio 10—11 mm.; *minimum* 7, *maximum* 15—16 mm. Wogóle biorąc. w tych razach niepodobna przeprowadzić jakiegoś stałego stosunku pomiędzy ilością HCl wolnego i sprawnością trawienną.

Tak n. p. mamy takie przypadki, gdzie sprawność trawienna wynosi 14 mm. przy HCl wolnym 33 i odwrotnie — sprawność trawienna wynosi n. p. 9 przy HCl wolnym 65. Średnie liczby przeciętne dla normy; dla wrzodu, odnośnie do sprawności trawiennej i kwasoty ogólnej (w warunkach naszego badania NB.!), wykazują, że wogóle pomiędzy sprawnością trawienną i kwasotą ogólną zachodzi pewien związek.

Stosunek kwasoty ogólnej do sprawności trawiennej (43 : 8) wrzód żołądka.

Stosunek kwasoty ogólnej do sprawności trawiennej (63 : 10—11).

Na tej zasadzie możemy obliczyć, ile mianowicie kwasoty ogólnej wypada na 1 mm. sprawności trawiennej.

Norma: $\frac{43}{8} = 5{,}3$ średnio **5,5.**

Wrzód żołądka: $\frac{63}{10-11} = 5{,}8$

Znaczy to, że przy prawidłowem i równoległem wydzielaniu HCl i pepsyny (po próbnem śniadaniu!!) na każde 5,5 kwasoty ogólnej wypada 1 mm. sprawności trawiennej.

Badania wykazują, że mamy niejednokrotnie do czynienia z przypadkami, w których ten stosunek 1 mm : 5,5 ulega zakłóceniu. Mamy n. p. chorych, u których sprawność trawienna jest w i ę k s z a, niżby to z kwasoty ogólnej sądzić można. Tu zatem wydziela się więcej pepsyny, niż HCl: takie przypadki nazywam *hyperzymia gastrica*.

N. p. Mamy treść o kwasocie ogólnej 35. Jej sprawność trawienna według obliczenia powinnaby wynosić $\frac{35}{5{,}5} = 6.3 - 6{,}4$; wynosi zaś w istocie znacznie więcej, bo 11—12. Jest to przykład *hyperzymiae*. Odwrotnie, zdarza się często, że sprawność trawienna bywa mniejsza, niżby to z liczby kwasoty ogólnej można było sądzić. W takich przypadkach mamy do czynienia z upośledzonem wydzielaniem pepsyny w stosunku do HCl — *hypozymia gastrica*.

N. p. treść o kwasocie ogólnej 97.

Jej sprawność trawienna według obliczenia powinnaby wynosić $\frac{97}{5{,}5} =$ z górą 17,5; wynosi zaś w istocie **9.** Jest to przykład *hypozymiae*.

Powyższe uwagi pozwalają nam każdorazowo sięgnąć okiem głębiej do procesu trawienia żołądkowego i wydzielania poszczególnych składników soku żołądkowego. Rozszerzenie zaś powyższych pojęć *hyperzymiae* i *hypozymiae* do zakresu chorób nietylko żołądkowych, ale i innych (np. zakaźnych i t. p.), pozwoliłoby nam niewątpliwie zapoznać się dokładnie z tak niesłychanie ciekawą sprawą, jak kwestya wydzielania fermentów ustrojowych w zależności od rozmaitych czynników patologicznych.

III. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

IV. Etyologia.

O etyologii omawianego schorzenia ograniczyć się muszę do wypowiedzenia kilku tylko przypuszczeń. Nadmierna czynność psychiczna przy niedostatecznym wypoczynku i bezsennych nocach zdaje mi się tu być czynnikiem przyczynowym. Czynnik ten stwierdziłem w wywiadach u wszystkich moich pacyentów, szczególnie takich, którzy są w stanie mniejwięcej podać czas wystąpienia zaburzeń. Przy wzmożonej czynności kory mózgowej, podobnie jak przy spotęgowaniu funkcyi jakiegokolwiek innego narządu, następuje niezawodnie obfitszy przypływ krwi do mózgu, rozszerzenie naczyń mózgowych na koszt krążenia w innych narządach, np. w skórze. Jeżeli ten zmieniony podział krwi, spowodowany długotrwałem przeciążeniem psychicznem, bez odpowiedniego wypoczynku trwa dłuższy przeciąg czasu, to te wadliwe stosunki krążenia mogą przejść w stan niejako przewlekły tak, że już słaby bodziec, np. zadziałanie zimna na skórę, który zwykle sprowadza krótkotrwały skurcz naczyń skórnych, wywołuje długotrwały podobny stan w krwiobiegu. Oczywiście są to tylko przypuszczenia; wszak nie wiemy nawet, czy przy tem schorzeniu naczynia mózgowe nie są także w stanie skurczu.

W wywołaniu tej choroby możnaby przypisać współudział niektórym środkom podniecającym, które bywają często używane, szczególnie przy nadmiernej pracy, prowadzonej pomimo wystąpienia znużenia, a w pierwszej linii tym środkom, które wywołują skurcz w narządzie krążenia. Mam tu na myśli przedewszystkiem te, które zawierają kofeinę i inne podobnie działające substancye, jak kawa i herbata, wywołujące skurcz naczyń przez drażnienie ośrodków naczynioruchowych, podczas gdy przeciwnie inne środki podniecające, jak alkohol i nikotyna, rozszerzają naczynia, stanowiąc tym sposobem pewną ochronę przeciw temu schorzeniu. Ztąd też prawdopodobnie wynika, że osoby, używające obficie nikotyny i alkoholu, pomimo nawet nadmiernego przeciążenia psychicznego nie ulegają wcale temu schorzeniu, albo tylko w małym stopniu, zależnie od tego, jakie czynniki przeważają. Łatwo zrozumieć, że wskutek długoletniego codziennego używania wywołującej skurcz naczyń kofeiny, bez równoczesnego używania pożywek wręcz odmiennie działających, ten skurcz naczyń staje się niejako przewlekłym. Ośrodki naczynioruchowe, wprowadzane przez długie lata (wskutek używania kofeiny) w stan — powiedzmy — kurczowy, zatrzymają ten stan, pozbywają się go z trudnością i przy lada bodźcu popadają weń znowu. Stany neurasteniczne, wywoływane, jak podają farmakolodzy, przez długo, trwałe używanie kofeiny, nie są, zdaje mi się, niczem innem jak tem opisywanem tu schorzeniem, dotyczącem w pierwszej linii narządu krążenia. Jeżeli objaśnienie to jest słuszne, wtedy okazałoby się, jak wielkimi codziennymi wrogam, ludzkości są kawa i herbata, i byłby już najwyższy czasi aby środki te usunąć, jako pożywki z codziennego użycia.

Jeżeli się walczy przeciwko alkoholowi, jako pożywce, zapominać nie należy, że po usunięciu alkoholu powstanie używanie kofeiny, która wtedy bez swojej odtrutki tem większe szkody wyrządzać będzie. T. zw. „kawa Knejpa“ może, zdaniem mojem, w zupełności zastąpić zwykłą kawę. Niestety nie posiadamy dotąd żadnego środka, któryby mógł zastąpić herbatę. W tym kierunku otwiera się wdzięczne pole dla wynalazczych dobroczyńców ludzkości.

W każdym razie nie należy uważać schorzenia, o którem mowa, za zatrucie kofeiną: pierwszy mój pacyent nie pije, jak już wspomniałem, od lat 10 kawy, herbaty i czekolady. A nawet zdaje mi się, że zaprzestanie używania kofeinowych pożywek jest jednym z warunków powstania zupełnie typowego obrazu chorobowego, jak go przedstawia ten pacyent. Używanie kofeiny zaciera nieco obraz chorobowy, gdyż kofeina, aczkolwiek zwęża naczynia, równocześnie podnieca akcyę serca. Wzmożona czynność serca, przezwyciężająca opór skurczonych naczyń, niedopuszcza do powstania zaburzeń w krążeniu i odżywianiu, jak żylność krwi, duszność, podwyższona wydzielina oskrzelowa, zimna skóra, a nawet spieczone wargi, obłożony język itd. itd. Zdawałoby się, że w takim razie należy owszem polecać używanie pożywek kofeinowych. Tymczasem rzeczywistość przeczy temu, okazując, że najważniejszy objaw w tem schorzeniu, zaburzenia psychiczne, nie tylko się nie zmniejsza, lecz owszem ciągle wzrasta. Fakt ten, zdaje mi się, tłomaczyć należy w następujący sposób: kofeina wprawia ośrodki naczynioruchowe w stan ciągłego, powiedzmy, napięcia skurczowego, obniża więc w narządzie naczyniowym zdolność rozszerzania się. Niedostateczna zaś rozszerzalność naczyń skórnych sprowadza niedostateczne wydzielanie przez skórę produktów przemiany materyi, które, nie będąc należycie wydzielone, wywolują zatrucie ustroju, a w pierwszej linii, kory mózgowej. Przypuszczenie to tem mniej ma pretensyi aby zostało przyjęte, że opiera się na niedostatecznie zbadanym fakcie wydzielania przez skórę produktów przemiany materyi.

Obok wymienionych dwóch czynników etyologicznych i inne grają niezawodnie rolę, np. niedostateczne odżywianie, szczególnie w czasie wzmożonej czynności psychicznej, naduczycia płciowe, jak samogwałt, tudzież obciążenie dziedziczne. U pacyentów naszych stale stwierdzam nerwowość w rodzinie. Trudno atoli powiedzieć, w jakim kierunku dziedziczne obciążenie nerwowe odgrywa tu rolę, czy np. chory już od dzieciństwa ma narząd naczyniowy skłonny do tego zaburzenia, czy też przyniósł z sobą na świat usposobienie do spotęgowanego życia uczuciowego (jaką mają np. histerycy), a to zaś dopiero z czasem, przy odpowiednich warunkach, sprowadzić może schorzenie narządu naczynioruchowego, czy wreszcie i jedno i drugie ma miejsce.

V. Przebieg.

Jeżeli pacyenci żyją w złych warunkach, niedostatecznie się odżywiają, mają zimne mieszkanie, nie posiadają ciepłej odzieży, nie mogą się wysypiać, itd., to powoli niszczeje całe ich życie umysłowe, a ponieważ razem z tem idzie zupełny zanik chęci do pracy, najczęściej jednocześnie upadają i społecznie. Chorobę tę zakończa zwykle psychoza, którą cechują opisane głębokie i trwałe zmiany. Psychoza ta, o ile mi się zdaje, należy do rzędu Kraepelinowskiego przytępienia umysłowego *(hebephrenia)* w wczesnem niedołęstwie umysłowem *(dementia praecox)*, ma bowiem kilkanaście wyżej wymienionych objawów, stwierdzanych stale również w przytępieniu umysłowem *(hebephrenia)*.

U chorych zamożnych do zmian tych prawie nigdy nie dochodzi. Pobyt w ciepłych krajach, ciepłe mieszkanie i odzież, możliwość dowolnego zaspakajania potrzeby snu, przyjmowanie częstych kąpieli gorących itd. itd., wszystko to jest niczem innem, jak tylko leczeniem symptomatologicznem, niedopuszczającem do większych zmian, a nawet mogącem sprowadzić istotną poprawę. Oprócz tego działające przyczynowo środki, jak alkohol i nikotyna, wywołujące rozkurcz naczyń, bywają używane przez tych pacyentów w codziennem życiu. Pacyenci ci zwykle zwracają się do lekarza z powodu kurczowego zaparcia stolca, dalej z powodu duszności, częstego osłabienia ogólnego, lub z powodu nerwowości.

VI. Rozpoznanie.

Z cech rozpoznawczych omawianego schorzenia na pierwszem miejscu wymienić wypada wyżej opisany objaw dermograficzny, niezwykle powolne, atoli nadzwyczaj silne i długotrwałe oddziaływanie. Objaw ten bezpośrednio wskazuje na zaburzenia w układzie naczynioruchowym. Występuje on tak w stanie prawidłowym, jak i nieprawidłowym pacyenta, może tylko w tym ostatnim nieco w słabszym stopniu. Z innych ważniejszych objawów wymienić należy — występujące od czasu do czasu (w stanach nieprawidłowych) kurczowe zaparcie stolca, żylność krwi, duszność, zwiększoną wydzielinę z dróg oddechowych charakterystyczne skaczące, krótkie tętno, około 90 uderzeń na min., spieczone wargi, woń z ust tudzież obłożony język, bladą chorobliwą skórę na twarzy i rękach, szerokie źrenice, oraz opisane zaburzenia w sferze umysłowej. Jako zupełnie pewny objaw wysokiego stopnia tej choroby uważam stwierdzenie chłodnej skóry na piersiach (szczeg. w okolicy sutków) w czasie stanu nieprawidłowego. Sine wargi są objawem, wpadającym w oczy nawet z oddalenia. Sinica warg bez organicznej choroby serca, tudzież bez większego jakiegoś schorzenia płuc, musi odrazu naprowadzać na domysł, że się ma do czynienia z chorobą, o której mowa. Należy zauważyć, że obraz choroby może być niekiedy zatarty. W tym względzie używanie przez pacyenta kawy i herbaty odgrywa wielką rolę. Pod wpływem kofeiny zmienia się charakter tętna. Wzmożona przez kofeinę czynność serca nie dopuszcza do powstania zaburzeń w krążeniu, ani w odżywianiu. Pozostaje nam wtedy z zaburzeń cielesnych tylko głównie dermografia i rozszerzone źrenice. Rozpoznanie opierać się musi wtedy na zdobyczach wywiadów, przedewszystkiem zaś objawów w sferze umysłowej. Zaprzestanie picia kawy przez kilka dni, lub dłuższy czas trwające działanie zimna na pacyenta, dostarczają więcej typowego obrazu chorobowego.

Ponieważ przy rozpoznaniu tej choroby odgrywają wywiady tak wielką rolę, pragnę wypowiedzieć parę uwag w tym kierunku. W wynikach wywiadów należy odróżniać dwie rzeczy — z jednej strony podania pacyentów o zdarzeniach i faktach, z drugiej zaś podawane przez nich oceny tych faktów i ich objaśnienia, tj. sądy o stosunkach między faktami. Podział ten jest bardzo dobrze znany w logice. O ile objaśnienie i oceny, jakie pacyenci podają odnośnie do zdarzeń, nie mają prawie żadnej wartości i nie zasługują

na większą uwagę, o tyle inaczej ma się rzecz z uwagami, jakich nam udzielają pacyenci o samych faktach, tj. o objawach chorobowych. Stwierdzenie faktu wymaga tylko takich zdolności, jak widzenie, słyszenie i wogóle spostrzeganie, tj. zdolności, właściwych wszystkim ludziom. Spostrzeżenia te bywają błędne tylko w przypadku omamów zmysłowych. Dlatego można śmiało mieć pewne zaufanie do tego rodzaju uwag anamnestycznych, które zawierają same tylko spostrzeżenia faktów, a nie objaśnienia i oceny tych faktów. Starać się tylko należy, aby pacyent wypowiedział spostrzeżenie swoje dokładnie, tj. należy zapobiedz w nich omyłkom pamięciowym, oraz pochodzącym ze złego używania przez pacyenta wyrazów dla nazwania tego, co spostrzegał.

VII. Ocena sądowo-lekarska.

Omawiana tu choroba posiada pewne znaczenie sądowo-lekarskie, a to ze względu na występujące w niej zaburzenia psychiczne. Pod względem sądowo-lekarskim chorzy nasi należą par excelence do t. zw. „przypadków granicznych“ (między chorobą a zdrowiem): 1) nieprawidłowo wzmożone życie uczuciowe pacyentów nie pozostaje bez wpływu na ich sąd i postępowanie. Jednostronne oceny ujemne, tudzież otwarte ich wypowiadanie z powodu braku panowania nad sobą, przywodzą często pacyentów przed trybunał z powodu wyrządzonej obrazy. Wzmożenie drażliwości pacyentów prowadzi ich często do sporów; a strach paniczny, zniechęcenie do wszystkiego itd., mogą pociągnąć również za sobą czyny, sprzeczne z ustawami. 2) Zmiany głębsze powstające zwolna w organizacyi umysłowej tych chorych, jak zupełna utrata chęci do pracy, zanik zdolności do postanowień, przewrotność w sferze płciowej itd., wywierają przemożny wpływ na postępowanie i sferę myślową pacyentów. W przypadku pierwszym, w którym idzie o wzmożone życie uczuciowe, należy uwzględnić dwie okoliczności: z jednej strony, że pacyenci znachodzą się często także w zupełnie prawidłowym stanie, z drugiej zaś, że gdy pacyent znajduje się w afekcie z powodu jakiegoś przedmiotu, a wykonuje postępek jakiś względem innego przedmiotu, postępek ten może być zupełnie prawidłowy.

W przypadku drugim, w którym idzie o zmiany głębsze w życiu psychicznem, musi być uwzględniony w każdym przypadku przedewszystkiem stopień tych zmian.

Wszystko to sprawia, że ocena sądowo-lekarska omawianej choroby jest niełatwa i nie może być z góry wyłożona. Każdy przypadek musi być indywidualizowany i oceniany oddzielnie.

VIII. Leczenie.

Stwierdziwszy związek, zachodzący pomiędzy poszczególnymi objawami, tudzież istotę schorzenia, nie trudno już jest ustanowić terapię. Ponieważ punktem wyjścia dla reszty objawów jest schorzenie układu naczyniowego, niedostateczne rozkurczanie się i skłonność do stanu kurczowego odnośnych ośrodków naczynioruchowych, przeto pierwszem wskazaniem w leczeniu tych pacyentów jest, po zupełnem usunięciu, rozumie się, wszystkiego, co ową skłonność do skurczu ośrodków powiększa, a więc przedewszystkiem picia pożywek, zawierających kofeinę, znosić napięcie odpowiednich ośrodków nerwowych. Jest wiele środków, wywołujących takie działanie; tu zaliczamy grupę chloroformu, chloral, paraldehyd, *Chloralum formamidatum* itd. Nie należy zatoli zapominać, że dłuższe używanie tych przetworów wpływa ujemnie na krew, która i tak zbyt zdrową u naszych pacyentów nie jest. Nikotyna sprowadza w drugim okresie działania rozszerzenie naczyń obwodowych skóry; alkohol zaś obniża czynność ośrodków naczynioruchowych i rozszerza naczynia obwodowe. Doświadczenie poucza, że należy mieć wielki wzgląd na serce pacyentów, które jest w wysokim stopniu osłabione. Z tego względu, szczególnie w razie stosowania przytoczonych przetworów, wpływających ujemnie na serce, należy równocześnie wzmacniać jego akcyę. Środkiem, nie działającym ujemnie na serce, a przeto bardzo godnym polecenia, jest makowiec. Silne (bardzo) natryski wodne działają również bardzo dodatnio. Polecam szczególniej w początkach kuracyi używać do tych natrysków ciepłej wody bądź wyłącznie, bądź naprzemian z zimną. Za osiągnięty cel natrysku uważać należy stan, gdy skóra na całem ciele pacyenta ulegnie zaczerwienieniu. Ze względu na bardzo silne działanie tego zabiegu należy go stosować w początkach raz na 2—3 dni, później można wykonywać go częściej. Doświadczenia własnego co do pożyteczności innych zabiegów nie posiadam. Paromiesięczne spostrzeżenia nad działaniem strychniny przekonały mnie że środek ten wielkiej doniosłości w terapii tego schorzenia nie ma. Oprócz wymienionych zabiegów i przetworów, działających bezpośrednio na układ nerwowy narządu krążenia, można równocześnie stosować środki, wpływające w pierwszym rzędzie na skórę i wywołujące w niej rozszerzenie naczyń, jak ogrzanie skóry, nacierania, t. zw. kąpiele słoneczne, kąpiele ciepłe z nacieraniem itd., oraz inne środki drażniące skórę. Leczenie to dotyczy tylko zakresu, który stanowi punkt wyjścia w całem schorzeniu.

Co się zaś odnosi do innych objawów w tem schorzeniu, to te można również zwalczać odpowiednimi lekami. Serce można wzmacniać środkami sercowymi, wybierając z nich te, które nie kurczą równocześnie naczyń obwodowych, jak kofeina. Stosowanie okładów wysychających na brzuch wpływa dodatnio nietylko na wypróżnienia, ale w pewnej mierze także i na cały stan chorego.

Więcej zawiłe jest usunięcie zaburzeń w sferze umysłowej. Ze środków podnoszących funkcyę kory mózgowej pozwolę sobie podnieść szczególnie miód pszczelny do spożywania, którego działanie na czynność umysłową wielokrotnie miałem sposobność stwierdzić. Miód działa na korę mózgową dosyć silnie; spożyty w znaczniejszej ilości naraz jest w stanie nawet wywołać pewne podniecenie połączone z uczuciem niepokoju.. Miód podnosi wszystkie czynności intelektualne (spostrzeganie, pamięć itd.), nie dozwala występować uczuciom na plan pierwszy. Z tego powodu jest ważny w tych stanach podnieceń, w których czynności umysłowe (spostrzeganie, pamięć, myślenie) są obniżone. Jeżeli pacyent ma wziąść udział w towarzystwie, lub ma mieć jakiś występ, wymagający pełnych władz umysłowych, tudzież panowania nad sobą, należy mu polecić wtedy spożycie 2 lub 3 łyżeczek dobrego miodu pszczelnego. W pewnym stopniu cukierki, o ile zauważyłem, zastąpić mogą używanie miodu.

Do najważniejszych środków, doprowadzających stan psychiczny pacyentów do równowagi, szczególnie zaś usuwających te objawy, które określiliśmy, jako trwałe i głębiej sięgające zaburzenia w organizacyi umysłowej, należy wzmożone pocenie się skóry, oraz jak najdłuższy sen. Pocenie się wywołuję nie przez wpływ na gruczoły potne, lecz

przez działanie na skórę od zewnątrz. Do tego służą łaźnie, przebywanie w bardzo ogrzanym pokoju, wygrzewanie się przy piecu, w słońcu, bardzo ciepła odzież, mokre zawijania, szybkie wilgotne zimne natarcia całego ciała i ciepłe przykrycie się w łóżku itd. itd. Najłatwiejszem jest dla pacyenta, po natarciu skóry, przykrycie się bardzo ciepłe w łóżku, albo położenie się wprost w ciepłem ubraniu do łóżka i bardzo ciepłe przykrycie się.

Drugim środkiem, niemniej skutecznym, jest długi sen. Na brak snu pacyenci tak są wrażliwi, że niedospanie paru godzin czyni ich na cały dzień niezdolnymi do pracy umysłowej, pociąga za sobą utrudnienie myślenia, przytępia pamięć, sprowadza zupełną niechęć do wszelkiego zajęcia się i czyni łatwo pobudliwymi w kierunku uczuciowym. Pacyenci powinni spać jaknajwięcej. Oprócz snu nocnego należy im polecać codzienną drzemkę poobiednią. Przeszkodą wielką jest to, że pacyenci bywają często podnieceni i z tego powodu nie mogą zasnąć. Najczęściej zaś zdarza się tak, że pacyenci budzą się ze snu wcześniej, niż to dla ich stanu prawidłowego jest wskazane, i będąc w stanie podniecenia, pomimo znużenia, nie mogą dalej usnąć. W obu przypadkach bezsenności stosuję zalecone od niedawna szybkie obtarcie całego ciała zmoczonym w zimnej wodzie ręcznikiem, następnie natychmiastowe położenie się do łóżka i jaknajcieplejsze przykrycie się. Po $^1/_4$—$^1/_2$ godziny, jeżeli sen nie następuje, należy powtórzyć to postępowanie. Zwykle, jeśli nie za drugim, to za trzecim razem nastąpi sen. Ponieważ w tem schorzeniu ma miejsce ospałe oddziaływanie nerwów naczynioruchowych, dobrze jest przed wyżej opisanem postępowaniem natrzeć nieco skórę. Jako środki pomocnicze do łatwiejszego sprowadzenia snu polecam czytanie, rachowanie, uczenie się na pamięć wierszy, obcych słów i t. p., o ile to jednak przedstawia dla pacyenta jakiekolwiek zainteresowanie, nie powodując jednakże podniecenia. Czytanie lub uczenie się czegoś zupełnie obojętnego nie wzbudza w pacyentach dostatecznej chęci i wytrwałości do tej czynności. Oblewanie głowy zimną wodą sprowadza także uspokojenie i również, jako środek nasenny, może być stosowane. Podobnież nakrycie głowy, n. p. poduszką, sprowadza także szybszy sen. Wszystkie te środki stosowane być mogą przez samego pacyenta i nie wymagają większego zachodu, jak np. ciepłe kąpiele, które również działają nasennie. Środki te czynią zbędnem stosowanie leków nasennych. Sen poobiedni następuje łatwo, jeżeli podczas obiadu pacyent uniknął wszelkiej sposobności do podniecenia się; w razie zaś, gdy ono nastąpiło, parokrotne zlanie głowy zimną wodą tudzież nakrycie jej, np. poduszką, zazwyczaj wystarczają do sprowadzenia snu. Byłoby zbyt kłopotliwem dla pacyenta nacieranie i zmywanie całego ciała także i popołudniu, a jest to zresztą zwykle zbyteczne przy stosowaniu opisanego prostszego postępowania.

Pozostaje mi jeszcze dodać kilka uwag, dotyczących leczenia. Dobrze jest, aby pacyent przez parę tygodni leczenia pozostawał w łóżku; powinien on unikać wszelkich szkodliwych wpływów, szczególnie zaś podniecenia się uczuciowego. W tym ostatnim celu należy pouczyć i upomnieć pacyentów, ażeby całą siłą woli starali się panować nad sobą i unikali sposobności do podniecenia, co jednak przychodzi im bardzo trudno, gdyż z jednej strony mają osłabioną wolę, z drugiej zaś lubią rezonować i rozprawiać. O zupełnem zaprzestaniu picia pożywek, zawierających kofeinę, nadmieniłem wyżej. Rozumie się, że odżywienie ogólne pacyentów powinno być jak najstaranniejsze. Pod tym względem zwracać należy uwagę przedewszystkiem na dostateczne napełnianie żołądka, co atoli, wskutek towarzyszącego zwykle stanom podniecenia braku łaknienia, nie jest łatwe. Smaczne przyrządzanie potraw, oraz ciągłe odmiany, mają, jak wiadomo, ten skutek, że nawet przy nieznacznem łaknieniu jest się w stanie zjeść większą ilość. Wielokrotnie zauważyłem, że siada się do stołu bez apetytu, w stanie nieco podnieconym, po 2 daniach odczuwa się nasycenie i jest się dalej podnieconym. Gdy atoli następne danie jest szczególnie smacznie i zachęcająco przyrządzone i podane, dostaje się znowu łaknienia, a równocześnie też znika podniecenie. Najlepiej jest, rozumie się, jeżeli leczenie odbywa się w zakładach, jako mających wszelkie odpowiednie ku temu urządzenia.

Odnośnie do pacyenta, o którym mowa, to ten, dzięki leczeniu, przeprowadzonemu na zasadach wyżej przedstawionych, jest już na wyleczeniu zupełnem. O dawnych zmianach, które zachodziły między stanem prawidłowym a nieprawidłowym, nawet mowy niema. Powróciła mu w zupełności nie tylko zdolność, lecz i chęć do pracy. Wróciła też równowaga, nie doznaje on żadnego z opisanych stanów psychicznych. Oziębienie tułowia i skurcz naczyń nie tylko nie powstają same, lecz ich wywołać nie można żadnymi sposobami. Zamiast dawnych 2—3 ciepłych koszul, noszonych nawet w lecie, przy 24° C., chodzi pacyent przy 10° C., a nawet 5° C. w jednej lekkiej (płóciennej), przyczem doznaje najlepszego ogrzania skóry. Tylko jeszcze w pewnych warunkach powstaje ochłodzenie skóry kończyn dolnych, oraz istnieje nieznaczny objaw dermograficzny. To też leczenie trwa dalej. Twarz pacyenta nabrała cery czerstwej i zdrowej, co także zauważyło całe otoczenie. Sinienia warg i żołędzi prącia ani też objawów zastoinowych nigdy już nie bywa. Język nie obłożony, znikła również przykra woń z ust. Zaparcie kurczowe żywota zupełnie ustąpiło. Stolec pojawia się regularnie, co dzień, bez sztucznej pomocy; kał jest prawidłowej zbitości i w obfitej ilości. Wiatry oddaje pacyent prawidłowo, nie potrzebuje on stosować nocnych okładów wysychających na brzuch, ale nadto zaprzestał nosić rozgrzewające opaski brzuszne, bez których dawniej obyć się nie mógł. Napięcie w mięśniach nie występuje nigdy, ani też wzmożone wydzielanie śliny. Mowa pacyenta nie zdradza teraz nienaturalnego patosu. Na brak snu nie jest on zbyt wrażliwym, tudzież obecnie potrzebuje o wiele mniej spać; popołudniu drzemek zaprzestał, nie są mu potrzebne gdyż bez nich funkcyonować może dobrze przez cały dzień; w nocy śpi najwyżej 8 godzin, więcej nie jest w stanie; niedospanie kilku godzin, a nawet całej nocy, prawie nie daje się odczuć pacyentowi i nie obniża jego funkcyj umysłowych; pacyent zasypia bardzo łatwo; stwierdza on sam, co uznaje całe otoczenie, że powrócił do zdrowia. (C. d. n.).

IV. Wyciągi.

Engelmann. **Nieco o tak zwanym fizyologicznym rozczynie soli kuchennej.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 4, 1903). Fizyologiczny rozczyn soli kuchennej (0,6% NaCl), jak go dotychczas powszechnie nazywano, jest to płyn, który działać

ma obojętnie na ciałka czerwone krwi zwierzęcej i ludzkiej, a więc powinien być z surowicą krwi izotonicznym. By płyn taki rzeczywiście odpowiadał swemu celowi, musi być także z surowicą krwi izoosmotycznym, gdyż ciałka czerwone krwi na płyny o innych własnościach osmotycznych bezwzględnie oddziaływują. Zdaniem wielu autorów płynem izotonicznym z surowicą krwi zwierząt ssących, w którym ciałka czerwone krwi nie zmieniają swej objętości i znajdują się w równowadze osmotycznej, jest rozczyn wahający się około 0,9% soli kuchennej; w rozczynach silniejszych kurczą się ciałka czerwone krwi, w słabszych pęcznieją, a nawet rozpuszczają się (woda przekroplona). Udowodnić to można, 1) zapomocą hematokrytu (centryfugi dla krwi), gdzie słupy krwi i rozczynu 0,9% soli kuchennej z tą samą ilością ciałek czerwonych są równe; 2) oznaczeniem punktu marznięcia: tak surowica krwi, jak i 0,9% rozczyn mają ten sam punkt marznięcia 0,56°. Badania mikroskopowe wykazują nadto, że największym zmianom ulegają ciałka czerwone krwi w rozczynie fizyol. 0,6%. Mikulicz przestrzega przed używaniem rozczynu 0,6—0,75% przy przemywaniu jamy brzusznej po laparotomiach, a radzi używać rozczynów silniejszych. Kocher zaś poleca do płynu Schleicha 0,8% rozczyn soli, który wraz z kokainą ma prawie ten sam punkt marznięcia, co krew. Należałoby rozczynowi 0,9% nadać nazwę; Grawitz nazywa go „tak zwanym rozczynem fizyologicznym“. *B. Żmigród.*

Schindler. **Przypadek wynaczynienia chłonicznego po podskórnym urazie uda.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 6). Wynaczynienia te powstają przy zadziałaniu ucisku mniej więcej stycznie na skórę, która wtedy oddziela się od powięzi powierzchownej i przez przesunięcie się na twardym przedmiocie (np. na szynie) następuje przerwanie małych naczyń chłonnych. W przypadku autora u chorego, przesuwacza wagonów kolejowych, wskutek osunięcia się wzdłuż szyny wystąpił pod skórą na udzie prawem w pewien czas po wypadku guz chełboczący, większy od pięści. Nakłócie próbne dało czystą chłoń, którą wypompowano w ilości 100 ctm.³, a jamę przestrzykano 1% karbolem i solą kuchenną. Po krótkim jednak czasie płyn się znów nagromadził, wskutek czego guz ten nacięto i wysączkowano. Dotychczas nowego nawrotu nie było. *B. Żmigród.*

Strauss. **Nowa automatyczna strzykawka dla znieczulenia infiltracyjnego lub innych celów.** (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1903, Nr. 7). Strzykawka ma z boku na szczycie otwór, zaopatrzony wentylem, który można połączyć rurką gumową z naczyniem, wypełnionem płynem znieczulającym; przy naciągnięciu strzykawki płyn wlewa się do powstałej próżni, a przy wypychaniu tego płynu w tkanki wentyl zamyka boczny otwór tak, że płyn z powrotem do flaszki wrócić nie może. Zalety tej strzykawki są te, że nie trzeba ustawicznie naciągać płynu i zdejmować igły, że można znieczulać bez potrzeby pomocników nawet w godzinie ordynacyjnej. Nadaje się ona także do wstrzykiwania znaczniejszych ilości surowicy lub fizyolog. rozczynu soli kuchennej. *B. Żmigród.*

Treupel. **Operacyjne leczenie niektórych chorób płuc.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). U chłopaka dziedzicznie nie obciążonego rozwinęło się powoli schorzenie płuc, które dawało objawy ropnia płucnego, względnie zgorzeli. Badanie dokładniejsze wykazało w obrębie płatu prawego i średniego przestrzeń, wypełnioną powietrzem lub płynem. Nakłócie próbne dało zamiast oczekiwanej ropy płyn surowiczy, jałowy. Po krótkim czasie zmienił się płyn ten na cuchnący, posokowaty, zmięszany z powietrzem z powodu przebicia tego ropnia. Przystąpiono do operacyi, która sprowadziła czasowy dobry wynik. Autor jest zdania, że nawet wobec płynu surowiczego w jamie opłucnowej powinno się operować tego rodzaju schorzenie płuc, gdyż płyn surowiczy jest następstwem zapalenia odczynowego opłucnej, podobnie jak przy ropieniach w blizkości stawów powstaje początkowo wysięk surowiczy. *B. Żmigród.*

Rommel. **Soxhleta cukier odżywczy w terapii odżywczej chorych osesków.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 6, 1903). Jeżeli mamy podawać oseskom mleko krowie, musimy rozcieńczyć wodą w stosunku 1: 3, a to dlatego, że białko w mleku krowiem w suchej substancyi znajduje się w stosunku 1: 4, w mleku kobiecem 1: 12. W rozcieńczeniu tem odsetek białka równa się odsetkowi w mleku kobiecem, ale za to za mało jest tłuszczu i węglowodanów. Aby braki te uzupełnić, należy dodać cukru Soxhleta, który nic nie zawiera białka, a za to w równej ilości maltozę i dekstrynę, a nadto małą domieszkę rozpuszczalnych soli wapniowych i soli kuchennej. Działanie czyszczące maltozy znosi znajdująca się w równej ilości dekstryna. Autor podawał cukier ten dzieciom zdrowym jako domieszkę do rozcieńczonego mleka, a nadto w 36 przypadkach dzieciom, dotkniętym cierpieniem przewodu pokarmowego, bądźto w stanie ostrym, bądź w przewlekłym. Leczenie rozpoczynał ścisłą dyetą przez 24 lub 48 godzin, to jest podawał wodę białkową, słabą herbatę z sacharyną, następnego dnia mieszaninę mleka z 10—20% rozczynem cukru w stosunku 1: 2, obliczając na kilo wagi oseska na dobę 150—200 grm. tej mieszaniny, podanej po należytem przegotowaniu w 5—6 porcyach. Z chwilą zastosowania tego sposobu żywienia zmniejszała się zaraz częstość wymiotów, stolce stawały się żółte, oddziaływały obojętnie lub alkalicznie i były nie cuchnące. Przy dłuższem używaniu cukru odżywczego Soxhleta występujące czasami zaparcie stolca usuwa dodany cukier mleczny, lub mięsienie brzuszka. *P.*

Hahn (Wiedeń). **W sprawie częstości i etyologii ciąży trąbkowej.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 6). Wnioski autora są następujące: 1) Rzeżączka jest bezwątpienia najczęstszą przyczyną ciąży zamacicznej. 2) Ciąża zamaciczna zdarza się dlatego częściej tam, gdzie i rzeżączka się zdarza, t. j. w wielkich miastach. 3) Liczba przypadków ciąży zamacicznej zdaje się wzrastać w ostatnich latach. Przyczyny tego zjawiska polegają po części też na wydoskonaleniu się lekarzy w rozpoznawaniu i leczeniu ciąży trąbkowej w ostatnich latach. Ciąża zamaciczna nie jest zatem tak rzadką chorobą, za jaką przez długi czas uchodziła, lecz należy do częściej zdarzających się chorób kobiecych. 4) Wyniki leczenia ciąży zamacicznej, tak operacyjnego jak i zachowawczego, są bardzo dobre tak, że niebezpieczeństwo tej ciąży, uchodzące do niedawna za bardzo wielkie, stanowczo się zmniejszyło i w przeważnej liczbie przypadków można rokowanie uważać z góry za pomyślne. 5) Najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciw ciąży trąbkowej jest przeto ochrona przed zakażeniem rzeżączkowem. *Dr. Fels.*

Sihle (Odessa). **Przyczynek do patologii i terapii dychawicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4, 1903). Nader wyczerpująco zastanawia się autor nad istotą dychawicy, dochodząc wreszcie do wniosku, że mamy tutaj do czynienia z nerwicą narządu oddechowego i krążenia. W szczególności zaś tak w dychawicy samej, jak i w skłonności do niej odgrywają pierwszorzędną rolę 4 najważniejsze czynniki: *a*) wzmożone napięcie (hypertonus) mięśni gładkich oskrzeli, a więc skłonność do kurczów oskrzeli; *b*) zmniejszone napięcie (hypotonus) mięśni narządu krążenia, łącznie z sercem, czyli skłonność do niedomogi naczynioruchowej; *c*) okresowo występujące przekrwienie błony śluzowej wyścielającej i jako następstwo tego *d*) zwiększenie się wydzieliny, okoliczność prawdopodobnie pochodzenia nerwowego. Jeśli więc wszystkie wyżej wymienione czynniki wchodzą w grę, wówczas występuje typowy, znamienny obraz dychawicy oskrzelowej, który znów mniej lub więcej się zmienia, stosownie do tego, czy zachodzi brak jakiegoś czynnika, albo też jeden, lub dwa z nich przewyższają swem natężeniem i pokrywają inne tak, że ich stwierdzić nie można. Z uwagi zaś, że pochop do wystąpienia napadu dychawiczego może wyjść albo z *a*) narządu nerwowego obwodowego, albo *b*) z bodźców krążących we krwi, albo wreszcie *c*) z mózgowia, względnie kory mózgowej, odróżnia autor trzy postacie dychawicy: obwodową, z zakresu krążenia (haematogenes) i psychiczną, względnie mózgową.

Leczenie dychawicy rozpada się na dwa działy: na postępowanie podczas samego napadu i w międzyczasie. W pierwszym przypadku, jeśli wszystkie wyżej przytoczone czynniki wybitnie są nacechowane, należy w pierwszej linii zwalczać napięcie mięśni oskrzelowych przez podawanie narkotyków (morfina i pokrewne). Niedomogę naczynioruchową najlepiej i najskuteczniej usuwa naparstnica; inne środki (konwalia, gorzykwiat itd.) mniej dobrze działają; przeciwko zaś tej wzmożonej wydzielinie stosuje się przetwory jodu. Przepis więc byłby mniejwięcej następujący:

Rp. Inf. fol. digitalis 1: 150,
Heroini muriat. 0·06,
Kalii jodati 5·00,
M. D. S. Co 4—6 godzin po łyżce.

W przypadkach osłabienia serca dobry wpływ wywierają przetwory teobrominy. Nadto kładzie autor wielki nacisk na leczenie psychiczne (poddawanie), przytaczając na dowód tego bardzo zajmującą historyę choroby. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Weiss. **Przyczynek do sprawy wykorzystania oznaczeń leukocytów w chorobach żeńskiego narządu płciowego.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3, 1903). Badania Curschmana nad liczbą leukocytów w cierpieniach wyrostka robaczkowego skłoniły ginekologów do tych badań i w chorobach części rodnych kobiecych. Według badań Weissa liczba leukocytów znacznie się waha; zależy to od dawności cierpienia; jest jednak zawsze zwiększoną w każdem schorzeniu ropnem narządu płciowego. Wykryta zwiększona liczba leukocytów rozstrzyga nieraz o rozpoznaniu; wiemy bowiem, że na podstawie dotychczasowych sposobów badania nie możemy nieraz rozpoznać, czy jest ropa. Jeżeli się kierujemy gorączką, to tak dobrze może nie być gorączki przy ropie, jak i być

gorączka bez ropienia; jedyne pewne rozpoznanie ropy może być po zrobionem nakłóciu; ale i to zawodzi; bo albo przystęp do jamy jest niemożliwy, albo igła nie trafia w ognisko wypełnione ropą, ale gdzieś obok, w naciek zapalny. W przypadkach świeżego ropienia liczba leukocytów przechodzi 20.000; w przewlekłych spada na 16.000, w bardzo zastarzałych jest jeszcze mniejszą, ale zawsze znacznie większą, niż być powinna. *P.*

E. Moravcsik (Budapeszt). **O umieszczaniu obłąkanych zbrodniczych.** (*Ung. med. Presse* 1902, Nr. 33—34). Ogólnie rozróżniamy dwie gromady umysłowo chorych: 1. obłąkanych zbrodniczych (*criminels aliénés*) i 2. obłąkanych zbrodniarzy (*aliénés criminels*), t. j. mamy do czynienia z ludźmi, którzy popełnili zbrodnię w obłąkaniu lub z takimi, którzy podczas popełniania czynu karygodnego byli umysłowo zdrowi, a dopiero po popełnieniu zbrodni, lub w czasie śledztwa, lub po zasądzeniu popadli w stan obłąkania. Podział ten nie może wpływać na sposób umieszczania chorych, albowiem, pomijając wszystko inne, musimy się liczyć tylko z chorobą umysłową. Obłąkanych zbrodniarzy nie powinno się umieszczać wśród zwykłych chorych w zakładach dla umysłowo chorych, ponieważ na ludzi tych z dawniejszem życiem najczęściej nienagannem, mogliby zbrodniczy obłąkani, przeważnie nieznośni, oporni, moralnie zepsuci, wpłynąć niekorzystnie, zakłócić im spokój, namówić do nieposłuszeństwa, ucieczki, buntu. I rzeczywiście posiadają już niektóre państwa takie osobne zakłady dla umysłowo chorych zbrodniarzy, np. Włochy (»*manicomio criminale*«), Francya (»*asile prison*« dla obłąkanych zbrodniarzy połączone z więzieniem »*asile de surete*« dla zbrodniczych obłąkanych bez urządzenia więziennego), wreszcie Ameryka. W innych krajach umieszcza się takich chorych w oddzielnych oddziałach krajowych zakładów dla obłąkanych, lub w osobno stojących budynkach. Najodpowiedniejszem jest pomieszczanie zbrodniczych umysłowo chorych w oddziałach, wybudowanych obok więzień i urządzonych, jak zakłady dla obłąkanych. Po wyleczeniu można wtedy zbrodniarza łatwiej przeprowadzić do więzienia. Do oddziałów takich powinno się odsyłać przedewszystkiem ludzi, których stan umysłowy ma być zbadany, oraz zbrodniarzy, którzy podczas pobytu w więzieniu lub po zasądzeniu popadli w obłąkanie. W Węgrzech utworzono przy więzieniu taki oddział dla obserwacyi i leczenia zasądzonych i uwięzionych, do którego dostają się za zezwoleniem ministerstwa sprawiedliwości; 1) ludzie tymczasowo uwięzieni z wątpliwym stanem umysłowym — dla obserwacyi i prawomocnie zasądzeni; 2) w celu leczenia, względnie pielęgnacyi mężczyźni i kobiety zakładów poprawczych, u których występują objawy zboczenia umysłu, lub stany rozdrażnienia, wymagające specyalnego leczenia (częste napady padaczkowe, lub histeryczne). Wymienieni pod 1) dostają się po ukończeniu obserwacyi napowrót do więzienia, jeżeli nasilenie choroby umysłowej na to zezwala: w przeciwnym razie wyczekują w zakładzie wyroku sądu. Zasądzeni prawomocnie pozostają w zakładzie aż do wyleczenia, poczem oddaje się ich do więzienia. Jeżeli czas trwania kary upłynął, a nie nastąpiło wyzdrowienie, oddaje się chorego władzy w celu umieszczenia w zakładzie dla obłąkanych, lub pod ciągłą kontrolę policyjną, lub wreszcie w opiekę domową. Zakład peszteński urządzony jest na 140-tu ludzi; kieruje nim psychiatra (Moravčsik, prof. psych.), pozostający bezpośrednio pod kontrolą ministra sprawiedliwości, całkiem niezależny co do leczenia; sprawami bezpieczeństwa, wiktem i t. d. kieruje dyrektor więzienia, który jednak nie jest przełożonym kierownika zakładu. Leczeniem cielesnem zajmuje się lekarz więzienny. Na podstawie 6-cio-letniego doświadczenia twierdzi M., iż takie zakłady umożebniają odpowiednie leczenie zbrodniarzy, którzy popadli w chorobę umysłową i to oddzielnie od chorych zwykłych zakładów dla obłąkanych. *Dr. Baschkopf.*

La Torre. **Wskazania do wycięcia macicy w zakażeniu połogowem.** (*La clinica-osterica.* Wrzesień—Październik, 1902). W pouczającej rozprawie omawia La Torre sprawę wycinania macicy wśród zakażenia połowego; zdaniem jego nieliczne tylko okoliczności usprawiedliwiają wycięcie, np. jeżeli podczas zatrzymania łożyska pomimo usiłowań usunięcia go zwykłą drogą wystąpią gwałtowne oznaki gnicia, a zatem i ogólne ostre zakażenie jest do przewidzenia. Również, jeżeli w ścianie macicy potworzą się ropnie i małą jest nadzieja powrotu miąższu macicznego do pierwotnego stanu. Podobnie, jeśli w ciężkich przypadkach zakażenia skrobanie i inne środki całkowicie zawiodą, a ognisko zakaźne mieści się jeszcze w samej macicy. Ostatecznie autor sądzi, że w większej liczbie przypadków zwykłe sposoby leczenia dadzą pomyślny wynik i dlatego trzeba ich używać i przenosić ponad wycięcie.
G. Grzybowski (Kraków)

Doc. Jakub. **Choroby serca, jako wskazanie do sztucznego przerwania ciąży.** (*Russkij Wracz* 1901, Nr. 48—49). Na podstawie 4 przypadków własnych, oraz zaczerpniętych z piśmiennictwa, uważa autor wady serca za niebezpieczne powikłania ciąży. Wobec tego sądzi on, że należy stanowczo odradzać zamążpójście pannom z daleko posuniętą wadą serca; w początkowych okresach bez naruszenia wyrównania należy brać pod uwagę społeczne położenie chorej, przedewszystkiem jej materyalne zabezpieczenie; kobiety, które rodziły 1—2 razy, powinny wstrzymać się od zastąpienia; przy pierwszych oznakach naruszenia wyrównania czynności serca należy ciążę przerwać sztucznie; wieloródki, które przy poprzednich ciążach i połogach ulegały ciężkim objawom ze strony serca, należy poddawać tej operacyi, nawet w razie wyrównanej czynności serca; najracyonalniej przerywać ciążę w ciągu pierwszych 4 miesięcy, lub w początku 5-go; w czasie porodu, odbywającego się w okresie prawidłowym, należy u rodzących z wadą serca skrócać drugi okres porodowy przez nałożenie kleszczy, lub też zapomocą innej odpowiedniej operacyi; położnica, chora na serce, powinna leżeć po porodzie niemniej niż 2 tygodnie; sporyszu nie należy stosować w okresie popołogowym u położnic chorych na serce.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Doc. Popielski. **Wpływ konserw mięsnych, wyrabianych w fabryce Azibera i Millera, na ustrój ludzki.** (*Wojenno-Medicinskoj Żurnał* 1901, listopad). Popielski dokonał na zdrowych osobnikach kilkaset bardzo ścisłych badań fizyologiczno-chemicznych, dotyczących wpływu na przemianę materyi konserw mięsnych, przygotowywanych w fabryce Azibera i Millera. Autor najpierw poddał te konserwy rozbiorowi i przekonawszy się, że nie wywierają szkodliwego wpływu na ustrój, przedsięwziął następnie szereg badań wpływu ich na wydzielanie się w moczu mocznika, siarkanów, fosforanów i chlorków, a następnie na przyswajanie i wymianę azotu, ściśle oznaczając azot wprowadzany i wydalony z ustroju. Na podstawie tych badań P. przychodzi do wniosku, że pod wpływem badanych przez niego konserw; 1) przyswajanie azotu jest nie mniejsze, niż przy zwykłym pokarmie (90—95%); 2) wymiana azotu podnosi się, nie przekraczając jednak równowagi azotowej; 3) wymiana materyi wogóle wzmaga się w okresie spożywania konserw i w następnym, w którym konserwy już nie były użyte; 4) waga ciała pozostaje bez zmiany, niekiedy zaś podnosi się; 5) ciepłota zostaje prawidłową. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. S. E. Henschen i Prof. Dr. K. Lennander. **Guz rdzenia wyłuszczony z pomyślnym wynikiem.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). Mężczyzna 50-letni zachorował wśród objawów Brown-Sequarda na upośledzenie czucia w nodze lewej, niemożność ruchów w prawej, które to objawy, postępując, doprowadziły w końcu do niedowładu obu kończyn górnych i dolnej prawej, równocześnie zaś znieczulenie posuwało się w górę i doszło aż do II-go przestworu międzyżebrowego. Z innych objawów podnieść należy stałą bolesność prawej strony VI kręgu szyjnego. Wyliczone objawy i cały szereg innych, dokładnie spostrzeganych, pozwoliły Henschenowi rozpoznać guz, usadowiony wśród opon mózgowych na wysokości VI kręgu szyjnego i uciskający na rdzeń. Operacya, wykonana przez Lennandera, (resekcya łuków V, VI i VII kręgu szyjnego) potwierdziła rozpoznanie w każdym szczególe. Guz siedział luźnie, wydostać go można było bez uszkodzenia rdzenia. Mikroskopowo był to mięsako-włókniak, zwyrodniały hyaloidowo. Po 8-miu miesiącach chory, zupełnie uleczony, opuścił klinikę. Podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie niewiele, autorowie przytaczają około 30. Zaledwie jednak 1/3 uwieńczoną była pomyślnym wynikiem. *Herman.*

Docent Dr. J. A. Grober. **Tężec przewlekły.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). U 12-letniego chłopaka w trzy dni po bardzo nieznacznem skaleczeniu dużego palca wybuchł typowy tężec. Pomimo leczenia objawy nie ustępowały i trwały niemal bez zmiany (bolesny skurcz mięśni, śmiech kurczowy, szczękościsk, utrudnione połykanie) itd. do dwóch lat. W ostatnim czasie przybrał nieco na wadze, a władze umysłowe zachowały się na stopniu dawnej wrodzonej bystrości.
Herman.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 18. marca 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 26.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Regiec wygłosił zapowiedziany odczyt: »O sztucznych kąpielach solankowych« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Wąsowicz wypowiedział zdanie, że wszelkie kąpiele mogą tylko korzystnie działać, o ile są stosowane w zakładach, bo nie tyle w leczeniu chorób osiąga się przez same kąpiele, ile przez zmianę warunków życia. Przy używaniu kąpieli solankowych działa w pierwszym rzędzie ich ciepłota, gdyż składniki jej nie ulegają wessaniu, chyba drogą rany otwartej. Wreszcie wspomniał kol. Wąsowicz o tak zwanym przesycie kąpielowym.

Kol. Regiec zaleca w celu uniknięcia przesytu kąpielowego użycie oblewań ciała po kąpieli chłodzoną wodą słoną.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VI. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Błędnem i na prawdzie nie opartem było przekonanie, zaprzeczone już przez Parego [18]), że są pewne trucizny, które zależnie od ilości sposobu podania, nie działają przez pewien czas wcale, a dopiero po upływie tego określonego z góry czasu sprowadzają śmierć powolną lub szybką. Tak n. p. Attilius Regus, który radził Rzymianom zaniechać wymiany jeńców z Kartaginą, miał sam jako więzień otrzymać tamże truciznę taką, której działanie zabójcze miało się uwidocznić dopiero po wymienieniu go Rzymowi. Podobną własność przypisywano także winu Borgiów i głośnej „aqua Tofana [19])“. Na guslach opierało się inne, pokrewne z poprzedniem przekonaniem, że istnieją trucizny, które niemal natychmiast wprawiają człowieka w stan śmierci pozornej, trwający przez wiadomą z góry liczbę godzin. Taką to truciznę podaje ojciec Laurenty Julii, by ją uwolnić od ślubu z Parysem, a oddać w ręce Romea:

»Filtrowany likwor ten wypijesz;
A wnet po wszystkich żyłach cię przebiegnie
Usypiający dreszcz, który owładnie
Wszelką żywotną funkcyę; wszystkie pulsa
Wstrzymają w tobie swe zwyczajne bicie, —
Ni dech, ni ciepło nie wskaże, że żyjesz.
Róże ust twoich i policzków zbledną
Jak popiół: oczu zasłony zapadną,
Jak gdy dłoń śmierci zakrywa dzień życia;
Każdy twój członek pozbawiony władzy,
Zdrętwieje, zstęgnie, zziębnie, jak u trupa.
I w tym pozornym stanie nagłej śmierci
Zostawać będziesz czterdzieści dwie godzin;
Wtedy się ockniesz, jak ze snu błogiego».

Natomiast przekonanie, iż istnieją trucizny, które natychmiast sprowadzają śmierć, trucizny, o których Szekspir mówi przez usta Romea:

»daj mi
Drachmę trucizny takiej, coby mogła
Po wszystkich żyłach rozejść się od razu,
I nienawistne życie odjąć temu,
Co jej zażyje; coby tak gwałtownie
Wygnała oddech z piersi, jak gwałtownie
Lontem dotknięty proch wypędza pocisk
Z czeluści działa«,

nie jest zmyślonem i przesadnem, wszak bowiem znamy podobnie piorunujące działanie kwasu pruskiego.

[18]) Opera chirurgica Ambrosii Paraei itd. Lib XX. c. III. Francofurti ad Moenum 1594.

[19]) Archenholtz: England und Italien. Leipzig 1786. Zw. Th.

W szeregu substancyj, znanych pod nazwą trucizn, mieściły się liczne zioła, które dzisiejsze badania wykazały jako dla zdrowia obojętne, a którym jednak dawniejsza wiara, zakorzeniona w zabobon ludowy, dotąd przypisuje trujące, lecznicze lub inne cudowne właściwości [20]). W szeregu tym figurują jako trucizny różne narządy i wydzieliny zwierząt i ludzi, n. p. wedle Codronchiego [21]) mózg kota, mocz mysi (zapach pietrasznicy, może dla tego?), pot koński i muła, świeża krew byka, krew miesiączkowa itd. Co do działania tej ostatniej opowiada Sonnini [22]), że Egipcyanki zazdrosne o mężów, podają im w pewnych fazach księżyca własną krew miesięczną w pokarmach, w następstwie której ci zmierają w ciągu roku z wycieńczenia. Nawet Metzger [23]), poważny autor sądowo-lekarski, który przytacza powyższe podanie, zdaje się wierzyć mu, skoro je uzupełnia swem oburzeniem: „po tak wstrętne rzeczy sięga zabobon i ślepy szał“. Na usprawiedliwienie tych błędnych i zabobonnych zapatrywań i przekonań, od których, jak późniejsze kiedyś wieki wykażą, i my obecnie nie całkiem może byli wolni, może posłużyć trafne zdanie, jakie nasz Syreński [24]) w swym Zielniku wypowiada: „wiele tajemnych rzeczy natura w każdej niemal rzeczy ma, których rozumem dosięgdz nie możemy“.

Wielką rolę w dziedzinie otruć odgrywały w starożytności, wiekach średnich, a także dziś jeszcze między ludem, tak zwane „napoje miłosne“ (philtra)

»Hej [25]) pod słońcem niemasz mocy,
Niemasz na niebie i ziemi
Nad kochanie, gdy człowieka,
Opęta i żre i toczy»...

i dlatego, odkąd ludzka sięga pamięć, szukano leków na miłość. A jak wedle dawnych, klasycznych mitów Kupido —

»strzał pary z sajdaku dobył [26]), lecz różności
Wielkiej; owa pomaga, ta wroga miłości»,

taksamo znano dwojakie napoje, jedne odczyniające, inne zaś zaczyniające miłość. Już Cyrce, czarodziejka, umiała miłość zaczyniać i odczyniać, do niej to wedle Owidyusza zgłasza się Glaukus z prośbą o zaczynienie miłości w zimnej dłoń Scylli. Dejaneira, małżonka Herkulesa, zazdrosna o niewolnicę Jolę, posyła mężowi przez Lichasa szatę, napojoną krwią centaura Nessusa, w przekonaniu, że w ten sposób wzmocni miłość jego ku sobie; tymczasem jadowita krew zabija herosa.

W księgach Vedy mieści się niezawodny przepis na pozyskanie sobie męża przez kobietę. Przepis ten zaczyna się od zdania: „tę roślinę wykopuję; to silnie działające ziele, którem skutecznie usuwając współzawodniczkę, zyskuje się męża“.

Napoje miłosne starożytnej Grecyi, a potem wieków średnich i nowych, składały się w części z nietrujących, lecz wstrętnych ingredyencyi, np. ze sproszkowanych włosów z części płciowych, z nasienia, z krwi i potu (wedle Plossa [27]) żują cyganki siedmiogrodzkie włosy ukochanego

[20]) Patrz Rostafiński: Zielnik czarodziejski. Kraków. 1893.

[21]) Methodus testificandi cap. VII. Francofurti 1597.

[22]) Reise nach Ober- und Nieder-Aegypten. Leipzig 1800.

[23]) System der gerichtl. Arzneiwissenschaft V. Aufl. Könisberg. Leipzig, 1820.

[24]) Wedle Rostafińskiego *l. c.*

[25]) Rydel. Zaczarowane koło — akt I.

[26]) Owidyusz. Przemiany. Ks. 1. W. 580.

[27]) Das Weib. Leipzig 1895. I. Band.

z kroplą własnej swej krwi, a spoglądając na księżyc w pełni, wymawiają po trzykroć: „żuję twe włosy, żuję moją krew, z włosów i krwi niech się stanie miłość i nowe życie dla nas obojga“, lub z części zwierzęcych, np. ze serc gołębi, języka bajecznego ptaka Jyopa, z ikry rybiej, ogonów raka (zkąd zdaje się bierze przekonanie do dziś utarte o działaniu podnoszącem popęd płciowy kawioru, ryb, itd), wreszcie z odwarów ziół w części obojętnych, jak lubczyku *(levisticum)*, lub szparagów (napój, którym Apulejus zyskał miłość zamożnej Pudentilli, składał się z odwaru szparagów, ogonów raczych, ikry rybiej, krwi gołębiej itd.), w części z trujących, jak z ruty (wedle L. Rydla „świeżo, w piątek na nowiu miesiąca zerwanej“), lulku, bieluniu i innych odurzających, a nawet z owadów, jak chrabąszczów majowych w miodzie, zawierających kantarydynę. De Sauvages [28]) donosi, że właścicielki domów nierządu raczą świeże adeptki kultu Kybeli napojem miłosnym z bieluniu, w celu odurzenia ich i pozbawienia wstydu w początkach zawodu; francuskie dziewczęta dają upatrzonym przez się kandydatom na mężów odwar kantaryd w kawie; o podobnym napoju miłosnym z chrabąszczy wspomina z własnego doświadczenia Metzger. Jeszcze w r. 1859 aresztowano w Berlinie pewną handlarkę napojów miłosnych, która czerpała z tego zajęcia doskonałe dochody. Podania, jakoby Lukullus stracić miał rozum, a potem życie, wskutek napoju miłosnego, jakoby poeta Lukrecyusz miał popełnić samobójstwo w szale miłosnym, wywołanym przez „philtrum“, skłoniły zdaje się Zacchiasza do wypowiedzenia zdania: „pocula amatoria hominem infatuunt et insaniam pariunt, ut nonnullorum animalium cerebra et solanum furiosum“.

Jakkolwiek Owidyusz przestrzegał już przed wiarą w gusła miłosne, to jednak orzekł Wydział lekarski w Lipsku [29]) w r. 1697, że napoje miłosne, a bardziej jeszcze sztuki magiczne, zdolne są wymusić miłość i wywołać obłęd miłosny. Potworne praktyki, mające wzbudzić pożądaną miłość, były na porządku dziennym w Paryżu za Ludwika XIV. Sławnym z nich był rozpustnik Guibourg [30]), który w celu przywiązania króla do jego kochanki markizy Montespan, nachodzącej go z prośbą o środek na spotęgowanie miłości króla do niej, poleca jej nago położyć się na ołtarzu czarnej kaplicy, oświetlonej czarnemi świecami i odprawia nabożeństwo na jej brzuchu, całując jej nagie ciało od czasu do czasu. Potem podżyna gardło kupionemu w tym celu niemowlęciu, krew tryskającą chwyta do kielicha i każe ją pić markizie. Wśród tego zaklina szatanów o pomoc dla markizy: „Astaroth, Asmodée, princes de l'amitié, je vous conjure d'accepter le sacrifice, que je vous présente de cet enfant pour les choses, que je vous demande“. A skoro „missa peracta, presbyter mulierem inibat et manibus suis in calice mersis pudenda sua et feminae lavabat“. Cały ten obrzęd satanistyczny odbywa się wobec dwóch sławnych podówczas trucicielek La Voisin i Des Oeillets, skutek zaś jego pomyślny, bo cierpiący na obłęd lubieżny (satyriasis) Ludwik XIV nazajutrz przyjmuje do łask markizę, która odtąd jeszcze silniej, niż dawniej do siebie go przykuwa.

Mówiąc o substancyach, którym przypisywano działania niezwykłe i nie stwierdzone, nie można pominąć milczeniem i tych podań, dzisiaj jeszcze pojawiających się na szpaltach dzienników w formie sprawozdań ze świeżych a konkretnych wrzekomo zdarzeń, wedle których mają istnieć tak silne trucizny, że przedmioty, napojone niemi, nawet przez dalsze zetknięcie działają na ludzi trująco. I tak doniósł „Czas“ [31]) w artykule „słynne trucizny“ o przypadku zatrucia pewnej młodej mężatki listem, adresowanym pismem kobiecem do jej męża. Autor artykułu nazywa ten przypadek rzadkim w naszych czasach w przeciwstawieniu do podobnych mu z epoki Borgiów i Medyceuszów, w której podobne otrucia były na porządku dziennym. Przypadek powyższy, powtórzony przez „Czas“ za pismami rosyjskiemi, każdy choć z grubsza obeznany z toksykologią, musi między bajki włożyć, a trzeba przyznać, że nie jest on pierwszym i ostatnim, wylęgłym w fantazyi reporterskiej, lub w głowie histerycznej kobiety, względnie zręcznego oszusta, usiłującego baśnią zatrzeć ślady własnej zbrodni. I tak, wyraża się Hofmann [32]), że przypadki podstępnego odurzenia podróżnych w celu rabunku lub zgwałcenia, o których często wspominają dzienniki, polegają prawie bez wyjątku na oszustwie, lub bujnej wyobraźni. W pewnym wiedeńskim przypadku zeznała jedna dama, iż ją odurzono gazetą, napojoną przetworem narkotycznym i potem ograbiono; w innym przypadku z r. 1885 doniósł pewien poczmistrz, który z powodu sprzeniewierzenia w urzędzie opuścił swe stanowisko, że go nieznany mu podróżny wprawił tabaką w odurzenie i wyprowadził z pociągu na nieznanej mu stacyi. Doniesienie to, jak podaje Hofmann, zyskało wiarę ogólną tak, że pod wpływem jego, gdy pewna młoda dziewczyna w tydzień potem tęsamą odbywała drogę w przedziale I. klasy, a obok niej siedzący mężczyzna chciał ją poczęstować papierosem, zerwała się z miejsca i usiłowała wyskoczyć oknem z obawy, że jej towarzysz pragnie ją odurzyć. Jakkolwiek odurzenie takie papierosem jest mało prawdopodobne, to przecież nie zawsze bezpiecznie przyjmować od nieznanych sobie osób, zwłaszcza na zachodzie Europy, papierosy lub cygara, wiadomo bowiem ze zbiorów londyńskiego muzeum policyjnego w New Skotland Yard [33]), że anarchiści umieją machinom piekielnym nadawać kształt cygar lub papierosów; z drugiej strony znamy nie zatrute, ale wybuchające przy otwarciu listy, np. list przesłany w r. 1895 paryskiemu Rotschildowi.

Podania, podobne do powyżej wymienionego o zatrutym liście, przekazują nam dawni autorowie i dzieje. I tak przytacza Gmelin [34]), jako przykłady mniej lub więcej nieprawdopodobnych otruć, śmierć cesarza Ottona III, Henryka IV i jednego z książąt sabaudzkich, wrzekomo wywołaną zapachem zatrutych rękawiczek; śmierć Antoniusza, którą Pliniusz odnosi do zatrucia wieńcem zaprawionych trucizną kwiatów, włożonym mu na skronie przez Kleopatrę, otrucie zapomocą zatrutej monety srebrnej, darowanej przez pewną matkę własnemu dziecku (Schenk), otrucie zapomocą zatrutego kwiatu goździka (Matthiol), zwykłe wrzekomo u Turków otrucia zapomocą zatrutych siodeł (Scaliger), wreszcie dodaje „taksamo: mówią inni o zatrutych

[28]) Metzger *l. c.*

[29]) Mecqel *l. c.*

[30]) Herman: Genesis. Leipzig 1899, Bd. III. Huysmans: Là-Bas. Paris 1901, str. 88. Dr. Legué: Médecins et Empoisonneurs.

[31]) Nr. 292 z 1902 r.

[32]) Lehrbuch der ger. Med. 1895, str. 149.

[33]) Annal. d'hyg. publ. 1894.

[34]) Allg. Geschichte der Gifte. Leipzig 1776, str. 172.

listach[34]. O przykładach tych wyraża się Gmelin z niewiarą, albowiem, jego zdaniem, śmierć mogła być w tych przypadkach następstwem innych przyczyn, a przyczyny te, jak wiemy, nie mogły być wówczas wykryte, skoro nie wykonywano sekcyi zwłok, a nadto nie znano także dzisiejszych metod stwierdzania otrucia. Wobec braku przedmiotowych sposobów dochodzenia przyczyny śmierci, było nadto wiele sposobności do tworzenia fantastycznych przypuszczeń, oblekanych w formę pewników. I dzisiaj znamy różne i wcale częste przypadki śmierci szybkiej wśród objawów, przemawiających wielce za otruciem, które sekcya i badanie chemiczne wykluczają potem z całą stanowczością Gdyby więc w takich przypadkach także obecnie nie wykonywano sekcyi, nie badano treści zwłok chemicznie, uchodziłyby one za otrucia. Gmelin, przyznając przykładom wymienionym wielką fantastyczność, dodaje, że jednak nie można wykluczać możliwości otrucia trującemi wonidłami, albowiem działają one na zmysł powonienia, który jest tak blizkim mózgu, zbiornika wszelkich zmysłowych wrażeń. Dlatego, jego zdaniem, mógł był papież Klemens VII.[35]) umrzeć wskutek otrucia dymem niesionej przed nim, a zatrutej pochodni. Cesarz[36]) Leopold I. uległ zatruciu świecą woskową, dostarczoną przez jezuitów, a tylko bystrości umysłu i energicznej pomocy Garelliego i Borriego udało się od śmierci ocalić cesarza. Dwa ostatnie przypadki otrucia nie należą do nieprawdopodobnych, gdyż w pierwszym z nich dym pochodni, zawierający tlenek węgla, mógł wywrzeć trujące działanie; wszak wiemy, że dymem kopcącej lampy można uledz zaczadzeniu, jak to się zdarzyło w przypadku, wspomnianym niedawno przez Puppego[37]); w drugim zaś stwierdzono, że świeca była zarobiona arszenikiem, który w ciepłocie płonącej świecy, przestalając się jako taki w formie białawej mgły, wdechany, musiał działać trująco. Van Hasselt[38]) tłómaczył zatrucie świecami, których knoty były zaprawiane arszenikiem, (tak zwane „bougies de l'étoile)“ powstawaniem przy paleniu się ich silnie trującego gazu arsenowodorowego; tłómaczenie to zbił Galtier, wykazawszy osadzający się z takiej świecy płonącej na sprzętach biały proszek arszeniku. Jeszcze około roku 1840 dodawano arszenik do świec stearynowych, aby mogły równomiernie krzepnąć; arszenik znajdowano wówczas w papierze, użytym do ich pakowania[39]).

Arsen i jego związki, zwłaszcza z siarką, były, jak już nadmieniłem, znane w starożytności pod różnemi nazwami, zwłaszcza pod nazwą „sandaraca“ i „arsenicum“, chociaż zdaniem Albertiego[40]) mylono arsen często z tojadem. Znano też jego trujące własności, dla których musiał być częściej używany, zwłaszcza w celach zbrodniczych. Ale zyskał on dopiero na znaczeniu kryminalnem w nowych wiekach. Ambroży Paré[41]) wyraża się o związku arsenu z siarką, zwanym wtedy „risigallum“, że wznieca on w ustroju, jako że jest przyrody najgorętszej i najsuchszej (a trucizny dzielono wówczas wedle nauki Galena na gorące i zimne, suche i wilgotne), pragnienie i gorąco, a nadto takie rozpłynięcie się wszystkich humorów, iż jeźli nawet otrucie nie zakończyło się śmiercią, otruty pozostawał na całe dalsze życie kaleką, niezdolnym do używania swych członków. (Risigallum, quia naturae est callidissimae et siccissimae sitim ardoremque, totum in corpus infert, tantamque humorum omnium colliquationem, ut etsi praesidiis mature adhibitis aegri mortem effugiant, in reliquum tamen vitae membris ad solita munia uti nequeunt eorum vigore destituti, propter ingentem ressicationem et articulorum contractionem). Zacchiasz, pisząc o arszeniku, wyraża się krótko „arsenicum tamen non solum venenum est, set inter venena validissimum“. Nic też dziwnego, że ta „najsilniejsza“ zdaniem Zacchiasza i współczesnych mu trucizna, zyskała niebawem taką wziętość u trucicieli, że wszystkie w tajemnych kuchniach sporządzane napoje śmierci już to jako wyłączny, już też jako główny składnik w sobie go mieściły, a wedle Chevaliera i Boys de Loury[42]) na 94 zbrodniczych otruć, przez nich zestawionych, 54 dokonano wyłącznie tylko zapomocą arszeniku. Obok tej jego największej siły trującej zalecały go do zbrodniczych celów bezwonność, brak uderzającego smaku i zabarwienia. A w tym samym czasie istniało przekonanie, któremu Zacchiasz daje wyraz, że wszystkie trucizny zdradzają się wstrętną wonią i smakiem, że właściwości te nadała im przezorność przyrody, aby się ludzie tem łatwiej mogli przed niemi ustrzedz. (Nam venena tam odore, quam sapore in eorum assumptione sese produnt, quia omnia odore sunt tetro et abominabili et sapore horribili, ut omnes medici testantur; quod quidam fortasse naturae providentia factum dicent, ut facilius homines ab illis sese custodiant). Słowa, przez Słowackiego włożone w usta hr. Fantazego, a tyczące się trucizny „w cukrowej masce zamaskowana złość! możnaby przysiądz, że rzecz uczciwa“, najlepiej mogą być odniesione do arszeniku, który nie zdradzając ani smakiem, ani wonią, ani zabarwieniem swych właściwości trujących, posiada wszystkie cechy, kwalifikujące go jako najstosowniejszy środek do spełnienia „veneficii dolosi“.

(Dok. nastąpi).

35) Paré *l. c.* Lib. XX. Pag. 578.
36) Metzger *l. c.*
37) Zeitschrift für Medizinalbeamte 1899.
38) Husemann *l. c.* str. 817.
39) Henke. Lehrbuch der ger. Med. Berlin 1841, str. 489.
40) Systema jurisprudentiae medicae. Halae 1725. Cap. XIII. Pag. 255.
41) l. c. Lib. XX. cap. 20.
42) Sobernheim und Simon. Handb. d. prakt. Toxikologie, Berlin 1838.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

Nie zrażeni faktem, że nasz zeszłoroczny referat, wydany osobno w paruset egzemplarzach i rozesłany wszystkim posłom, redakcyom wszystkich pism codziennych i wielu korporacyom, nigdzie, o ile nam wiadomo, nie znalazł echa, przystępujemy i w tym roku do tej samej pracy.

Przedewszystkiem składamy redakcyi „Sprawozdania“ dzięki za umieszczenie „spisu rzeczy“, który nam pracę ułatwił. Natomiast wyrażamy żal, że rozdziały niektóre i w tegorocznem Sprawozdaniu są rozkawałkowane i na dwóch oddzielnych miejscach omówione. Twierdzimy stanowczo, że treść całego rozdziału pod tytułem „Instytucye i zakłady humanitarne“ na str. 108—113 winna była być włączoną do rozdziałów, omawiających te same sprawy już poprzednio, a mianowicie na str. 48 pod tytułem „Szpitale“ i na str. 76—78 pod tytułami „Domy zaopatrzenia“ i „Domy ubogich“. Treść

bowiem wskazuje, że stanowią one organiczną całość, którą ze szkodą dla związłości i ciągłości sztucznie rozdzielono.

Zanim przystąpimy do szczegółowego sprawozdania, podnieść musimy, że uważamy za niezbędne nadanie orzeczeniom i opiniom lekarzy urzędowych należytego poparcia. Powinno być stanowczo ustawowo uregulowanem, jak ma lekarz urzędowy w sposób skuteczny i odpowiadający jego stanowisku żądać nie tylko wysłuchania jego opinii, lecz także spełnienia jego żądań, wypływających ze zastosowania ustawy. Jasnem bowiem jest, że jeśli zdanie lub zarządzenie lekarza urzędowego bywa lekceważonem i pomijanem i nie znajdzie należytego czynnego poparcia, to jego energia i chęć do pracy, których kraj nasz z pewnością wiele potrzebuje, tępieją i zużywają się bezużytecznie, zniechęcając go wreszcie zupełnie. — Na dowód, że rzeczywiście słusznym opiniom i zarządzeniom lekarzy urzędowych brak jest należytego poparcia, przytaczamy ze sprawozdania:

1) ustęp na str. 26, w którym lekarz urzędowy żali się, że epidemia ospy (w nadwórniańskiem) znacznie się rozszerzyła z powodu znacznej liczby osób nieszczepionych, oraz nie trzymania się wszelkich zarządzonych środków.

2) ustęp na str. 31 zawiera podobne skargi z powodu szerzenia się duru plamistego w stryjskiem z dołączeniem charakterystycznej uwagi „nędzy tu niema... (bo jest dużo zarobku), — ale nader liczne szynki nastręczają sposobność do pijaństwa". — A przecież jest ustawa przeciw pijaństwu!

3) ustęp na str. 97, przytoczony niżej, dotyczący braków w piekarniach.

4) ustęp na str. 100 „Nowy browar hr. Potockiego w Łańcucie pozwolono otworzyć i puścić w ruch, pomimo tego, że nie uwzględniono w nim żadnych wymagań pod względem sanitarnym i pomimo tego, że c. k. lekarz powiatowy był przeciwny udzieleniu koncesyi". —

5) ustęp na str. 104 „...a w samym Borszczowie zakupiono na szkołę stary, prawie walący się dom, pomimo tego, że się temu lekarz powiatowy sprzeciwił".

6) ustęp na str. 106 (o nowych szkołach i przebudowach starych w pow. chrzanowskim) „We wszystkich tych wypadkach, albo nie pytano wcale lekarza urzędowego o jego orzeczenie, albo wezwano go dopiero do kolaudacyi gotowego już budynku"... itd.

Przytoczyliśmy te ustępy dosłownie lub prawie dosłownie i zapytujemy, jakim sposobem w państwie, posiadającem przecież pewne ustawy i odpowiednie władze, mogą się dziać takie nadużycia, że zarządzenia urzędnika sanitarnego wobec epidemii są lekceważone i nie wykonane, że się opinii i rady lekarza urzędowego wcale nie zasięga przy budowie szkół, — że mimo wytkniętych przez c. k. lekarza powiatowego braków urządzeń sanitarnych otwiera się nowe zakłady szkolne lub przemysłowe itd.

Jakiemże prawem można było (w Podwołoczyskach) zamknąć na wniosek c. k. lekarza powiatowego pewien zakład przemysłowy, będący już dawno w ruchu, z powodu szkód pod względem sanitarnym, jeśli w innym powiecie toleruje się puszczenie w ruch zakładu wbrew opinii lekarza urzędowego.

Mimowolnie nasuwa się przypuszczenie, że osoba właściciela była tu czynnikiem rozstrzygającym, a nie ustawa i jej urzędowy reprezentant, którego stanowisko po takim fakcie staje się więcej niż przykrem. Albo więc lekarz ma obowiązek i prawo postąpić, jak postąpił, a w takim razie winien znaleźć wszelkie skuteczne poparcie swego zdania i swych zarządzeń, albo postąpił bezprawnie, a wtedy należy mu to naprzód udowodnić, a następnie zganić. — Lecz najgorzej pono przyzwyczajać ludność do świadomego i bezkarnego lekceważenia ustaw, bo prócz bezpośredniej szkody sprowadza się jeszcze początek bezprawia i anarchii. A teraz przystępujemy do części szczegółowej.

I. Ruch ludności.

A.) Małżeństwa.

W r. 1899 zawarto w Galicyi małżeństw 64,914, co w stosunku do zaludnienia znaczy 9·82°/₀₀, a uwzględniwszy przyrost ludności. gdyż stosunek odsetkowy obliczano na podstawie spisu ludności z r. 1890 (6,867.380 mieszkańców, a w r. 1899 obliczono liczbę mieszkańców na 7,191,835), liczba odsetkowa wypadnie 9·02°/₀₀.— Liczby tak wysokiej nie było już dawno, przeciętnie wahała się ona około 8°/₀₀. Przyczynę poprawy upatruje Sprawozdanie w pomyślnym wyniku żniw.

B). Urodzenia.

Roczna liczba urodzin, która od r. 1896 stale się zmniejszała, podniosła się w roku sprawozdawczym znacznie, urodziło się bowiem w r. 1899 dzieci 331,097.

W pięcioleciu od r. 1886—1890, wynosiła	. . .	44·1°/₀₀
„ „ „ 91—1895, „	. . .	44·0°/₀₀
w roku 1896	. . . .	44·9°/₀₀
„ 1897	. . . .	44·3°/₀₀
„ 1898	. . . .	42·5°/₀₀
„ 1899	. . . .	46·0°/₀₀

Z tablicy, wykazującej liczbę urodzin według powiatów, pokazuje się, że największą liczbę urodzin wykazują powiaty wschodnie, zamieszkałe przeważnie przez Rusinów, odznaczających się większą płodnością.

Dzieci nieślubnych urodziło się w r. 1899 37, 669, tj. 11·3°/₀ ogółu urodzonych (w r. 98 zaś 12·1°/₀) i liczba ich stale się zmniejsza. Największą liczbę dzieci nieślubnych wykazują miasta i powiaty z liczną ludnością żydowską, gdyż żydzi zawierają często małżeństwa według rytuału ortodoksyjnego, które wobec prawa są nieważne, dzieci więc ich uważane są za nieślubne.

Dzieci nieżywo urodzonych wykazano w 1899 roku 7,670, tj. 2·24°/₀ wszystkich porodów. Stosunek odsetkowy pozostał więc ten sam, co w r. 1898. Sprawozdania lekarzy urzędowych stwierdzają wybitny stosunek między liczbą nieżywo urodzonych, a pomiędzy pomocą położniczą: im więcej porodów odbyło się przy pomocy położnych lub lekarzy, tem mniejszym jest odsetek nieżywo urodzonych. Niestety, liczba porodów położniczych,... — choć powoli wzrasta, — jest jeszcze zawsze bardzo nizka: 22·7°/₀ wszystkich porodów. Jak to już w sprawozdaniu z r. 1888 wykazałem, jest to liczba najniższa ze wszystkich krajów koronnych monarchii rakuzkiej. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9. kwietnia.

* Ministerstwo rolnictwa reskryptem z dn.a 27 lutego 1903. L 4.686. zarządziło. że podania o ulgi w Krynicy należy wnosić do c. k. Namiestnictwa najdalej do dnia 31 maja każdego roku. Po tym terminie wniesione podania nie będą uwzględnione; tudzież, że kąpiele bezpłatne i za połowę ceny będą odtąd wydawane tylko na pierwszy sezon, t. j. od 15 maja do końca czerwca i na trzeci sezon, t. j. od 25 sierpnia do października b. r.

* Horoskop zbliżającego się międzynarodowego XIV Kongresu lekarskiego nie jest wesoły. Komitet organizacyjny tego Zjazdu zrobił wyłom w dotychczas praktykowanym i uświęconym zwyczajami programie, dopuszczając do udziału w Kongresie na równych prawach z lekarzami: aptekarzy, weterynarzy, dentystów i t. d. Wobec tego faktu, twierdzi »La Semaine medicale« (Nr. 12), bardzo wielu lekarzy poważnych miało oświadczyć, że w Kongresie udziału nie weźmie, gdyż mają przekonanie, że pod względem naukowym, przy tej różnorodności zawodów, biorących udział, zrobi on fiasko. Od siebie zaś wspomniany tygodnik zapowiada, że nie ogłosi sprawozdania z takiego Kongresu, który w księdze rozwoju wiedzy lekarskiej zaznaczy się białą kartą.

W Nrze następnym (13) donosi »La Semaine médicale«, że zaszła nowa okoliczność, która wywrze ujemny wpływ na przebieg Kongresu madryckiego. Dekret królewski zwołuje na dzień 26 kwietnia (trzeci dzień obrad Kongresu) powszechne wybory deputowanych. co oderwie lekarzy hiszpańskich od zajęć Kongresu, a w stolicy Hiszpanii, siedzibie Kongresu, wytworzy atmosferę jak najmniej nadającą się dla spokojnego przebiegu obrad naukowych. A wybory te, według przytoczonego czasopisma, zapowiadają się niepokojąco z powodu dojścia do skutku po trzydziestu latach związku republikańskiego i przewidzianej gorącej walki stronnictw.

Wierna swemu stanowisku, nie omieszka zapewne »La Semaine médicale« do faktów przytoczonych dorzucić ostatnie rozruchy w Hiszpanii, pozamykane uniwersytety, krwawe starcia z studentami w Salamance, Madrycie i t. d.

Na innem miejscu w »Frankfurter Zeitung« (Nr. 81), czytamy, że w Hiszpanii znajduje się w obiegu olbrzymia ilość fałszywej monety. Autor tej przestrogi radzi zaopatrzyć się w znaczny zapas monety zdawkowej, ażeby od nikogo nie potrzebować brać reszty. W Madrycie należy o wszystko naprzód umówić się, gdy się nie chce paść ofiarą wyzysku. Obce języki, nawet francuski, są tu nie znane, nie wyjmując i sfer wyższych ludności.

Nam się zdaje, że »La Semaine médicale« przesadza, gdy apodyktycznie twierdzi, że naukowa działalność Kongresu madryckiego dla tego tylko spadnie do zera, że Komitet organizacyjny przypuścił aptekarzy, dentystów, weterynarzy i t. d. do równych praw z lekarzami·

Pokrewne te zawody mogą odbywać swe posiedzenia naukowe, w niczem nie przeszkadzając naukowej działalności posiedzeń ściśle lekarskich.

W czem jednak zupełnie zgadzamy się z »La Semaine médicale«, to z wytknięciem Komitetowi organizacyjnemu II-go międzynarodowego Kongresu prasy lekarskiej tego zamięszania, jakie wywołał, dopuszczając do udziału w tym Zjeździe aptekarzy, weterynarzy i dentystów, a to wbrew wyraźnemu zastrzeżeniu I-go Kongresu, który miał miejsce w Paryżu r. 1900. Sprawa międzynarodowej organizacyi prasy lekarskiej jest trudną, wymaga podstaw prostych i ujętnych; to było powodem, że I-szy Kongres zastrzegł się przeciw przypuszczeniu zawodów pokrewnych; a powtóre, statut organizacyi międzynarodowej prasy lekarskiej jest już wypracowany i na Kongresie madryckim miał być już tylko zatwierdzonym: cóż więc znaczy wprowadzenie nowych czynników, nowych kontrahentów? tu trzeba przypuścić, że Komitet madrycki Kongresu prasy lekarskiej wprost nie poinformował się należycie i wywołał zamęt, którego pierwszym wynikiem jest zapowiedziana w Nr. 12. secesya redakcyi tygodnika »La Semaine médicale«, czasopisma bądź co bądź najwięcej rozpowszechnionego ze wszystkich wydawnictw peryodycznych we Francyi i za granicą.

* Dr. W. Orłowski miał próbny wykład habilitacyjny na stopień docenta w petersburgskiej wojskowo-lekarskiej Akademii. Prelegent mówił: »O zasadowości krwi w stanach leukocytozy i w zakażeniach«.

* Rodak nasz, Dr. Henryk Boral, lekarz praktykujący w Gardone Riviera, otrzymał serbski order św. Sawy V. klasy.

* »Wołyń« donosi, że w Winnicy (na Podolu) zawiązało się Towarzystwo lekarskie.

* Liczba słuchaczów medycyny obcokrajowców, zwłaszcza słowian, w Szwajcaryi doszła do wysokiego stopnia i wywołała protest młodzieży miejscowej, odczytany w Radzie Związkowej w Bernie. Mianowicie na 1696 słuchaczów medycyny w szwajcarskich uniwersytetach było obcokrajowych 1048 (z tego 234 męższczyzn a 814 kobiet).

* Angielska »Antitobacco and antinicotine League« zamierza wnieść w parlamencie projekt do prawa »zabraniającego palenia tytoniu młodzieży poniżej lat 16«.

* »Echo de Paris« donosi, że wskutek odwrotnego położenia trzew, pewien samobójca, który celnie strzelił do siebie w 6-ty lewy przestwór międzyżebrowy, pozostał przy życiu.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XI (15—12—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 57, zmarło osób 41, mianowicie: z gruźlicy 12 (5 zam.), z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2, z cholery niemowląt 2 (1 z.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Ludloff mianowany kierownikiem ortopedycznego oddziału chirurg. kliniki w Wrocławiu. Doc. Tobeitz — otrzymał tytuł profesora. Docenci: Henriques, Mörkeberg i Paulli — mianowani profesorami w Kopenhadze. Prof. Flügge z Wrocławia mian. profesorem higieny w Uniw. wiedeńskim, na miejsce Grubera. Zwyczajnym prof. okulistyki w Genewie mian. został Dr. Haltenhoff — Dr. Perthes mian. kierownikiem chirurg. polikliniki w Lipsku.

Nekrologia. Dr. Franciszek Mieczysław Głuchowski, lekarz okręgowy, zmarł w Moszczanach. Prof. anatomii patolog. Kahlden zmarł w Freiburgu. Prof. Thommas sławny ginekolog, zmarł w Nowym Yorku.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Reichman: Kilka słów o rozpoznawaniu i o leczeniu spraw zakaźno-zapalnych pęcherzyka i przewodów żółciowych. Bernhardt: Przyczynek do budowy wrzodu pierwotnego. Cykowski: Przyczynek do nauki o włókniako-mięsakach pochwy (dok.). Bucelski: Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma. Padaczka Jacksona i bezwład postępujący (dok.).

— *Medycyna* Nr. 13. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej. Steinhaus: Przerosty ogniskowe w wątrobie jako następstwo ostrego żółtego zaniku (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Goldman: O zewnętrznem użyciu wyskoku w postaci okładów. Piasecki: Przypadek choroby Stokes-Adamsa. Cągliński: Parę słów o tężyczce. Arnstein: Zniżenie ciepłoty ciała za pomocą obfitego zimnego napoju i chłodnych lewatyw w przypadku duru brzusznego z hipertermią. Nowakowski: Przypadek niedrożności jelit wyleczony atropiną. S. Sterling: W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. Brzeziński: W sprawie t. zw. »monopolu lekarskiego«. Łagowski: Kilka danych o poglądach na etyologię, rozpoznawanie i zapobieganie gruźlicy przed 100 laty.

— *Nowiny lekarskie* Z. 4. Strzemiński: Cierpienia oczu, wywołane przez płonicę podczas epidemii r. 1902 w Wilnie. Dziembowski: Myasthenia gravis pseudoparalytica Bulbaerparalyse ohne anatomischen Befund), Erb-Goldflamscher bulbaerparalytischer Symptomcomplex, Asthenische Bulbaerparalyse.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13 Frankenberger: Atresie obou chřipí. Pelnář: Případ rozsáhlého zvápenatění tepen. Meiopragie. Vobr: Mořské a horské podnebí; mořská a minerální lázeň. Veigner: Význam váhy mozkové u člověka (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 25. Calmette: Higiena społeczna. Towarzystwa wzajemnej pomocy i walka z gruźlicą. Doyon: Uriage, stacya lecznicza dla dzieci.

— Nr. 26 Parmentier: Kryoskopia mleka. Jej zastosowanie w higienie. Censier: W sprawie rwy żylnej *(phlébalgie)*.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Heubner: O chorobie Barlowa. Mayer: W sprawie wydzielania kwasu glikuronowego. Cohn: W sprawie skuteczności leczenia hetolem. Pinkus: O zachowawczem, nieoperacyjnem leczeniu cierpień kobiecych. Eckstein: Terapeutyczne wyniki wstrzykiwań stwardzonej parafiny w chirurgii (dok.). Peyser: Otologiczne uwagi nad powyższą rozprawą Dr. Ecksteina o wstrzykiwaniach parafiny.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Trumpp: Operacyjne leczenie ostrej cieśni krtani. Kramer: Moczopędne działanie teocyny. Schmidt: Przyczynek do sprawy odrodzenia się krwi. Sabrazès: Badanie krwi przy torbielach wodunkowych, miejscowa i ogólna eozynofilia. Mendel: Bezpośrednie opukiwanie nadbrzusza, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy wrzodzie żołądka. Fraenkel: Znaczenie badania promieniami Roentgena dla praktycznej chirurgii. Trautmann. Znaczenie oddechania nosem, jego działanie ochronne i uzdrawiające w chorobach. Roemheld: Odosobniony kurcz drgawkowy miękkiego podniebienia. Bressel: Przypadek zapalenia płuc na tle gonokoków. Tenholt: Niebezpieczeństwo zakażenia się tęgoryjcem dwunastnicy w górnictwie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Singer: Kurczowe zaparcie stolca. Dirmoser: Dalsze przyczynki do teoryi samozakażenia przy wymiotach niepowściągliwych u ciężarnych. Lotheissen: Guz trzustki obok zwężenia dwunastnicy i ciężkiej żółtaczki. Walker: Hall: Kliniczne oznaczanie ogólnej zawartości puryny w moczu za pomocą purometru.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 14. Kraus: Cukrzyca florizynowa i chemiczna swoistość. Saul: Przyczynek do morfologii laseczników chorobotwórczych. Fliess: Ropień móżdżku z nagłem porażeniem ośrodka oddechowego. Thimm: Swoiste, krwotoczne syfilidy skóry. Fuchs: Przyczynek do teoryi działania bismutu. Cohnheim: Wymoczki w żołądku i w jelitach człowieka i ich znaczenie kliniczne (dokończenie).

Redakcya otrzymała. J. Kadyi: Ein höchst einfacher Perforator

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 18 Kwietnia 1903. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej zapomocą rozszerzadeł metalowych, wraz z opisem czterech przypadków.

Podał

Dr. Rudolf Brejter,

I. Asystent kliniki.

Sposób rozszerzania szyi macicznej zapomocą przyrządów metalowych nie jest zdobyczą lat ostatnich; znanym już był bowiem w odległej przeszłości (Osiander, Mauriceau, Ellinger); nie przyjął się jednak ogólnie i nie został przyjęty w poczet niezbędnych przyrządów położniczych.

Dopiero w ostatnich dwóch latach sprawa ta została na nowo poruszoną przez Bossiego, który udoskonalił tę metodę, podał przyrząd własnego pomysłu i przytoczył bardzo pomyślną statystykę przypadków, operowanych tym przyrządem. Wkrótce potem ukazuje się praca Leopolda (Zentralblatt f. Gyn. No 19. 1902.), w której autor przytacza 5 przypadków rodzących z wystąpieniem drgawek porodowych, a które operował z nadzwyczaj pomyślnym wynikiem zapomocą przyrządu Bossiego.

Praca tak poważnego autora, jakim jest Leopold, wywołała ogólne zainteresowanie się i wkrótce potem okazuje się cały szereg sprawozdań z kazuistycznych spostrzeżeń, jakoteż różne modyfikacye przyrządu Bossiego. Między tymi znajdujemy przyrząd Frommera, Kaisera, Knappa i innych.

To ogólne zajęcie się tą sprawą zdaje mi się jest zupełnie wytłómaczonem, dotychczasowe bowiem sposoby szybkiego rozwarcia dróg porodowych miękkich są niewystarczające, jedne bowiem zbyt wkraczające, inne zaś za powolnie do celu prowadzą.

W klinice prof. Marsa operowano tym sposobem t. j. zapomocą rozszerzadeł metalowych w czterech przypadkach, których krótki przebieg podaję:

I. L. p. 416. *T. K.*, l. 19, pierwiastka, przywieziona do kliniki dnia 6. VII. 1902 r. w stanie bezprzytomnym, według podania rodziny po pięciu napadach drgawek porodowych. W sali przyjęcia wystąpił 6-ty napad, trwający około 3 minut; w 10 minut po tym napadzie wśród badania 7-my napad drgawek. Ciepłota 38°, tętno 132. Badanie zewnętrzne wykazuje: macica postacią i kształtem odpowiada 10. miesiącowi ciąży; słabe skurcze macicy; tętno płodu po lewej stronie, poniżej pępka; części drobne po prawej w dnie. Wymiary miednicy: D. s. $21^1/_2$, d. cr. 27, d. tr. $30^1/_2$. c. extr. $16^1/_2$, c. dg. 10; obwód miednicy = 84 ctm. W moczu znaczna ilość białka. Badanie wewnętrzne: część pochwowa prawie zanikła, ujście zewnętrzne dla palca nie drożne, przepuszcza zaledwie jego koniec, którym można wyczuć od czasu do czasu w czasie bolu słabo napinający się pęcherz płodowy; główka, przyparta do wchodu miednicy, daje się unieść w górę.

Rozpoznano: pierwiastka — rodząca w pierwszej połowie pierwszego okresu porodowego, na końcu ciąży; czaszkowe I. miednica ogólnie ścieśniona, płaska, drgawki porodowe, nieprzytomność.

Wobec ciężkiego stanu ogólnego i często występujących napadów postanowiono ukończyć poród. W uśpieniu chloroformowem po odsłonięciu wziernikami ujścia zewnętrznego macicy, wprowadzono rozszerzadło Bossiego bez kapturków do szyi (Dr. Brejter), po rozszerzeniu zaś do podziałki 2. założono kapturki. W przeciągu 25-ciu minut rozszerzono szyję na szerokość 7 ctm. w średnicy, t. j. do kreski 7. na podziałce przyrządu, przyczem nie stwierdzono żadnego uszkodzenia miąższu szyi. Po usunięciu rozszerzadła przebito pęcherz płodowy i założono kleszcze Madurowicza na główkę, przypartą do wchodu miednicy, a po 11-stu pociągnięciach udało się przeprowadzić przez kanał rodny płód żywy, ważący 3000 grm. Na główce płodu na kości bocznej lewej, blizko szwu strzałkowego, mogłem stwierdzić trójścienne zagłębienie, pochodzące od tylnego ramienia rozszerzadła, względnie kapturka; na czole po stronie prawej nieznaczne odgniecenie od kleszczy. W szyi macicy można było stwierdzić powierzchowne, płytkie pęknięcie od strony prawej. Następnego dnia dwa słabe napady drgawek, białko z moczu po kilku dniach ustąpiło zupełnie, chora powoli przyszła do siebie, a dnia 17. VII, opuściła klinikę zdrowa z dzieckiem zdrowem.

II. L. p. 527. *K. B.*, pierwiastka, lat 31, zgłosiła się dnia 6. XI. 1902 r.; słabe bole od 20 godzin, wody odeszły przy rozpoczęciu się bolów porodowych. Badanie zewnętrzne wykazuje: macica odpowiada 10 mu miesiącowi ciąży, tętno płodu po stronie prawej poniżej pępka wyraźnie słyszalne, główka przyparta do wchodu miednicy. Wymiary miednicy: d. s. 22, d. cr. 26, d. tr. 30, c. extr. $17^1/_2$, c. dg. 10. obwód miednicy 84. Badanie wewnętrzne: druga połowa I okresu, ujście swobodnie przepuszcza palec, brzegi ujścia grube, niepodatne, główka silnie przyparta do wchodu miednicy, daje się jednak unieść w górę pęcherz płodowy pęknięty.

Rozpoznanie: stara pierwiastka rodząca, w 2. połowie I okresu porodowego, miednica ogólnie ścieśniona, marskość ujścia zewnętrznego (rigiditas), płód w położeniu czaszkowem II.

Dnia 8. VII. stan ten sam, słabe i rzadkie bóle, tętno płodu szybkie, głuche, ze sromu wydobywa się smółka, ciepłota matki 37·8. Wobec ogólnego stanu chorej i wobec niebezpieczeństwa grożącego płodowi postanowiono ukończyć poród. Po odsłonięciu wziernikami ujścia macicy i uchwyceniu brzegu jego kulociągiem (prof. Mars), wprowadzono do szyi rozszerzadło Frommera, zapomocą którego w przeciągu 28 minut rozszerzono ujście do podziałki $8^1/_2$. W tym przypadku zastósowano działanie okresowe rozszerzadłem, o którem poniżej wspominam. Po usunięciu rozszerzadła założono kleszcze Tarniera na główkę silnie przypartą do wchodu miednicy. Po 8 pociągnięciach wydobyto płód donoszony (3450 grm.), silnie omdlały, którego nie docucono. W szyi macicy widzieć można nieznaczne płytkie smugi, podłużnie przebiegające, ciemniej zabarwione. Smugi te odpowiadają miejscom, w których leżały ramiona rozszerzadła. Połóg przebiegał bez zaburzeń. Dnia 24. XI. opuszcza chora klinikę w zupełnie dobrym stanie.

III. L. p. 612 15. XII. 1902. *B. S.*, lat 33, wieloródka, bóle od kilku godzin, krwawienie z części rodnych od 3 tygodni z różnem nasileniem Badanie zewnętrzne: osoba wzrostu małego o odżywieniu podupadłem, ze znaczną niedokrewnością, tętno 140, słabo napięte, ciepłota ciała 37.8. Macica wielkością odpowiada VII. miesiącowi księżycowemu ciąży, nieznaczne skurcze macicy, rzadko występujące; nad spojeniem wysoko wyczuwa się główkę płodu małą, zupełnie ruchomą

Badanie wewnętrzne: ze sromu wydobywa się krew w nieznacznej ilości; część pochwowa niespełna na pół falangi skrócona, ujście przepuszcza palec, szyja ku górze się rozszerza; ponad kanałem szyi na całej przestrzeni wyczuwa się łożysko. Rozpoznanie: wieloródka w VII. miesiącu ciąży, pierwsza połowa I. okresu porodowego, łożysko przodujące *(placenta praevia centralis)*. Po sprawdzeniu tego stanu przystąpiono natychmiast do rozszerzenia szyi zapomocą rozszerzadła czteroramiennego Bossiego (Dr. Breiter). Przy 3-ciej podziałce założono kapturki i rozszerzono ujście do 5-tej przedziałki, co trwało 15 minut. Przez cały ten czas krwawienie, które się wzmagało w miarę rozszerzania się szyi tak, iż dalszego rozszerzania musiano zaniechać. Następnie od strony lewej, usuwając łożysko, dostano się dwoma palcami do pęcherza płodowego, który przebito i chwytając za nóżkę, wykonano obrót Braxtona-Hicksa. Po kilku bólach płód urodził się po główkę, szyja przy ściąganiu główki stawiała nieznaczny opór; płód nieżywy, ważył 1400 grm., bez oznak maceracyi. Łożysko wystąpiło ze szpary sromowej tuż za płodem. Z powodu złego kurczenia się macicy, mimo nieznacznego tylko krwawienia, uwzględniając stan znacznej niedokrewności, wytamponowano macicę, przyczem stwierdzić można było pęknięcie szyi, względnie samego brzegu ujścia zewnętrznego po stronie prawej. Z powodu znacznej niedokrewności podano środki pobudzające i podskórne wlewania fizyologicznego roztworu soli. W połogu utrzymywała się gorączka przez 4 tygodnie; zastosowano terapię alkoholową, surowicę przeciwpaciorkowcową z pracowni prof. Bujwida, poczem po 36 dawkach stan chorej znacznie się poprawił tak, iż po 7 tygodniach opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Badanie wewnętrzne przed opuszczeniem kliniki wykazuje wrąb na części pochwowej po stronie prawej, nie sięgający jednak do sklepienia.

IV. L. p. 19. 8. I. 1093 *K. K.*, lat 33, wieloródka, od trzech dni słabe bóle, wody miały odejść przed 48 godzinami. Badanie zewnętrzne: macica rozmiarami i postacią odpowiada końcowi ciąży; rzadkie, słabe skurcze macicy; nad spojeniem wyczuwa się główkę płodu, przypartą silnie do wchodu miednicy; tętno płodu po stronie lewej niżej pępka ledwie słyszalne. Wymiary miednicy: d. s. 22, d. cr. 26, d. tr. 30, c. extr. 18, c. dg. $10^1/_2$; obwód miednicy 85.

Badanie wewnętrzne: część pochwowa zanikła, ujście przepuszcza palec, brzegi ujścia grube, niepodatne; główka największym obwodem we wchodzie miednicy, pęcherz płodowy pęknięty, przedgłowie znaczne, smółka wydziela się w wielkiej ilości.

Rozpoznanie: wieloródka, rodząca w 2-giej połowie I okresu porodowego, marskość ujścia zewnętrznego, miednica ogólnie ścieśniona płaska, płód w czaszkowem I, główka ustalona.

Wobec niebezpieczeństwa grożącego dziecku i wyczerpania matki postanowiono ukończyć poród. Uchwyciwszy brzeg górny ujścia kulociągiem, wprowadzono do ujścia 8-ramienne rozszerzadło Kaisera (prof. Mars) bez kapturków; po rozszerzeniu ujścia mniej więcej na 3 ctm. w średnicy wyjęto rozszerzadło i założono kapturki. Z trudnością udało się po raz wtóry wprowadzić rozszerzadło z kapturkami, brzegi ujścia bowiem obwisłe przedostawały się w rozstępy między pojedynczymi kapturkami i utrudniały wprowadzenie rozszerzadła do kanału szyi. Po wprowadzeniu rozszerzono szyję mniej więcej na 7 ctm. w średnicy i założono kleszcze Madurowicza, przyczem żadnego obrażenia szyi nie znaleziono; czas rozszerzania wynosił 20 minut. Po pięciu pociągnięciach wydobyto płód donoszony, okazujący słabe oznaki życia, którego nie zdołano docucić. Po urodzeniu się łożyska stwierdzono powierzchowne pęknięcie brzegu ujścia od strony prawej i przodu, przechodzące na jakie $1^1/_2$ ctm. na pochwę. Krwawienia zupełnie nie było, pomimo tego złączono brzegi pęknięcia szwem ciągłym katgutowym. Po 11 dniach prawidłowego połogu opuściła chora klinikę w stanie zdrowym.

Opisane cztery przypadki, w których stosowano rozszerzadła metalowe, dały mi możność skreślenia niżej podanych uwag; przedtem jednak zamierzam powiedzieć kilka słów o samej technice rozszerzania.

Technika rozszerzania miękkich dróg porodowych nie przedstawia żadnych trudności. Po należytem oczyszczeniu sromu odsłaniamy zapomocą szerokich wzierników rynienkowych część pochwową, względnie ujście zewnętrzne, a chwyciwszy kulociągiem, ściągamy nieznacznie ku dołowi; mając w ten sposób ustaloną część pochwową, z łatwością możemy wprowadzić ramiona rozszerzadła do szyi macicy. Po wprowadzeniu do kanału szyi i napięciu jej ścian, usuwamy kulociąg jako zbyteczny, a trzymając rozszerzadło spokojnie w ręce, kręcimy co pewien czas śrubą. Przepasek, które są dołączone do przyrządu Bossiego, nie używamy wcale, uważając je za zbyteczne. Zdawanie sobie sprawy z napięcia szyi również przychodzi łatwo, w miarę bowiem jego zwiększania się, śruba stawia nam znaczniejszy opór. Postępując zaś bardzo ostrożnie, możemy wprost dotykiem zdawać sobie sprawę, co przychodzi z łatwością, zwłaszcza przy przyrządzie Bossiego, w którym dostęp dla palca między ramionami rozszerzadła jest możliwym i łatwym.

Wielką również ma racyę tak zwane okresowe działanie rozszerzadłem, które zastosował prof. Mars w drugim z powyżej opisanych przypadków. Działanie to polega na tem, iż tylko w chwili skurczu mięśnia macicy kręcimy śrubą, wywołując w ten sposób napięcie ścian szyi, w chwilach zaś wolnych od skurczów, nieznacznie zwalniamy; czyli, że działamy tylko podczas skurczów macicy. Wówczas działanie rozszerzadła nie jest tak dalece samodzielnem, względnie wkraczającem, lecz tylko wspierającem działanie bolów porodowych, — a co zatem idzie, — iż jest najbardziej zbliżonem do działania fizyologicznego. Działanie takie rozszerzadłem uchronić może najlepiej od pęknięć szyi. Możność działania okresowego ułatwia znacznie ta okoliczność, iż podczas rozszerzania występują, względnie potęgują się skurcze macicy, prawdopodobnie skutkiem drażnienia dolnego odcinka macicy. Kładę na to szczególniejszy nacisk, gdyż okoliczność ta, nietylko, iż może wpływać na samą technikę rozszerzania, lecz również może mieć swe znaczenie praktyczne przy wywoływaniu przedwczesnego porodu zapomocą rozszerzadła, o czem jeszcze wspomnę poniżej. (Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr. L. Wachholz).

O otruciu aniliną.

Przez

Dra Adama Wrzoska, Dra Stefana Horoszkiewicza i Bolesława Rzegocińskiego.

(Ciąg dalszy).

III.

Cały szereg badaczów robił doświadczenia na zwierzętach, by zbadać własności trujące aniliny. Pierwsze doświadczenia tego rodzaju datują się z siódmego dziesiątka lat ubiegłego stulecia. I tak Schuchardt, robiąc doświadczenia na psach i żabach, pierwszy zauważył, iż po otruciu aniliną występują u zwierząt drgawki i duszność. Turnbull, który badał wpływ siarkanu aniliny na zwierzęta, podkreśla jako objaw charakterystyczny otrucia aniliną sine zabarwienie warg, nosa i języka. Zabarwienie to występuje podług Turnbulla wskutek utlenienia aniliny w ustroju i zamiany jej na barwik sino-fioletowy, który nadaje skórze i błonie śluzowej charakterystyczne zabarwienie. Olivier i Bergeron pierwsi zauważyli zmiany we krwi. Krew była ciemna, nie krzepła; surowica, otrzymana z takiej krwi, miała czerwonawą barwę. Czerwone krwinki zmieniały swoją postać i odbarwiały się wskutek utraty hemoglobiny. Na zasadzie

tych spostrzeżeń przyszli autorowie francuscy do wniosku, iż anilina jest przedewszystkiem trucizną, działającą na krew. Przeciwko temu poglądowi wystąpił Bergmann. Na zasadzie swych doświadczeń twierdził on, iż anilina poraża ośrodkowy układ nerwowy, a przedewszystkiem rdzeń, wskutek czego powstają ogólne i mięśniowe drgawki, znieczulenie i zaburzenia ruchowe. Pobudliwość obwodowych nerwów ruchowych i mięśni pozostawała nienaruszoną. Śmierć zatrutych aniliną zwierząt następuje podług Bergmanna wskutek porażenia ogólnego, lub wskutek zaburzeń ze strony oddechania i serca. Osłabienie serca pochodzi z osłabienia oddechania, to ostatnie zaś jest następstwem porażenia mięśni dowolnych. Nie zgadza się Bergmann także z Turnbullem co do pochodzenia sinego zabarwienia powłok skórnych przy otruciu aniliną. Bergmann był wreszcie pierwszym, który dowiódł, iż anilina z ustroju wydziela się z moczem w czystej postaci Wpływ aniliny na krew *in vitro* badał Starkow. Do probówek z odwłóknioną krwią dodawał anilinę w niewielkich ilościach: jedną kroplę na ctm.^{3} odwłóknionej krwi. Na zasadzie swych doświadczeń przyszedł Starkow do wniosku, iż anilina niszczy czerwone krwinki, rozpuszczając ich otoczkę i rozkładając hemoglobinę. U psa, któremu do jamy brzusznej wstrzyknął $1^1/_4$ grm. aniliny, zauważył wkrótce rozszerzenie źrenic, niepokój, ślinotok i kurcze drgawkowe. Po czterech godzinach nastąpił zupełny zapad, ciepłota obniżyła się o 2,8°. Śmierć nastąpiła po 12-tu godzinach. Krew, wzięta ze zwierzęcia po śmierci, była ciemna. Obniżenie ciepłoty i drgawki tłómaczy autor zmianami we krwi. Jeszcze przed Starkowem robił doświadczenia Winogradow, badając wpływ siarkanu aniliny przeważnie na żaby. Główny skutek, jaki siarkan aniliny wywiera na układ nerwowy, przejawia się podług Winogradowa w porażeniu rdzenia. Odmienne własności przypisuje anilinie Hirt. Zauważył on u zwierząt otrutych aniliną przedewszystkiem przyspieszenie oddechu i bicia serca, a później osłabienie i jednego i drugiego. U samic ciężarnych występowało poronienie. Śmierć zwierzęcia następuje zdaniem Hirta wskutek porażenia serca, a więc anilina jest trucizną sercową. Schmiedeberg badał, w jakiej postaci wydziela się anilina z ustroju. Nie mógł on znaleźć w czystej postaci aniliny w moczu, natomiast znajdował ją w postaci paramidofenolu. Leloir, robiąc doświadczenia na zwierzętach, zauważył fuchsynę w moczu jednego zwierzęcia, otrutego aniliną. Tłómaczy on to zjawisko utlenieniem aniliny w ustroju. Dotąd spostrzeżenia Leloira nikt nie potwierdził. Engelhardt pierwszy wykazał obecność methemoglobiny w moczu zwierząt otrutych aniliną, a prócz tego znajdował methemoglobinę we krwi i w moczu barwiki żółci, oraz anilinę tak w czystej postaci, jak i w połączeniach. Chcąc sprawdzić, czy słusznem jest twierdzenie Turnbulla i innych, iż anilina zamienia się w ustroju na barwik, badał autor drobnowidowo skrawki skóry, błony śluzowej i narządów wewnętrznych. W skrawkach skóry, wziętych z miejsc, gdzie podskórnie wstrzykiwana była anilina, w tkance podskórnej znalazł autor zabarwienie różowo-czerwone, żółte i jasno-niebieskie. W skrawkach z języka i warg, w błonie śluzowej i tkance podśluzowej znajdował Engelhardt małe kuleczki niebieskawego barwika, a obok nich żółte i jasno-niebieskie ziarenka barwików. Prócz tego znalazł autor w jednym przypadku w komórkach wątrobnych niebieskie kuleczki barwikowe. Badając chemicznie narządy i krew, znajdował anilinę w wątrobie, żołądku oraz krwi, a czasem i w nerkach. U żab po wprowadzeniu pod skórę aniliny zauważył Engelhardt osłabienie kończyn, przyspieszony oddech i powiększoną pobudliwość odruchową. Przy powtórnych dawkach występował tężec tylny (opisthotonus). Zmiany we krwi, zmianę kształtu krwinek czerwonych i rozłożenie hemoglobiny spostrzegał autor dopiero po upływie doby. U żab więc krwinki czerwone są odporniejsze na jadowite działanie aniliny, niż u zwierząt ciepłokrwistych. Charakterystyczne zabarwienie skóry i błony śluzowej u zwierząt otrutych aniliną objaśnia Engelhardt sinicą i zamianą aniliny w ustroju na związki barwiące. U zwierząt, które truł aniliną, spostrzegał Engelhardt objawy, notowane już zresztą przez poprzednich badaczów, a mianowicie: duszność, niedowład tylnych kończyn, wzmożoną działalność serca, rozszerzeniie źrenic, ślinotok i obniżenie ciepłoty nieraz z 40° na 34·3°. Najważniejsze objawy, jak duszność, porażenie tylnych kończyn, obniżenie ciepłoty, objaśnia autor zmianami we krwi. Prace Blumenthala, Wertheimera i Meyera nie dorzuciły nic nowego do wyników badań wyżej wspomnianych autorów. Utrzymują oni, iż anilina jest przedewszystkiem jadem krwi. Natomiast Czerwinski na zasadzie swych doświadczeń twierdzi, że anilina poraża ośrodek oddechowy, a prócz tego poraża ośrodkowy układ nerwowy, pobudzając hamujące przyrządy serca i wreszcie poraża sam mięsień sercowy. Vaccari, robiąc doświadczenia z aniliną na królikach, otrzymywał w moczu obok hemoglobiny i leucyny również cukier i wałeczki. Spostrzeżenie to Vaccariego co do obecności cukru w moczu, zostało niedawno potwierdzone przez Brata. Obszerną rozprawę o działaniu aniliny na ustrój zwierzęcy ze szczególnem uwzględnieniem zmian anatomo-patologicznych przy otruciu aniliną, ogłosił Korsunski. W pracy jego są wyczerpująco omówione prawie wszystkie rozprawy o otruciach anilinowych, które się pojawiły do roku 1891. Autor na zasadzie swoich doświadczeń, wykonanych na psach i królikach twierdzi, iż pierwszym objawem zatrucia u zwierząt jest ślinotok. Prawie jednocześnie z tym objawem występują zaburzenia w oddechaniu: po małych dawkach spostrzega się oddech przyspieszony, powierzchowny; większe dawki (1—1,5 grm.) wywołują duszność i drgawki w kończynach tylnych, a później i przednich. Gdy zaczynają się drgawki w kończynach, zwierzę ustać nie może i pada na bok. Drgawki trwają nieraz kilka godzin, zależnie od dawki. Jednocześnie z tem występowało zawsze niebieskawe zabarwienie niektórych części ciała. W moczu znajdował autor nieraz barwiki żółciowe i hemoglobinę. Spostrzegał on również krwawe zabarwienie kału po otruciu aniliną. Ciepłota ciała u wszystkich zwierząt pod wpływem aniliny obniżała się o 0,5° do 2°. W celu sprawdzenia spostrzeżeń Engelhardta co do zamiany aniliny w ustroju na związki barwiące, autor badał drobnowidowo skrawki skóry, brane z tego miejsca, w którym wstrzyknął był uprzednio podskórnie anilinę. W głębokiej warstwie skóry i w tkance podskórnej znajdowały się wybroczyny krwi. W tych wybroczynach wśród krwinek nienaruszonych i rozpadniętych spostrzegał autor, stosunkowo rzadko, nieznaczne złogi barwika koloru ciemno-sinego do jasno-niebieskiego, a czasem i ziarenka różowo-czerwone. Zmiany anatomo-patologiczne

narządów, jakie znalazł autor w ostrych i przewlekłych zatruciach aniliną, były mało charakterystyczne: w wątrobie i nerkach przekrwienie, wybroczyny i białkowate, oraz tłuszczowe zwyrodnienie; prócz tego jeszcze w nerkach złuszczenie przybłonka i *glomerulo-nephritis*. Anilinę uważa Korsunski za truciznę krwi i śmierć po otruciu aniliną przypisuje jedynie zaburzeniom we krwi, jak to czyni zresztą znaczna większość autorów. Natomiast Silbermann jest zdania, iż śmierć po otruciu aniliną następuje wskutek wytworzenia się zakrzepów, zwłaszcza w naczyniach włosowatych. Sprawdzeniem doświadczeń Silbermanna zajął się Falkenberg i przyszedł do wręcz odmiennego przekonania o przyczynie śmierci po zatruciu aniliną. Przyczynę śmierci upatruje on w działaniu aniliny na krew i układ nerwowy; natomiast skrzepów nie znalazł ani w sercu, ani w większych ni w mniejszych naczyniach, ani w naczyniach włosowatych.

Jak z powyższego wywnioskować można, pomimo dość znacznego szeregu odnośnych prac działanie aniliny na ustrój ludzki i zwierzęcy nie zostało dotychczas dostatecznie wyświetlone. Gdy jedni badacze uważają anilinę za truciznę przedewszystkiem krwi, inni przypisują jej w pierwszej linii zgubny wpływ na układ nerwowy; są wreszcie tacy, którzy w anilinie widzą truciznę sercową, lub porażającą ośrodek oddechowy (Czerwinski, Olga Stoff), lub wreszcie posiadającą własność wywoływania w naczynach włosowatych skrzepów, a przez to sprowadzającą śmierć. Większość jednak uznaje anilinę za truciznę krwi i pogląd ten, jako już w nauce do pewnego stopnia utarty, znaleźć można w podręcznikach toksykologii.

IV.

Aby zbadać, w jakim stopniu anilina jest trucizną krwi, a w jakim trucizną układu nerwowego i od czego zależy śmierć po otruciu aniliną, wykonaliśmy kilkadziesiąt doświadczeń na zwierzętach (kotach, psach, świnkach morskich, białych myszach i żabach). Anilinę (olejek anilinowy) wprowadzaliśmy do ustroju zwierząt w rozlicznych dawkach i wszystkiemi możliwemi drogami, a więc podając wewnętrznie, wstrzykując podskórnie i do jamy brzusznej, zmuszając zwierzę do oddechania parami anilinowemi, a wreszcie próbowaliśmy wywołać zatrucie aniliną przy stosowaniu jej na skórę. Zanim przejdziemy do omówienia wyników naszych doświadczeń, przytoczymy w streszczeniu część sprawozdań z tych doświadczeń.

Doświadczenie I.

Kot wagi 4300 grm. Badanie krwi bezpośrednio przed doświadczeniem wykazało: czerwonych krwinek 9.960 000 w 1 mm.^{3}, białych 30,600, hemoglobiny 69 (podług hemoglobinometru Fleischla). Kota umieściliśmy w klatce, do której był wolny przystęp powietrza ze wszystkich stron; następnie klatkę wraz z kotem ustawiliśmy w digestoryum nad parownicą z aniliną, którą ogrzewaliśmy, aby szybko parowała. Po upływie pół godziny kot bardzo niespokojny i rzuca się w klatce, wkrótce potem następuje nadzwyczaj obfity ślinotok, kot stał się senny, apatyczny i siedział w klatce nieruchomo. Po upływie sześciu kwadransów od początku doświadczenia wyjęliśmy kota z klatki i zbadaliśmy niezwłocznie krew. Była ona ciemna, prawie czarna. Badana widmowo przedstawiała wyraźną smugę ciemną w czerwonej części widma — widmo methemoglobiny. Czerwonych krwinek było 6.880.000, białych zas 42.000, hemoglobiny tylko 19. W kilka godzin potem kot padł. Badanie pośmiertne wykazało przekrwienie w wątrobie, pozatem żadnych zmian widocznych. Krew płynna, ciemna. Ilość czerwonych krwinek wynosiła 5 020.000, hemoglobiny 18.

Doświadczenie III.

Świnka morska wagi 380 grm. Przez pół godziny trzymaliśmy ją w parach anilinowych w ten sam sposób, jak kota w pierwszem doświadczeniu. Krew badana przed doświadczeniem wykazała czerwonych krwinek 6 666.000, białych 18.000, hemoglobiny 108. Po doświadczeniu zmian znaczniejszych we krwi nie zauważyliśmy. Liczba czerwonych krwinek wynosiła 6.080.000, białych 21.000, hemoglobiny 94. Postać krwinek nie była zmieniona. Zwierzę nie padło.

Doświadczenie IV.

Pies wagi 4750 grm. Trzymano zwierzę w parach anilinowych jak w doświadczeniach poprzednio opisanych, w ciągu 1 godz. 15 min. Przed doświadczeniem we krwi było 6 900.000 czerwonych krwinek, 37.500 białych, a ilość hemoglobiny wynosiła 120. Po doświadczeniu we krwi wyraźna methemoglobina, czerwonych krwinek 5.316.000, białych 38.000, hemoglobiny 85. Podczas oddechania parami aniliny po godzinie wystąpił u psa silny niepokój, później senność. Na drugi dzień pies nie wstaje z miejsca i nic nie je. We krwi — OHb., ilość krwinek, jak dnia poprzedniego. Po paru dniach zwierzę wróciło do zdrowia.

Doświadczenie VI.

Młody sześciomiesięczny kot. Oddechał parami aniliny w ciągu 1 godz. 20 minut. Przed doświadczeniem liczba krwinek czerwonych wynosiła 7.390.000, białych 22.000, hemoglobiny 65. Po wyjęciu kota było krwinek czerwonych 6.500.000, białych 33.000, hemoglobiny 40. Krew badana widmowo wykazała wyraźną smugę MetHb. W pół godziny od początku doświadczenia wystąpił obfity ślinotok i senność; w dziesięć minut potem duszność. W godzinę od początku doświadczenia zaczęły się drgawki. Po wyjęciu z klatki zwierzę było senne i nieprzytomne. Po upływie 24-ch godzin kot padł. Badanie pośmiertne wykazało krew płynną, we krwi OHb., ilość krwinek niezmniejszoną.

Doświadczenie VIII.

Włożyliśmy białą mysz do klosza, w którym był kawałek waty zwilżony aniliną. W pół godziny wystąpiły drgawki, w półtora śmierć. We krwi zaraz po śmierci stwierdziliśmy tylko OHb.

Doświadczenie IX.

Mysz biała, włożona do tego samego klosza, co i poprzednia. Po upływie pół godziny wystąpiły drgawki, po sześciu kwadransach, gdy mysz była już w konaniu, dobiliśmy ją. We krwi MetHb.

Doświadczenie XII.

Mysz biała, włożona do klosza, w którym znajdował się kawałek waty, zmaczany w anilinie. Po 25-ciu minutach wystąpiły silne drgawki. Po godzinie oddech słaby, mysz kona. Dobiliśmy ją i niezwłocznie zbadali krew. We krwi — MetHb. Liczba krwinek czerwonych przed doświadczeniem 12.200.000, po doświadczeniu 9.200.000.

Doświadczenie XVI.

Pies wagi 4100 grm. Po zakuraryzowaniu zwierzęcia połączyliśmy z manometrem tętnicę szyjną (carotis), a do żyły szyjnej (jugularis) wstrzyknęliśmy 5 ctm.^{3} 10% zawiesiny aniliny w wodzie przekroplonej. Gdy po 10-ciu minutach nie wystąpiły żadne zmiany ani w ciśnieniu krwi, ani w skurczach serca, wstrzyknęliśmy pod skórę 5 ctm.^{3} aniliny. W 10 minut potem, badając krew, zauważyliśmy wyraźną smugę MetHb. Gdy po upływie kilku minut żadnych zmian w czynności serca nie zauważyliśmy, wstrzyknęliśmy jeszcze 4 ctm.^{3} aniliny podskórnie. Pomimo iż psu wstrzyknęliśmy wielką ilość aniliny, bo blisko 10 ctm.^{3}, gdy dawka śmiertelna wynosi tylko około 2 grm., nie zauważyliśmy żadnych zmian ani w działaniu serca, ani w ciśnieniu krwi. Po upływie godziny całej od początku doświadczenia, a 30 minut od ostatniej dawki, psa skrwawiliśmy. Mocz wzięty wprost z pęcherza pipetą miał barwę czekoladową, a badany spektroskopem wykazał wyraźną smugę MetHb. Doświadczenie to przemawia przeciwko twierdzeniu Hirta jakoby anilina była jadem sercowym.

Doświadczenie XVIII.

Królik wagi 1660 grm. Liczba krwinek czerwonych wynosiła 8.900 000, białych 19.000. Królikowi wstrzyknięto podskórnie 1 ctm. aniliny. Po upływie dwóch godzin pojawiły się drgawki mięśniowe i wystąpił niedowład kończyn, zwłaszcza tylnych. Królik ledwo może się ruszać. Przewrócony na bok o własnej sile wstać nie może. Ciepłota w prostnicy wynosi 36.4° (prawidłowa ciepłota u królika wynosi około 39°). Po upływie trzech godzin ciepłota = 35·7°, po upływie czterech 34°, a po upływie sześciu 33°. Badana wtedy krew zawierała krwi-

nek czerwonych 8350000, białych 20.000. MetHb we krwi nie było, a tylko OHb. Porażenie w dalszym ciągu trwa. Sinicy wyraźnej niema. Podnieść należy w tem doświadczeniu wystąpienie objawów porażenia i znaczne obniżenie się ciepłoty przy braku zmian głębszych we krwi. Nazajutrz królik miał się lepiej. Ciepłota wynosiła 37·25°. Na trzeci dzień zwierzę wyzdrowiało zupełnie. Ciepłota wynosiła 39·4°.

Doświadczenie XVIII.

Żabie wstrzyknięto kilka decygramów aniliny pod skórę. Po kilku minutach porażenie, po kilkunastu — tężec i śmierć. Krew ciemna, ale methemoglobiny w niej niema. Ilość krwinek i kształt ich nie uległy żadnym zmianom.

Doświadczenie XX.

Myszy białej wstrzyknięto kilka kropli aniliny pod skórę. Po upływie 10-ciu minut mysz ledwo się rusza, a po 17-stu minutach wystąpiło zupełne porażenie kończyn tylnych i drgawki, które ustąpiły na kilkanaście minut przed śmiercią. Mysz padła w pięć godzin po zastrzyknięciu aniliny. We krwi OHb.

Doświadczenie XXI.

Myszy białej wstrzyknięto 0·2 ctm.³ aniliny podskórnie. Natychmiast wystąpiło porażenie kończyn i kurcze drgawkowe. Drgawki trwały do samej śmierci, która nastąpiła w godzinę po wstrzyknięciu aniliny. We krwi OHb.

Doświadczenie XXII.

Myszy białej wstrzyknięto podskórnie 0.4 ctm.³ aniliny. Natychmiast wystąpił tężec (opisthotonus) i drgawki. Po 17-tu minutach mysz padła wśród drgawek. We krwi OHb.

Doświadczenie XXVIII.

Myszy białej posmarowaliśmy grzbiet kilku kroplami aniliny i puściliśmy ją na podłogę. Po 20-tu minutach porażenie i drgawki. Po czterech godzinach śmierć. Sekcya wykonana po 24-ch godzinach wykazała krew płynną, we krwi OHb.

Doświadczenie XXIX.

Myszy białej wstrzyknięto 0·4 ctm.³ aniliny pod skórę. Po kilku minutach porażenie i drgawki, a nieco później szczękościsk (głośne zgrzytanie zębami). Po 50-ciu minutach od wstrzyknięcia aniliny śmierć. Przed śmiercią na kilka minut przestała zgrzytać zębami. Oddech był bardzo wolny. We krwi MetHb.

Doświadczenie XXX.

Mysz biała dostała przez pyszczek 2 krople aniliny. Po kilkunastu minutach drgawki i porażenie kończyn. Drgawki były tak silne, iż podrzucały całe zwierzę do góry. Szczękościsk wyraźny. Śmierć po upływie kilku godzin. We krwi OHb.

Doświadczenie XXXIII.

Królik wagi 1745 grm. Ciepłota 38·55. Wstrzyknięto podskórnie 1·6 ctm.³ aniliny. Po godzinie ciepłota 37·8°, po $2^1/_2$—37·5°. We krwi MHb. Porażeń ani drgawek nie zauważyliśmy. Na drugi dzień ciepłota 37·7°, na trzeci 38·4°. W trzecim dniu wstrzyknęliśmy do brzucha $1^1/_2$ ctm.³ aniliny. Po czterech minutach wystąpiło porażenie kończyn, królik przewrócił się na bok i dostał drgawek. Po 10 min. ciepłota wynosiła 37·7°, po 15 min. 36·6°. po 30 min. 35°, po 40 min. 34·2°, po 50 min. 32·8°, po godzinie 32·1°, po półtora godziny 29·9°, po dwóch 28·1°. Śmierć nastąpiła po 2 godzinach. W pół godziny po wstrzyknięciu aniliny do brzucha nastąpił ślinotok. Badając wtedy źrenice, zauważyliśmy, iż lewa jest rozszerzona, a prawa zwężona. Źrenice na światło nie oddziaływały. Odruch rogówkowy był zachowany. Nierówność źrenic pozostała i po śmierci, prawa źrenica miała wtedy średnicę wynoszącą 7 mm, lewa 9 mm.

Doświadczenie XXXIV.

Królik wagi 1490 grm., ciepłota 38·6°, krwinek czerwonych w 1 mm.³ 6,310.000, białych 11.000. Wstrzyknęliśmy królikowi do jamy brzusznej 5 ctm.³ aniliny i puściliśmy na podłogę. Po zrobieniu kilkunastu skoków zaczął królik przeraźliwie piszczeć i przewrócił się na bok, poczem nastąpiły drgawki. W ośm minut po wstrzyknięciu aniliny królik padł wśród drgawek. Zrobiona natychmiast sekcya wykazała, iż w jamie brzusznej znajdowała się jeszcze spora ilość aniliny. We krwi OHb. Krwinek czerwonych 5,820 000, białych 16 000. Część krwinek czerwonych była zniekształcona. (Dokończenie nastąpi).

III. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

IX. Obserwacya II-ga.

Sp., lat 27, mający się wkrótce habilitować w uniwersytecie. Rodzice pacyenta mieli być nerwowi i nerwowem ma być jego rodzeństwo. Na czem atoli ta nerwowość polega, trudno się od pacyenta dowiedzieć. W dzieciństwie przebywał odrę, w 9-tym roku życia zapalenie płuc, w 12-tym ospę wietrzną. Od 15-go do 18-go roku życia miał mieć wyprysk na twarzy. W 17-tym roku przeszedł płonicę, atoli bez żadnych powikłań ze strony ośrodkowego narządu nerwowego. Od 20 go roku życia cierpi 2—3 razy na tydzień na bóle głowy o charakterze ściskającym, umiejscowione w okolicy ciemieniowej, trwające po kilka godzin i najczęściej spowodowane, jak pacyent sądzi, zatrzymaniem stolca, po oddaniu którego bóle te mają ustępować. Od 9-ciu lat pracował pacyent nad miarę, spał przytem niedostatecznie, tudzież podniecał się często herbatą. Herbatę i kawę pił codziennie od najpierwszych niemal dni życia do dnia dzisiejszego. Natomiast nigdy nie palił i nie pił napojów wyskokowych. Przymiotu nie przebywał.

Już przed 4-ma laty zauważył pacyent swój stan nieprawidłowy, co go przestraszyło. Szczególnie zwróciły jego uwagę zaburzenia w sferze psychicznej, a głównie to, że gdy dawniej był żądnym wiedzy, wszystkiem się interesował, a pojawienie się każdej nowej książki naukowej budziło w nim żywe zajęcie, to od lat mniejwięcej czterech, jak sam podaje, wszystko mu się staje coraz więcej i więcej obojętnem, a zakres interesujących go przedmiotów stopniowo maleje. Jego oddziaływanie uczuciowe na zdarzenia zewnętrzne, dawniej tak żywe i przesadne, bo nawet przy drobnych powodach łatwo wybuchał oburzeniem, zachwytem itp., w ostatnich latach stopniowo zanika zupełnie, coraz mniejszy zakres wydarzeń zewnętrznych wywołuje w nim reakcyę uczuciową.

Druga właściwość, jaka zwróciła na siebie uwagę pacyenta i przestrasza go, to zupełna utrata chęci do pracy. Godzinami może on leżeć bezczynnie i bez najmniejszej ochoty do zatrudnienia się, pomimo że ma przed sobą pracę obowiązkową, od której zależy cała przyszłość jego (karyera uniwersytecka). Pacyent zna swój stan bardzo dobrze, czyni sobie z tego powodu wyrzuty, niemal wpada w rozpacz, a mimoto nie pracuje. Wyszukuje on najrozmaitsze inne zajęcia, mało wysilające, szczególnie takie, w których idzie o wykonanie woli innej osoby, przy których trzeba wiele chodzić i wykonywać mechaniczną pracę, aby tylko uspokoić własne sumienie i wyrzuty, że nie wykonuje swojej pracy obowiązkowej. Przyznaje on sam następnie, że to wszystko nie było niezbędne i że właściwie było tylko pretekstem, aby uchylić się od pracy obowiązkowej.

Trzeci objaw, na który uskarża się pacyent, to zupełny zanik woli, brak własnej inicyatywy. Pacyent nazywa sam siebie człowiekiem słabego charakteru, pozbawionym woli. Właściwość tę łatwo można stwierdzić przed-

miotowo, gdy się z pacyentem nieco bliżej żyje. Np. gdy go się spotka, zacznie się pogadankę i da mu choćby najmniejszy powód do odprowadzenia, to jest on gotów choćby godzinami całemi dotrzymywać towarzystwa, opuszcza swoje obowiązkowe zajęcie, obiad, niezbędną wizytę, na którą szedł itd.; jest on sam niezadowolniony z tego powodu, ale mimoto nie może się zdobyć na tyle inicyatywy, aby opuścić znajomego.

Pacyent znachodzi się stale w stanie wewnętrznego niezadowolenia, które tłómaczy tem, że nie wykonywa swojej pracy; jest stale znużony i ciągle czuje potrzebę snu, aczkolwiek usnąć jest mu nie łatwo. Z powodu podniecenia zasypia zwykle bardzo późno, tudzież budzi się zwykle wcześnie i pomimo znużenia dalej zasnąć nie może. Śpi razem około siedmiu godzin, choć potrzebuje znacznie dłuższego snu.

Jest on bardzo ruchliwy, chodzi wiele. Chód jego jest szczególnie lekki i niepewny, przytem szybki, niespokojny, ze zwieszoną głową; siedzi zwykle w pozie skurczonej.

Tak w chodzie, jakoteż w pozie siedzącej pacyenta znać bardzo wyraźnie sztywność i napięcie, co łatwo stwierdzić można przedmiotowo. Chodzi on ze ściśniętemi pięściami, z podniesionemi i napiętemi ramionami. Przy skrzyżowaniu nóg w pozie siedzącej nie zwiesza się noga swobodnie, lecz bądź jest przyciśnięta do nogi drugiej, bądź jest trzymana w naprężeniu wyżej, niż znajdować się powinna, będąc bezwładnie zwieszona. Przy dotknięciu wyczuwa się w mięśniach wyraźne naprężenie.

Ruchy pacyenta, szczególnie gdy się znajduje w towarzystwie, odbywają się, jak sam podaje, nie według zasady ekonomii sił. Przy każdym ruchu traci on wiele więcej energii, aniżeli potrzeba. Gdy np. ma wziąść z cukierniczki szczypczykami kawałek cukru, to ściska szczypczyki albo za mocno, albo za mało, po drodze coś potrąci, wywróci, lub stłucze itp.

Pacyent bardzo wiele pluje. W czasie wypytywania się przy wywiadach pluł prawie co 5—10 minut, a przytem ciągle pluł silnie. Tłómaczy on to tem, że stale zbiera mu się w jamie ustnej wiele śliny.

W czasie rozmowy podnieca się pacyent bardzo łatwo, mówi z wielkiem przejęciem; szczególnie jest mu nieprzyjemnie, gdy osoba, z którą rozmawia, zmienia szybko temat, ponieważ on musi wszystko gruntownie wypowiedzieć, z tego powodu niechętnie zmienia temat rozmowy. Każda nieco dłuższa rozmowa pozostawia na pacyencie wielkie wrażenie; długo on jeszcze myśli o tem. Po rozmowie, która go podnieciła, a prawie każda rozmowa go podnieca, pacyent staje się niespokojny, wiele musi chodzić itd. Tematy, jakie pacyent w rozmowie porusza, są zazwyczaj charakteru ogólnego; są to zwykle wielkie zagadnienia oderwane i zasady; o rzeczach otaczających rozmawia on niechętnie.

Podniesiona pobudliwość uczuciowa pacyenta okazuje się także przy sposobności jakichkolwiek występów, ważnej rozmowy z mało znaną osobistością itp. Wtedy doznaje pacyent wielkiego lęku.

Pacyent uskarża się, że pamięć często go zawodzi, szczególnie gdy idzie o przypominanie sobie imion własnych i nazw; opowiada np. o jakimś bardzo dobrze sobie znanym przedmiocie lub człowieku, przytacza wszelkie odnoszące się do tego szczegóły, a gdy chce wymienić nazwę przedmiotu, o którym opowiadał, okazuje się, że jej zapomniał i w danej chwili zupełnie sobie przypomnieć nie może. To wprawia go często w przykre położenie.

Zdolność pojmowania, jak również zdolność operowania pojęciami, oderwanego myślenia — bywają, jak to sam zauważył, bardzo często osłabione. Tak n. p. czyta jakąś książkę i po chwili spostrzega się, że czytał zupełnie mechanicznie i nic z tego, co czytał, nie pojął. Objaw ten występuje w ostatnich czasach coraz częściej i w większym stopniu, niż dawniej. Podobnież przy rozwiązywaniu jakiegoś zagadnienia, lub przy samorzutnem myśleniu idzie mu bardzo licho, co on szczególnie spostrzega podczas pisania swojej pracy habilitacyjnej.

Jeszcze jedną właściwość dopatrzył pacyent podczas pisania swojej pracy, mianowicie, że jest niezadowolniony prawie z każdego słowa i zdania, które napisze. To mu tak przeszkadza w pracy, że zaraz rzuca pióro. Być może, że przyczyna tego zjawiska polega między innemi i na tem, że jak sam podaje, trudno mu się uwolnić od czczych zwrotów słownych i frazesów, przez które pacyent jest opanowany; z tego powodu wyrażenie myśli jest wysoce utrudnione.

Przedstawiony stan pacyenta ulega częstym zmianom. Tak n p. niekiedy czuje się on zupełnie dobrze, jest spokojny i zadowolniony. Wtedy jest w stanie spokojnie siedzieć. Władze umysłowe funkcyonują dobrze, pacyent myśli łatwo i jasno, przypomina sobie dobrze, pojmuje bez trudności. Również nie ma wtedy pacyent żadnych dolegliwości, o których bliżej wspomnimy niżej, mianowicie, że łaknienie, oddechanie, wypróżnienia są prawidłowe. Ten stan, w którym pacyent czuje się tak dobrze, występuje, jak to sam wyraźnie podaje, szczególnie w dniach słonecznych. „Przy ładnej pogodzie, mówi pacyent, jest mi lekko na duszy“.

Często popada pacyent w stan wręcz przeciwny, mianowicie — zupełnego przygnębienia. Wtedy jest smutny, czuje się znękanym i nieszczęśliwym. Pragnąłby mieć kogoś bliskiego, któryby mógł mu współczuć. Na wszystko patrzy czarno. Każda drobnostka, np. kopcenie lampy, przygnębia go jeszcze bardziej. Brak mu wtedy wszelkiej ochoty do wszystkiego i do życia. Unika towarzystwa, nic nie czyta, nic nie myśli, godzinami leży, ma zupełną niechęć do pracy, a nawet do najprostszych (mechanicznych) zajęć, które kiedyindziej chętnie spełnia. Sennym szczególnie nie jest, ale gdy zaśnie i pewien czas się prześpi, budzi się zupełnie rzeźkim i jak mówi, normalnym. Sen jest dlań, jak mówi pacyent, najlepszym środkiem przeciwko temu stanowi.

W podobnych stanach pacyent jest pozbawiony całkowicie łaknienia, jedzenie budzi w nim wprost wstręt; nie ma wtedy stolca i doznaje bólu głowy. Ruchy jego stają się powolne, mowa również powolna, płaczliwa i szczególnie, jak sam utrzymuje, rozwlekła. Podobny stan płaczliwy nie trwa dłużej nad jeden dzień, zwykle zaś tylko kilka godzin. Stan ten występuje często kilka razy w tygodniu, czasem atoli nie bywa go szereg tygodni. Zimą te stany mają występować częściej.

Bardzo często pacyent popada w stan marzenia i prawie w każdym czasie może oddać się marzeniom. Godzinami całemi wtedy może przebywać ze swojemi myślami zazwyczaj o jednym i tymsamym przedmiocie. Myślenie to sprawia pacyentowi wielką przyjemność i jest bardzo niezadowolniony, jeśli mu co przeszkodzi w tem marzeniu. Je-

dnego razu np. przedstawia sobie, jak to on dokona wielkiej pracy naukowej. Innym razem snuje obrazy szczęśliwej przyszłości z umiłowaną osobą itp. Przytem wszystko to przedstawia sobie tak dokładnie i z takimi szczegółami, że gdy raz w Paryżu ujrzał jedną salę biblioteczną, zdumiał się bardzo, gdyż właśnie takąsamą raz sobie przedstawiał podczas swoich marzeń. Pacyent wie bardzo dobrze, że to jego myślenie i te jego marzenia nie mają najmniejszej wartości i tylko go odciągają od pracy, z czego jest bardzo nawet niezadowolniony; mimoto jednak nie może się od nich uwolnić i sam czyni uwagę, że widocznie tkwi w nim skłonność do podobnych marzeń.

Wreszcie pacyent podaje, że od czasu do czasu popada jeszcze w jeden stan, mianowicie w stan, w którym, pomimo że zwykle nie posiada najmniejszej ochoty do pracy, dostaje nagle jakiejś żądzy działania. Pracuje wtedy z nadzwyczajnym zapałem, jest przytem wysoce niespokojny, często podczas pracy odskakuje od stołu, chodzi szybko po pokoju i siada znowu do pracy. Szczególniejszy ma wtedy pociąg do skracania wszelkich swych ruchów i wyrażeń. Podczas tego stanu pacyent niema łaknienia, ani stolca. Chód jego staje się szybki, o wiele szybszy aniżeli zwykle, zdradzający szczególniejszy pośpiech, aczkolwiek znajduje się on np. tylko na spacerze. Po pewnym czasie, a stan taki trwać może i kilka dni, następuje zupełne wycieńczenie i stan ten znika.

Stan wzmożonej żądzy działania występuje od czasu do czasu, w ostatnich atoli czasach, jak sam pacyent podaje, o wiele rzadziej. Dodać należy, że wzmożona działalność w tym stanie skierowana jest głównie ku zajęciom prostszym, przedewszystkiem nie wymagającym pracy myślowej. Do wszelkiej trudniejszej pracy umysłowej, gdzie potrzeba zastanawiać się, porównywać itd., czuje się pacyent niezdolnym; to mu przychodzi bardzo trudno. Gdy trafi na tego rodzaju trudności, w tej chwili rzuca rozpoczętą pracę i albo zaczyna drugą, albo wpada niemal w rozpacz. Szczególnie w stanie takim pisze wiele listów.

Przedstawione wyżej stany nieprawidłowe pacyenta występują, jak to już jest zaznaczone, zazwyczaj podczas złej pogody, zimnego wiatru, najczęściej w zimie. Podczas złej pogody czuje się on źle. Przeciwnie zaś jaknajlepiej się ma w piękne, gorące dnie słoneczne. Podczas największego upału jest pacyent jakby w swoim żywiole. Stale chodzi po słonecznej stronie ulicy. Przy wielkim upale pacyent staje się znużonym, sennym, a jednak spokojnym tak w ruchach, jak i w myślach; każdej chwili gotów wtedy zasnąć. Wygląda w takich razach i na twarzy zdrowo, czego powiedzieć nie można o wejrzeniu pacyenta podczas złej pogody i z nią związanego nieprawidłowego stanu duchowego, gdy pacyent ma wejrzenie chorobliwe. Czy podobna zmiana zachodzi w stanie rąk pacyenta, na to nie zwrócił on uwagi.

Podaje tylko, że często ma wargi spieczone, atoli kiedy to ma miejsce, powiedzieć nie umie. Język pacyenta ma być prawie stale obłożony. Z jamy ustnej czuć nieprzyjemną woń. Źrenice są bardzo często powiększone. Pacyent nie przypomina sobie, aby kiedykolwiek uczuwał potrzebę maksymalnego rozszerzania klatki piersiowej; podaje atoli, że prawie zawsze uskarżał się na brak powietrza, co, jak sądził, jest zjawiskiem zwykłem u mieszkańców wielkich miast. W czasie uczucia braku powietrza wykrztusza pacyent obok śliny także i śluz „z gardła", lub też go wydala przez przewody nosowe. Stolec ma już od lat wielu nieprawidłowy i oddawna używa różnych środków przeciwko zatwardzeniu; nie oddaje również swobodnie wiatrów. W razie niestosowania środków przeciw zatwardzeniu pacyent nie ma stolca przez szereg dni, po upływie których zjawia się wypróżnienie, połączone ze znacznymi bólami, przyczem kał jest zbity w małych grudkach, okrytych śluzem, tudzież w niezwykłe małej ilości. Mowa pacyenta podlega również zmianom.

Nie poci się on prawie wcale; czy dawniej się pocił, nie wie. Po spoceniu się, np. gdy był w łaźni, czuje się zawsze znacznie lepiej.

Jest on bardzo wrażliwy na brak snu. Gdy nie dośpi, czuje się bardzo źle i ma cały dzień zmarnowany, bo nie jest w stanie pracować z jakimkolwiek wynikiem. Po dobrem wyspaniu się czuje się pacyent znacznie lepiej. Z powodu podnieceń zasypia trudno; budzi się wcześnie i pomimo znużenia spać dalej nie może.

Na tętno i sine wargi pacyent nie zwrócił uwagi; atoli udało mi się w tym kierunku spostrzedz i stwierdzić przejście ze stanu prawidłowego w nieprawidłowy. W początku badania, a było wtedy pogodnie i ciepło, tudzież pacyent wypił swą ranną kawę, miał on tętno silne, napięte, pełne, około 75 na minutę, (tętno kofeinowe); wargi były jasno-różowe. Po 2 godzinach rozmowy i badania zrobiło się nagle zimno i zaczął padać deszcz, nagle wyraźnie wystąpiła sina barwa warg, tudzież poczynająca się ich zeschłość; a gdy wziąłem za tętno, było znane mi tętno drobne, około 95 na minutę.

Podczas badania pacyent znajduje się w ciągłym ruchu prawie bez przerwy chodzi po pokoju, nie może chwili usiedzieć na miejscu. Rozmawia z wielkiem ożywieniem i gestykulacyą.

Szybko się ożywia. Przy drobnej podniecie wybucha pacyent nadzwyczajnym śmiechem. Gdy ma odpowiedni powód, zdradza bardzo wyraźnie błyskawiczne i przesadne oddziaływanie, podobne do *„reizbare Schwäche"*.

Pacyent opowiada bardzo chętnie wszystko, co dotyczy jego własnej osoby. Ma wyraźną dermografię z powolnem, lecz bardzo silnem i długotrwałem oddziaływaniem.

Przytem pacyent jest bezkrwisty i źle odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic ważniejszego, z wyjątkiem lekkiego przytłumienia szczytowego; nie ma zresztą żadnego schorzenia nerwowego organicznego. Stwierdzono tylko wzmożone odruchy kolanowe. Przy obmacaniu brzucha wyczuwamy wyraźny postronek na miejscu okrężnicy.

Mamy przed sobą daleko rozwinięty przypadek tejsamej kurczowej (spastycznej) nerwicy naczynioruchowej, co i w przypadku pierwszym, z niektóremi głębszemi i trwałemi zmianami, szczególnie w sferze umysłowej, które posiadał także i pierwszy pacyent, jakoto: zupełny zanik woli, niechęć do pracy, wysoki stopień zobojętnienia uczuciowego go napięcie w mięśniach, wzmożone wydzielanie śliny, tudzież oznaki plątaniny słownej *(Sprachverwirrtheit)*, oraz duch przeczenia (negatywizm). U pacyenta tego stwierdziliśmy tensam stan umysłowy, jaki miał pacyent pierwszy, mianowicie: stan marzeń, żądzę działania, krótkotrwałe usposobienie płaczliwe. Tęsamą mamy tu skłonność do afektów i przejmowanie się, tudzież zaburzenie w sferze intelektualnej. Podobnież tosamo mamy tu zatwardzenie kurczowe, powiększone źrenice, charakterystyczne tosamo tętno, sine wargi, duszność, wzmo-

żone wydzielanie oskrzelowe, obłożony język, nieprzyjemna woń z ust, spieczone wargi itd. itd. Wreszcie pacyent ma tensam objaw dermograficzny, tudzież tak na mocy wywiadów, jak i przedmiotowego stwierdzenia, wykazano zależność objawów nieprawidłowych pacyenta od zadziałania zimna na skórę pacyenta i powstałego w niej skurczu naczyń. Gdy jednak udało mi się samemu spostrzedz wystąpienie znanego typowego tętna, sinych warg i poczynającej się ich suchości po ochłodzeniu się powietrza, znikła najmniejsza nawet wątpliwość, że mamy tu z temsamem schorzeniem naczynioruchowem, co i w przypadku pierwszym. Kiedy choroba się rozpoczęła, trudno powiedzieć; w każdym razie istnieć musi wiele już lat, skoro tyle i tak znacznych głębszych i długotrwałych zmian powstało. tudzież skoro już przed 4-ma laty sam pacyent zwrócił na nią uwagę. Co się tyczy etyologii, to mamy tu również do czynienia z dziedzicznością, oraz z przeciążeniem pracą i używaniem kofeiny.

Leczenie odpowiednio do stosunków, w których pacyent się znajduje, polegało na usunięciu następstw drogą — maksymalnego pocenia się, snu i odżywienia; na całkowitem zaprzestaniu picia kawy i herbaty, zawierających kofeinę, stosowano wreszcie makowice, chloral, wysychające okłady nocne na brzuch i lekkie miesienie rano dla regulowania stolca. Podawano miód dla wzmocnienia funkcyj umysłowych i leki sercowe dla wzmocnienia serca, wreszcie możebnie ciepłą odzież tudzież zastosowano kuracyę natryskami stężonymi. (Dok. nastąpi).

IV. Wyciągi.

Steffek. **Nowy sposób wytaczania główki następującej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 3, 1903). Winkel na Kongresie ginekologów w roku 1888 przytoczył 21 sposobów wydobycia główki następującej. Ze sposobów tych najczęściej używanymi są Veit-Smeliego i Martin-Wiganda. Podnosząc wady tych sposobów, np. łatwe uszkodzenie dziecka, tak części kostnych, jak i miękkich, pobudzanie dziecka do przedwczesnego oddechu, wybroczyny w mózgu, radzi S. zamiast przeciągać główkę przez wchód, wtłaczać główkę do miednicy małej. Autor postępuje w następujący sposób: po uwolnieniu rączek pozostawia płód wiszący przed szparą sromową, równocześnie zaś obu rękami uciska główkę przez powłoki, aby ją przepchnąć przez wchód miednicy; z chwilą kiedy już główka znajdzie się w miednicy małej, wytacza do reszty główkę jednym z najczęściej używanych sposobów. Ucisk na główkę nie powinien być stały, ale przerywany, aby się łatwiej mogła przystosować do płaszczyzny wchodu. Przy miednicach ścieśnionych ułożenie rodzącej ze zwieszonymi nogami w pozycyi Walcherowskiej ułatwia przepchanie główki. (Ze względu na aseptykę, zdaje się, że byłoby lepiej, aby ucisk na powłoki wywierała osoba druga, a nie sam operator, tak jak to każda z naszych położnych robić umie i robi, asystując przy porodzie z główką następującą). *P.*

Doc. Dr. Wilms. **Mechanizm strangulacyi jelit.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 5). Spostrzegając przypadki uwięźnięcia jelita pod postronkami w jamie brzusznej tłómaczy W. mechanizm ich powstawania w sposób następujący. Skutkiem nagłego podniesienia parcia w jamie brzusznej pętla dostaje się pod postronek i tam ulega uwięźnięciu, albo tylko załamaniu. W jednym i w drugim przypadku powstaje trudność w krążeniu kału, którego wyrównać nie może wzmożony ruch robaczkowy pętli uwięźniętej (gdyż zdaniem autora porażenie tej pętli nie następuje nagle, lecz stopniowo). Skutkiem zaś bezpośrednim wzmożonego ruchu robaczkowego jest stopniowe i ciągłe wciąganie ramienia odprowadzającego pod postronek i to tak długo, póki albo nie nastąpi uwięźnięcie zupełne (w powstawaniu którego wielką rolę gra krezka, powodująca ostatecznie niestosunek między pierścieniem a treścią), lub też dopóki nie zostanie popod postronkiem przeciągnięte całe jelito biodrowe aż po kątnicę. *Herman.*

Rühl. **Przyczynek do artykułu Steffecka. „Sposób wytaczania główki następującej“.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 6, 1903). Przed rozpoczęciem uciskania główki przez powłoki, radzi R. dokładnie odpuścić wszystkie wody, bo skutkiem wywieranego ucisku może być wtłoczona woda lub smółka przez usta lub nosek do ust, a nawet do oskrzeli płodu i sprowadzić jego uduszenie. Ucisk powinien być wywierany w przerwie między bólami; przy znacznem rozciągnięciu dolnego odcinka należy uciskać bardzo ostrożnie i z przerwami, aby nie spowodować zranienia macicy. *P.*

Stenger (Berlin) **O wartości objawów usznych dla rozpoznania uszkodzenia głowy, względnie pęknięcia czaszki.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 5, 1903). Ponieważ w przeważnej części przypadków uszkodzenia głowy narząd uszny równocześnie jest dotknięty, przeto z rodzaju i stopnia ciężkości objawów usznych można wnioskować o rodzaju i stopniu uszkodzenia wogóle. W świeżych uszkodzeniach głowy objawy wstrząśnienia mózgu pokrywają inne objawy. Atoli wypływ cieczy mózgowo-rdzeniowej z ucha jest pewną oznaką pęknięcia czaszki, odpływ zaś krwi z ucha przemawia za tem samem cierpieniem tylko wtedy, jeżeli równocześnie dają się zauważyć szczeliny w przewodzie kostnym ucha zewnętrznego. Najważniejsze znaczenie dla oceny uszkodzenia głowy posiadają objawy czynnościowe, mianowicie czy są zajęte jądra n. słuchowego sam n. słuchowy w swoim przebiegu albo w swoich zakończeniach w błędniku, albo osobno ucho środkowe, ślimak i przewody półkoliste. Objawy tu występujące mogą polegać na 1) zaburzeniach słuchu i podmiotowych wrażeniach słuchowych, oraz na 2) zawrotach głowy i 3) objawach poraźnych.

1) Uszkodzenie jąder słuchowych pozostaje w związku z objawami mózgowymi i głuchotą; uszkodzenie n. słuchowego — z zajęciem n. twarzowego, a uszkodzenie zakończeń n. słuchowego — z objawami błędnikowymi. Zmiejszenie albo zniesienie percepcyi ze strony kości czaszki i wypadanie wysokich tonów z pola słyszenia, są najpewniejszymi znakami zajęcia błędnika. Stale towarzyszącymi objawami zajęcia błędnika są podmiotowe wrażenia słuchowe, których obecność w każdym razie wskazuje więcej na cierpienie zakończeń n. słuchowego, niż na zajęcie pnia albo części ośrodkowej tego nerwu.

2) Zawroty, występujące po uszkodzeniu głowy, są znamiennymi dla uszkodzenia przewodów półkolistych i usprawiedliwiają przypuszczenie, że powstały wskutek zajęcia tego narządu. Uszkodzeniu i podrażnieniu narządu półkolistego towarzyszy cechujące drżenie gałek ocznych, które Stenger proponuje nazywać tężyczką (*tetania*) mm. ocznych, a które nie odpowiada drżeniu (*nystagmus*) oftalmologów.

3) Objawy poraźne występują pod postacią porażenia n. twarzowego. Inne porażenia pozwalają wnioskować o przebiegu i kierunku uszkodzenia. N. p. równoczesne porażenie n. wzrokowego usprawiedliwia przypuszczenie, że szczelina kości skalistej łączy się ze złamaniem siodła tureckiego i sięga aż do oczodołu.

Jeżeli zatem przy pomocy czynnościowego badania narządu usznego można wykazać uszkodzenie urazowe, to na podstawie tego można ocenić ciężkość uszkodzenia głowy, oraz rozstrzygnąć często nieposlednięj wagi pytanie, czy ma się do czynienia z chorobą, czy też tylko z udawaniem. *Spira.*

Baccarani (Modena). **O osłuchiwaniu jamy ustnej.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Rozprawa ta jest z jednej strony niejako wyjaśnieniem, dotyczącem rzekomo nowego sposobu rozpoznawania jam gruźliczych przez osłuchiwanie jamy ustnej, ogłoszonego przez Dra Cybulskiego w „Münchener med. Wochenschrift Nr. 44, 1902“, z drugiej zaś strony ma za cel obronę prawdy historycznej i przyznania prawa pierwszeństwa w tym względzie prof. Galvagniemu. Ten ostatni autor dzieli objawy, występujące przy osłuchiwaniu jamy ustnej, na dwa działy: *a)* rzężenia ustne (Mundhöhlerasseln), słyszalne u chorych gruźliczych przy zbliżeniu ucha do szeroko otwartej jamy ustnej; przyczem słuchający ma wrażenie, że te wyraźne rzężenia powstają tuż w górnej części tchawicy, pomimo, jak to Galvagni doświadczalnie udowodnił, że są drobne z schorzałej okolicy oskrzeli lub płuc, tylko w drodze na zewnątrz zaostrzają się przez spółdźwięki, które w tym przypadku powstają w jamie gardłowej i ustnej. Jeśli więc przy osłuchiwaniu zwykłym sposobem nie można wcale wykryć patologicznych szmerów, lub też bardzo mało, a osłuchiwanie jamy ustnej stwierdza rzężenia, wówczas na pewno przyjąć należy ognisko chorobowe w tkance płucnej. Szczególniej ma zasada ta znaczenie w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy, lub drobnych jam gruźliczych, w których objawy fizykalne są chwiejne, a znamiennego prątka wykazać nie można. *b)* Drugim objawem, opisanym przez Galvagniego, a występującym przy osłuchiwaniu jamy ustnej, jest t. zw. przerywany skurczowy wydech (unterbrochene systolische Exspiration), polegający, jak sama nazwa wskazuje, na przerywaniu szmeru oddechowego w okresie wydechu, z charakterem rytmicznym, podo-

bnym do skurczów serca. Jakiegoś rozpoznawczego znaczenia temu objawowi na razie przypisać nie można, jedynie że pojawia się w przypadkach gruźlicy płuc łącznie z zapaleniem opłucnej, jak to prócz Galvagniego, stwierdził także Petteruti.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Curschmann *(jun.)*. **O histerycznem przyśpieszeniu oddechu** *(tachypnoe)* **przy organicznych schorzeniach serca.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 7). Histeryczne przyśpieszenie oddechu od dawna jest znane i opisane. Autor opisuje dwa przypadki histerycznego przyśpieszenia oddechu, wikłającego się ze schorzeniem organicznem. Pierwszy przypadek dotyczył 20-letniej służącej, która od 10 lat przebyła kilkakrotnie ostry gościec stawowy i od 6 lat cierpi na częste objawy niewyrównanej wady sercowej. W czasie leczenia kilkakrotnego w klinice nie zauważono przedtem żadnych objawów nerwowych, ani histerycznych. Przyjęta znowu do kliniki z powodu ciężkich objawów niewyrównania, przebywa chora w pozycyi siedzącej w łóżku, oddech równomiernie przyśpieszony, 40—50 oddechów na minutę. Po dwudniowem zażywaniu naparstnicy czynność serca nieco się polepszyła, tylko duszność się utrzymywała, wzmagając się nieraz bardzo gwałtownie tak, że następnego dnia miała chora 6 napadów silnych bólów sercowych, trwogi przysercowej i przeszło 100 oddechów na minutę. Napady te wywoływały wrażenie zatrważające, a kamfora i morfina dopiero po upływie pół godziny uspokoiły je. Uderzającem tylko było to, że tętno podczas napadów wynosiło 80 uderzeń na minutę i było względnie dobre, regularne i miarowe. Mimo, że obrzęki coraz się zmniejszały, napady, uważane z początku za ciężką dusznicę bolesną, stawały się coraz częstsze, a liczba oddechów dosięgła 140 na minutę. Jednakże oddychanie odbywało się powierzchownie, szybko, przez nieco otwarte usta, najczęściej przez nos; przytem klatka piersiowa tylko mało się podnosiła i przeważało oddychanie przeponowe. Przysłuchem stwierdzono oddech spokojny, szmer czysto pęcherzykowy, a chora podczas napadów leżała spokojnie, nie siedziała i nie wstawała, sinicy nigdy nie było. Dlatego nasuwała się myśl, że mogą to być napady histeryczne i oczywiście, czego kamfora i morfina nie zdołały, osiągnięto zapomocą kozłka nadzwyczaj rychło polepszenie napadów, a badanie przedmiotowe wykazało obecnie i inne przekonywające objawy histeryi. Stosowano więc prąd przerywany, by zupełnie usunąć przyśpieszenie oddechów i skutek był zdumiewający: napady znikły po pierwszej faradyzacyi; pod wpływem dalszej liczba oddechów spadła z 40 na 24, we śnie wynosiła 18—20 na minutę. Cztery tygodnie po opuszczeniu kliniki chora dostała znowu silnych napadów przyśpieszenia oddechów bez objawów niewyrównania, lecz napady ustały po pierwszej faradyzacyi. Tak więc histeryczne przyśpieszenie oddechów rozwinęło się z organicznej duszności i przedłużyło ją na kilka miesięcy. W czasie pobytu tej chorej w klinice trzy histeryczki, leżące na tej samej sali, naśladowały napady przyśpieszonego oddechu, lecz przez przyciskanie nosa lub ust, jak również przez ucisk na okolicę jajnikową lub zapomocą prądu elektrycznego zdołano przerwać kurcz oddechowy. W przeważnej liczbie innych przypadków histerycznego przyśpieszenia oddechu urazy, dotyczące szczególnie klatki piersiowej, stanowiły przyczynę, wywołującą histeryę i przyśpieszenie oddechów; bardzo charakterystycznym jest przypadek drugi tego rodzaju cierpienia, spostrzegany przez autora.

Robotnik fabryczny, liczący lat 47 został wtrącony przez wóz do otwartej piwnicy i uderzył lewą połową klatki piersiowej o bruk kamienny. Prócz lekkiego stłuczenia zewnętrznego doznał on ciężkiego wstrząsu, połączonego z dusznością i silnymi bólami po lewej stronie; złamania żebra nie stwierdzono i po krótkim pobycie w szpitalu zmuszony był przez kilka tygodni odpoczywać w domu. Podjąwszy po 2 miesiącach na nowo pracę czuł się coraz gorzej tak, że po 8 miesiącach musiał zupełnie zaprzestać roboty. Żalił się na krótki oddech, występujący przy najmniejszej sposobności, na napady bolesności w okolicy doznanego urazu, względnie serca, na uczucie ściskania i duszności, lecz współpracownicy jego utrzymywali, że podobne lżejsze napady, uważane przez nich za omdlenia, występowały u chorego już przed opisanym wypadkiem. Przy badaniu klinicznem stwierdzono rozedmę płuc, zwyrodnienie mięśnia sercowego i miażdżycę tętnic obwodowych; podczas spokoju naliczano 30 oddechów na minutę, lecz przy obserwowaniu, szczególnie podczas wizyty, lub wogóle z powodu wzruszenia, wzmagała się liczba oddechów na 50—60 i pozostawała tak przez pół godziny i dłużej, a tętno podczas napadów podnosiło się do 108—120 uderzeń na minutę i stawało się niemiarowem i nieregularnem. Jeśli jednak zwrócono uwagę chorego na coś innego, n. p. na jego proces rentowy, liczba oddechów zmniejszyła się zawsze z 50 na 28 w jednej minucie. Natężenie cielesne, jak chodzenie po schodach i t. d., nie wywoływało przyśpieszenia oddechu. Przy oddychaniu pracowały szczególnie dolne części klatki piersiowej; objawy przysłuchowe podczas napadu były prawidłowe. W tym przypadku leczenie musiało być skierowane przeciw zwyrodnieniu serca, miażdżycy i rozedmie płuc. W sprawie przyznania renty uznano chorego za zupełnie niezdolnego do pracy. Ponieważ jednak zwyrodnienie serca i rozedma najprawdopodobniej już przed doznanym wypadkiem powoli się rozwinęły, obliczono część zmniejszenia zarobkowości, powstałą z powodu następstw po wypadku i histeryi urazowej, na 50%. I tu więc tak samo, jak w pierwszym przypadku, istniały już przedtem organiczne zmiany w sercu. Rokowanie w ostrych napadach przyśpieszenia oddechu prawie zawsze jest dobre i dotychczas tylko w jednym przypadku przyszło do ciężkiego skurczu głośni, zakończonego zejściem śmiertelnem.

Dr. Pels.

Lallich. **Przypadek przerostu języka** (*makroglossia*). (*Wiener medicinische Presse*, 1903, Nr. 7). Dziewczyna 19-letnia zgłosiła się z guzem, wychodzącym z jamy ustnej, który sięgał aż do podbródka. Wywiady wykazały, że od 6-go miesiąca życia zauważyli rodzice na prawym brzegu języka guzek niebieski, który rósł; w drugim roku życia zaś nie mógł się już przerosły język pomieścić w jamie ustnej. W następstwie wystąpiły zmiany na szczęce dolnej, na wardze dolnej, która obrzmiała, na zębach, przez co jedzenie, a także i mowa były upośledzone. Operacya polegała na wycięciu klina pionowego z języka, długości 10 ctm., badanie zaś mikroskopowe wyciętej części, wykazywało znaczne bujanie tkanki łącznej, zanik mięśni i sieć jamistą naczyń chłonnych. Przy drugiej, w miesiąc później dokonanej operacyi wycięto klin poziomy. Chora początkowo wskutek powstania powierzchownej zgorzeli języka nieco gorączkowała, ale tylko czas krótki. Język mógł potem zupełnie pomieścić się w jamie ustnej, pozostało jednak stałe rozchylenie dolnej szczęki, które zęby przednie obu szczęk oddaliło od siebie o 4 ctm. prawie. L. wyciął z szczęki dolnej klin podstawą ku górze zwrócony, wycięte kości ustalił srebrnym drutem i założył opaskę krochmalną. Chora wyzdrowiała zupełnie, mała plastyczna operacya zmniejszy otwór ust, a odpowiednia sztuczna szczęka dopełni kosmetyki.

B. Żmigród.

Zabłudowski. **Przyczynek do leczenia schorzeń jąder i ich przydatków.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). Rozprawa ta jest dalszym ciągiem pracy nad metodą leczenia bezsilności męzkiej. Metoda ta ma przedewszystkiem za cel wywołać znaczne i ustawiczne zmiany w krążeniu krwi części schorzałych. Robi to autor częstem podwiązywaniem korzenia prącia i podstawy worka mosznowego elastycznym szpagatem gumowym, 100 ctm. długim, a 8 mm. grubym, dalej zapomocą odpowiednich ruchów, np. używanych przy dojeniu, skręcań sznurków nasiennych; nadto rozmaitemi wstrząśnieniami, uciskiem, opukiwaniem od zewnątrz dostępnego narządu moczopłciowego. W końcu poleca autor także ruchy mięśni sąsiadujących z narządem moczopłciowym, a więc ćwiczenia mięśni brzucha, międzykrocza i ud. Wskazania do tych zabiegów stanowią: 1) przewlekłe zapalenia jąder, przyjądrzy i sznurków nasiennych na tle urazu, czy też rzeżączkowem; 2) zaburzenia czynnościowe, jak niezdolność do spółkowania i płodzenia; 3) zaburzenia w sferze narządu moczopłciowego na tle psychicznem i nerwowem; 4) przypadki skróceń sznurka nasiennego wrodzonych, czy nabytych; 5) zanik z nieczynności, 6) zaburzenia czuciowe: znieczulenia, przeczulica, zaburzenia czucia; zaburzenia ruchowe: pomazania nocne, przedwczesny wytrysk nasienia i atoniczny nasieniotok, wadliwy wzwód prącia; 7) patologiczne wydzieliny z cewki: przewlekła rzeżączka, cieczenie wydzieliny gruczołu krokowego. Leczenie ma trwać 2—8 tygodni, a posiedzenia codziennie po 10—20 minut.

B. Żmigród.

J. Sutherland. **Rozpowszechnianie się zarazka płonicy.** (*The Lancet*, 10 stycznia, 1903 r.). Przytacza się zwykle zdanie, że zarazek płonicy jest bardzo lotny i może przechodzić nietylko wprost od chorego do zdrowego, ale i być przenoszony przez trzecie osoby. Autor w ciągu kilku lat zwracał baczną uwagę na tę ostatnią okoliczność i przyszedł do wręcz przeciwnych wyników, mianowicie, iż siła szerzenia się zarazka płoniczego jest niezmiernie nizka. S. przytacza wyniki swych spostrzegań na 224 przypadkach płonicy w 132 domach: wszędzie, gdzie tylko odosobnienie domowe chorego było zastosowane należycie, t. j. gdzie inne dzieci nie były w bezpośredniem zetknięciu z chorym, nowych przypadków choroby nie było, chociaż osoby, pielęgnujące chorego na płonicę, miały ciągłą styczność z innymi członkami rodziny, oraz pokoje, w których stale przebywali chorzy i zdrowi, sąsiadowały z sobą. Autor nie spostrzegał literalnie ani jednego przypadku przeniesienia płonicy przez osobę trzecią. Potwierdzenie tych ważnych spostrzeżeń, jak dotąd odosobnionych, (względnie wykazanie, że udzielanie się płonicy przez osoby trzecie, jeżeli nawet jest możliwem, to należy do wielkich rzadkości), mogłoby mieć ogromne znaczenie, szcze-

gólnie dla klas pracujących, dla których środki ograniczające, zastosowane przymusowo w ciągu dłuższego czasu do wszystkich członków rodziny, stanowią nieraz bardzo, a bardzo odczuwalną różnicę.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 22. lutego 1903.

Przewodniczący kol. Schwarz. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

I. Kol. Krzyształowicz opisuje nową metodę barwienia w ropie rzeżączkowej dwoinek Neissera. Metoda ta jest modyfikacyą metody, podanej przez Pappenheima dla barwienia ciałek krwi i nacieków komórkowych. Barwienie tym sposobem polega na użyciu dwóch barwików: zieleni metylenowej i pyroniny, odróżniających się bardzo wybitnie swą barwą (zielonawo-niebieska i czerwona), a których stosunek w roztworze podał dokładnie Unna. Ze względu, że rozczyn zalecony przez Unnę nie dawał przy barwieniu ropy przez czas krótki, n. p. przez $\frac{1}{2}$ minuty obrazów wyraźnych, kol. Krzyształowicz zmodyfikował go o tyle, że zwiększył ilość kwasu karbolowego. Zatem nowy ten rozczyn barwików składa się z zieleni metylenowej 0,15 — pyroniny 0,25 — wyskoku 2.50 — gliceryny 20.0 — 2% rozczynu kwasu karbol. do 100,0. Płyn ten nalewa się na rozpostartą na szkiełku ropę i po 20 do 30 sekundach zmywa się obficie wodą. Wtedy występują dwoinki zabarwione szkarłatnie obok jąder ciałek wysiękowych, występujących w barwie zielonawo niebieskiej. Preparaty ustawione pod mikroskopami pozwalały na ocenę tej metody.

Kol. Mayzel zapytuje, jak się wobec tego barwika zachowują inne diplokoki i jak się zachowuje sam barwik wobec zastosowania metody Gramma? Kol. Krzyształowicz wyjaśnia, że o ile go pouczyły dotychczasowe doświadczenia, barwią się również i inne dwoinki; zaś co do zastosowania metody Gramma, nie może jeszcze dać ostatecznej odpowiedzi, nad tem bowiem w dalszym ciągu pracuje.

II. Kol. Schwarz przedstawia pacyenta przysłanego przez kol. Sokołowskiego z *lues psoriasiformis plantae pedis dextri*.

Kol. Krzyształowicz w dyskusyi nad tym przypadkiem zaznacza, że tu możnaby myśleć także o liszaju żrącym, lub o innej postaci gruźlicy skóry; brak jednak wybitnego bujania naskórka, czem się właśnie liszaj charakteryzuje, temu się sprzeciwia. Oświadcza się za kiłą. Kol. Borzęcki podnosi, że ten obraz chorobowy, znany jako *framboësia luetica* nie należy do częstych, a w tym przypadku znajduje się w rozwoju postępowym.

III. Kol. Borzęcki dla bliższego objaśnienia przypadku zaniku kości, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu, przedkłada Roentgenogramy, sporządzone w zakładzie Dra Frommera, z których się pokazuje, że dotycząca kość śródręcza uległa ścieńczeniu do tego stopnia, że szerokość jej w miejscu największego zaniku wynosi zaledwo 1 mm.

IV. Kol. Krzyształowicz przedstawia *a)* chorego z rozległemi zmianami liszaja żrącego brodawkowatego, rozrzuconemi tylko na kończynach.

b) Następnie przedstawia chorego z *sarcomatosis cutis*, znanego już z poprzedniego roku. Choroba, która przed kilku miesiącami przycichła, wybuchła znów ze wzmożonem nasileniem, przeszła na drugą stronę klatki piersiowej, a chory obecnie cierpi na tak dotkliwe bóle, że dla złagodzenia ich trzeba sie uciekać do morfiny.

c) W dalszym ciągu przedstawia kol. Krzyształowicz dziewczynkę ze zmianami u nasady palca wskazującego ręki prawej z następowem zgrubieniem kości i ropiejącymi gruczołami udowymi i rozpoznaje tu gruźlicę. Przypadek nie jest jasny, podano więc dla wszelkiej pewności jod, po którym nastąpiło pewne polepszenie.

Kol. Borzęcki zaznacza w trakcie ożywionej dyskusyi, że sprawa nie jest łatwą do rozpoznania, bo wychodzi z gruczołów, coby istotnie za gruźlicą przemawiało; ponieważ jednak po jodzie znaczne nastąpiło polepszenie, więc najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z *lues gummosa*. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na rozdęcie kości (spina ventosa) palca, rzecz nader rzadką przy kile, na lichą budowę i rozwinięcie i na gruźlicze wejrzenie dziecka i obstaje przy swojem rozpoznaniu.

Wreszcie *d)* przedstawia kol. Krzyształowicz chorą ze zmianami kiłowemi w mięśniach obu ramion i uda prawego, t. zw. *myositis gummosa*, które się trafiają w późnych okresach kiły, w odróżnieniu od *myositis diffusa*, występującej we wcześniejszych jej okresach. Udo silnie obrzękłe okazuje miejsca twardsze i wolniejsze, co naprowadza na myśl, że w tym przypadku mamy do czynienia z jedną i drugą formą zapalenia kiłowego mięśni.

Na koniec *e)* przedstawia jeszcze kol. Krzyształowicz chorą z *ulcus gummosum in regione genu dextri*, przy równoczesnem zgrubieniu i zniekształtnieniu uda.

Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *atresia vaginae* przy dobrze rozwiniętych częściach rodnych zewnętrznych.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VI. Z historyi trucizn i otruć.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

W wiekach XV i XVI należały otrucia zbrodnicze po małych dworach włoskich do wydarzeń pospolitych, a jednym z najwybitniejszych trucicieli tego czasu był wedle podania papież Aleksander VI z domu Borgia (1491—1503), który, bądź z zemsty, bądź też w celu przywłaszczenia sobie majątku, struł wielu z kardynałów, wreszcie sam z otrucia zginął, jak to podają wszyscy współcześni. Wedle jednej z tych współczesnych, a najwięcej znanych, wersyi, zaprosił Aleksander wraz z ukochanym swym synem Cesarem bogatego kardynała Hadryana na ucztę, aby go zapomocą zatrutego wina pozbawić życia. Wskutek pomyłki służącego wypili obaj Borgiowie wino, przeznaczone dla gościa, poczem Aleksander zmarł wśród objawów gwałtownej febry, syn zaś jego, dzięki swym młodzieńczym siłom, ocalał. Wiek XVII słynie w dziejach otruć napojem trującym „Toffy“ lub „Toffany“. Toffa albo Toffana zamieszkiwała zrazu Palermo, potem Neapol. Napój przez siebie sporządzony, a znany pod nazwą „aqua Toffana“ lub „acquetta di Napoli“ lub „di Perugia“ sprzedawała w niebieskich flaszkach z sygnaturą „Manna di S. Nicola di Bari“ i wizerunkiem tego świętego, u którego grobu miała płynąć cudowna oliwa, lecząca wszelkie ludzkie niemoce. Skład tego napoju nie jest znany dokładnie. Haller[43]), Berends, Pyl, Hahnemann i Metzger[44]) dowodzą, że to czysty roztwór arszeniku; Halle[45])- że to napój, sporządzany przez bandytów włoskich z piany ust ludzi dręczonych na śmierć, Mangetti[46]), że to rozczyn arszeniku i antymonu z odwarem lulka, Löffler, że to wodny wyciąg z rozgniecionych trujących owadów, Garelli, przyboczny lekarz cesarza Karola VI, a potem i Fr. Hoffmann, że to silny rozczyn arszeniku, zaprawiony odwarem wyżlinu (anthirrinum zymbalaria), rośliny, która wedle Syreńskiego, noszona przez człowieka, ma mu zjednywać miłość i łaskę ludzi. Napojem Toffany, zawierającym bezsprzecznie arszenik, truły we Włoszech, a zwłaszcza w Rzymie, kobiety swych mężów tak, że po tylu wiekach powtórzyły się w tem samem mieście owe liczne otrucia mężów z czasów konsulatu Klaudyusza Marcella i Tytusa Waleryusza. Mimo, że otruć dokonywano małemi, a dłuższy czas podawanemi dawkami, zatem w sposób przewłoczny, nie bu-

[43]) Vorlesungen. Bern 1784. II Bd. S. 190.

[44]) l. c.

[45]) Gifthistorie. S. 80.

[46]) Wildberg's Lehrb. d. Arzneiwissenschaft. Erfurt 1824.

dzący podejrzenia, przecież częste przypadki śmierci młodych mężów zwróciły na siebie uwagę władz. Toffanę wzięto na tortury i tu zeznała ona, że około 600 osób zmarło wskutek jej napoju, między niemi papieże Pius III i Klemens XIV. Na mocy wyroku uduszono ją w Neapolu. Napój Toffany stał się tak głośnym, że do dziś dnia wedle Lombrosa[47]) oznaczają w Sycylii każdą trucicielkę mianem „gnura Toffana“, zarazem był on takim postrachem, że ludzie uczeni, jak np. Archenholtz[48]), przypisywali mu nieprawdopodobne działanie rozluźniania poszczególnych części ciała z wzajemnego ich połączenia. Wymieniony autor podaje, że gdy niesiono przez most św. Anioła odkrytą trumnę z zwłokami papieża Klemensa XIV, wówczas odpadła noga zwłok. Toffana przekazała tajemnicę swej trucizny Hieronimie Spana i ta podobnie jak i Marya Spinola, Giovanna de Grandis i Laura Crispiolti sprzedawały truciznę nadal kobietom, pragnącym pozbyć się swych mężów.

Arszenik i sublimat rtęci, którego sposób przyrządzenia opisał Otto Tachenius[49]) około połowy XVII wieku, stanowiły przetwory, używane głównie w nader licznych otruciach, jakie się wydarzały we Francyi za Ludwika XIV.

W czasie panowania we Francyi dynastyi Valois miały być skrytobójcze otrucia nader częstemi, chociaż trudno obecnie dowieść słuszności ówczesnych podejrzeń. Katarzyna Medycejska, żona Henryka II, miała z Włoch sprowadzić trucicieli, wysługujących się raz katolikom, to znów Hugenotom. W tym to czasie miały się zdarzać otrucia zapomocą listów, których pismo miało być przysypywane proszkiem trującym, także i zapomocą różnych części ubrania, np. rękawiczek, zaprawionych odurzającemi truciznami i wonidłami dla zatarcia podejrzanych wyziewów. Joanna d'Albret, królowa Nawarry, przybywszy na zaślubiny syna swego do Paryża, zmarła tam po krótkiej chorobie, a wedle Henryka Martin[50]) mówiono, że przyczyną śmierci jej było otrucie, dokonane z polecenia Katarzyny, zapomocą rękawiczek zatrutych przez włoskiego handlarza wonideł. Tymczasem inny dziejopis, Palma-Cayet, nauczyciel późniejszego króla Henryka IV, przeczy temu stanowczo, powołując się na dokonaną sekcyę zwłok, która miała wykazać chorobę płuc, jako przyczynę śmierci. Martin wspomina także o morderstwie księcia Kondeusza, księcia Dwóch Mostów, kardynała Châtillon i marszałka de Vieilleville, którzy mieli w tych samych czasach paść ofiarą trucizny. Karol IX, syn Henryka II, miał paść również ofiarą otrucia, dokonanego przez spiskowców, na których czele mieli stać La Mole i Coconas, zasięgający porady u astrologa i wróżbity Ruggieriego. Przywódców obu, mimo że nie przyznali się do czynu nawet na torturach, skazano na śmierć i wyrok wykonano. Gilles de la Tourette i Brouardel[51]), wykazują obecnie na podstawie aktów i wyniku sekcyi, że Karol IX zmarł na gruźlicę płuc.

Panowanie Ludwika XIV wypełnia długi szereg notorycznie stwierdzonych zbrodniczych otruć, z których najgłośniejsze przypadają na Maryę Małgorzatę d'Aubray, późniejszą małżonkę wyuzdanego markiza de Brinvilliers. Ta głośna trucicielka, której życiorys opracował niedawno Franciszek Funck-Brentano[52]), mając lat 7, wedle własnego przyznania miała utracić cześć dziewiczą. Wyszedłszy za mąż za wyuzdanego i niedbającego o nią markiza de Brinvilliers, nawiązała rychło stosunek miłosny z przystojnym, lecz ubogim kawalerem Sainte-Croix. Gorszący, a nie tajony ten stosunek skłonił ojca markizy do uzyskania od króla zezwolenia na zamknięcie jej kochanka w Bastylii. Tu miał się on zapoznać z uwięzionym włochem Exili, który miał go wtajemniczyć w działanie trucizn. Brentano przeczy temu podaniu i dowodzi, że mistrzem jego w nauce o przyrządzaniu trucizn był głośny chemik szwajcarski, aptekarz królewski i demonstrator chemii w Jardin des plantes, Krzysztof Glaser, autor wydanego w r. 1665 podręcznika chemii. Sainte-Croix wyszedłszy z Bastylii przyrządzał trucizny dla swej kochanki, a ta otruła niemi ojca swego z zemsty za rozdzielenie jej z kochankiem i dwóch swych braci w celu zabrania po nich spadku. Przedtem zaś wypróbowała siły trucizn na licznych biedakach i chorych z Hotel Dieu, którymi wrzekomo z dobrego serca się opiekowała. Właśnie gdy miała już połączyć się węzłem małżeńskim ze swym kochankiem, zaskoczyła go niespodzianie śmierć z otrucia szkodliwymi gazami, jakie w swej tajemnej pracowni wywiązywał. Znaleziona u niego skrzynka z truciznami i list, polecający ją po jego śmierci wręczyć markizie, zdradziła jej zbrodnie. Markiza schroniła się do Anglii, następnie do Belgii, zkąd podstępem wywabiona, potem uwięziona i stawiona przed sąd w Paryżu, po przyznaniu się do zbrodni została straconą w r. 1676. Markiza posługiwała się do spełnienia swych zbrodni trzema mięszaninami trującymi. W skład ich miały wchodzić sublimat, arszenik, antymon, sole ołowiu i makowiec. Znane są one pod nazwami: „l'eau mirable de Brinvilliers“, „poudre de succession“ i „aqua del Petesino“. „Poudre de succession“ miał się składać wedle Hallera[53]) głównie z ołowiu, a wedle Stenzela[54]) „si fabula vera“, mógł w dowolnym czasie, zależnie od dawki, przyprawiać o śmierć osoby, po których się chciało dziedziczyć majątek. Z innych osławionych owoczesnych trucicielek wymienić należy kabalarkę Voisin, spaloną żywcem w r. 1679, która rzemiosłem swem zarabiała rocznie 100,000 franków dzisiejszego kursu; pani de Dreux, która między innemi otruła swego męża, a kochając się w kardynale de Richelieu, chciała przy pomocy czarów zostać jego żoną, rywalka Voisin Filatore, dalej Sardone, Poligny, Meline, Louison de Loges, Joly itd.

W tym samym czasie niemal żyła w Berlinie „pruska Brinvilliers“, żona radcy tajnego Ursinusa. Otruła ona zapomocą arszeniku 4 osoby, a między niemi swego męża. Zdradził ją jej służący, również przez nią otruty, jednak szczęśliwie ocalony od śmierci. W r. 1803 zasądzono radczynię na dożywotnie więzienie, gdzie też w 76 roku swego życia zmarła (1760—1836). Rozpoznania otrucia arszenikiem na zwłokach jej ofiar dokonano między innemi na podstawie stwierdzonego strupieszenia zwłok, które Welper[55])

---

[47]) Lombroso-Ferrero: Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Hamburg 1894.

[48]) England und Italien. Leipzig 1786. II Th.

[49]) Brouardel. Les empoisonnements Paris 1902.

[50]) Histoire de France 4. édit. T. IX

[51]) Brouardel. Les empoisonnements *l. c.*

[52]) Le Drame des poisons. Hachette et Cie, 1900.

[53]) *l. c.* str. 193.

[54]) De venenis terminatis et temporaneis, quae Galli poudre de succession vocant. Dissert. 1730.

[55]) Hufeland's Journal 1803. Bd. 16.

pierwszy za cechę tego otrucia ogłosił. Cecha ta uznana orzeczeniem królewskiej naukowej deputacyi w Berlinie z 30 czerwca 1824 r. za nie mającą rozpoznawczego znaczenia, stanowiła jeszcze przez długi czas między lekarzami sądowymi dowód otrucia arszenikiem. Na niej to opierali Robert Koch, podówczas jeszcze prowincyonalny fizyk i lekarz sądowy, oraz Zagrodzki, swe orzeczenie, stwierdzające otrucie arszenikiem w głośnej sprawie Babimostkiej [56]) aptekarza Speicherta, skazanego na tej podstawie za domniemane morderstwo na swej żonie. Dopiero Zaaijer [57]) wykazał na podstawie przykładów z piśmiennictwa, oraz na podstawie badanych przez siebie zwłok 13 ofiar głośnej holenderskiej trucicielki Van der Linden, że arszenik nie wywołuje mumifikacyi w zwłokach osób nim otrutych. Zdawałoby się, że po tylu zbrodniach otrucia arszenikiem i dzięki wybitnemu obrazowi anatomicznemu tego otrucia, oraz łatwym a pewnym metodom chemicznego stwierdzenia trucizny, powinna była jego dyagnostyka przynajmniej na schyłku XVIII wieku stać już na szczeblu bodaj pewnej doskonałości. Tymczasem pisze poważny Gmelin [58]), że otrucie to odznacza się bardzo szybkiem gniciem zwłok, połączonem z silnem nie do zniesienia ich cuchnieniem, powstawaniem nalotów na nożu sekcyonującym takie zwłoki i tępieniem się jego, zesznurowaniami i znacznemi rozstrzeniami żołądka i jelit, dotkniętych nadto czarno-sinemi plamami zgorzelinowemi i małemi przedziurawieniami, wreszcie powstawaniem gęstego białego dymu o woni czosnku, gdy się treść żołądka i jelit rzuci na żarzące się węgle. Dym ten osadza biały osad na podstawionej blasze miedzianej, który, przestalony z siarką, tworzy czerwony sublimat arsenu. Ehrmann w pracy swej „De veneficio doloso“ wierzył jeszcze, że gdy się serce otrutych arszenikiem rzuci na płonące węgle, wtedy czuć woń arsenu, a Meckel [59]), choć zdaniu temu zaprzecza, jeszcze przecież objaw ten dla dokładności przytacza. Widzimy ztąd jasno, jak bardzo niestety mała odległość czasu oddziela nas od okresu, w którym, mimo że nauka o otruciach sięga najodleglejszej starożytności, przecież w istocie była dziedziną niemal dziewiczą. Wielką i ważną przyczyną tego powolnego postępu w zakresie nauki o truciznach było przekonanie, że o działaniu trucizn i o otruciach nie należy pisać i prac ogłaszać, gdyż, jak się Gmelin wyraża, daje się w ten sposób złoczyńcom broń w rękę przeciw bezpieczeństwu życia ludzi prawych. Mimo tej obawy zrywa z nią Gmelin, ogłaszając swe prace, a zrywa dlatego, ponieważ jego zdaniem truciciele nie mogą się z nich niczego takiego dowiedzieć, czegoby przedtem już nie znali, natomiast prace te mogą posłużyć do łatwiejszego ustrzeżenia się otruć, do pewniejszego ich rozpoznania, tem samem sprawiedliwszego ukarania trucicieli.

Rówieśnicą trucicielki Ursinus była Anna Zwanziger, córka właściciela gospody z Norymbergi, a żona notaryusza. Otruła ona zapomocą arszeniku ogółem 22 osób, z tych trzy śmiertelnie. Stracono ją za wyrokiem w r. 1811. Przed śmiercią swą oznajmiła, iż śmierć jej jest dla ludzi szczęściem, albowiem nie byłaby zdolną wstrzymać się od dalszych zbrodni.

[56]) Blumenstok. Przegl. 1887. Nr. 3.

[57]) Virchow's Jahresber. 1887. Bd. I. str 533.

[58]) Allgem. Geschichte der Gifte I. Th. Leipzig 1776, str. 143.

[59]) *l. c.*

Gesche Małgorzata Gottfried, córka krawca, urodzona w Bremie r. 1783, obdarzona z natury wielką urodą, podobnie jak markiza Brinvilliers, otruła arszenikiem wiele osób, z których 15 utraciło życie. Stracono ją w r. 1831. Przed śmiercią przyznała, że trucie ludzi sprawiało jej wielką przyjemność. Anna Marya Günther otruła na wsi koło Freibergu 21 osób śmiertelnie, 25 innych osób zaś bez utraty życia. Używała arsenu (Fliegenstein). Wzięta na tortury, zakończyła życie w r. 1767. Pewna służąca, o której wspomina Platner [60]), otruła w Niemczech swą służbodawczynię zapomocą arszeniku, wsypanego do zupy grzybowej. Następnie otruła swą koleżankę czekoladą zmięszaną z arszenikiem, inną zaś towarzyszkę usiłowała pozbawić życia kołaczem, posypanym cukrem i mączką arszenikalną. Skazano ją na dożywotnie więzienie, gdyż, jak się wyraża Platner, znawcy nie badali treści zwłok wedle zasad „der Scheidekünstler“, a obrońcy ujęli się za nią z zapałem, godnym lepszej sprawy tak, że dzięki ich „sprytnemu przekręceniu prawa“, nie mógł zapaść zasłużony wyrok śmierci. Hasenest [61]) podał wiadomość o pewnej kobiecie, która zatruła wiele osób zapomocą soli, zmięszanej z trucizną; czyniła zaś to w tym celu, aby mężowi swemu, partaczowi wiejskiemu, trudniącemu się leczeniem, przysporzyć jak największą liczbę pacyentów. We Francyi, względnie w Bretanii, stracono w r. 1851 Helenę Jegado, która otruła z górą 40 osób zapomocą arszeniku, a tylko panująca wówczas nagminnie cholera przez długi czas nie dozwalała władzy wpaść na trop zbrodniarki. W Szwajcaryi skazano z powodu wątpliwego stanu umysłowego Maryę Jeanneret z Genewy, zamiast na karę śmierci, tylko na 20 lat więzienia. Trudniła się ona jako dyakonisa opieką nad chorymi. Zdołała ona od końca października 1867 r. do połowy stycznia 1868 otruć zapomocą atropiny lub morfiny 9 osób, z tych 6 śmiertelnie. W roku 1900 jak doniosły dzienniki, wykryto w Zsebely na Węgrzech szeroko rozgałęziony spisek kobiet, zadających swym niewygodnym mężom arszeniku w celu ich pozbycia się.

Przywiedziona galerya głośnych trucicielek, mieszkanek Europy, posiada dosadne przeciwstawienie w trucicielkach innych ras ludzkich. Wedle Lombroso i Ferrero pozbywają się kobiety szczepu Makololo bardzo łatwo swych mężów zapomocą trucizny, w Arabii zaś znawstwem i handlem trucizn zajmują się wyłącznie tylko kobiety. Wreszcie podaje Katscher [62]), że w Chinach posiadają czarodziejki Mi-Fu-kau tajemnicę pozbawiania życia mężczyzn żonatych i ztąd mają między kobietami zamężnemi rozgałęzione stosunki. I Chinom bowiem nie obce były od najdawniejszych czasów trucizny, któremi przyroda bardzo obficie je obdarzyła. Pierwszy podręcznik medycyny sądowej, zestawiony przez głośnego chińskiego lekarza Sung-tze w r. 1248 pod nazwą „Si-Yuen-Lu“ [63]) wymienia w księdze III długi ich szereg. Z ważniejszych godne są wzmianki: „pi-schoang“, t. j. arszenik biały, którego sposób działania już wtedy wcale dobrze był znany, a Sung-tze opisuje przypadek zbrodniczego otrucia przez wprowadzenie arszeniku do przewodu

[60]) Untersuchungen üb. einige Hauptcapitel der gerichtl. Arzneiwissenschaft. Leipzig. 1820. str. 342.

[61]) Meckel *l. c.*

[62]) Bilder aus dem chinesischen Leben. Leipzig 1881.

[63]) Exposé des principaux passages contenus dans le Si-Yuen-Lu par le Dr. Martin. Paris 1884.

słuchowego; „Sing-gen“, t. j. kwas pruski, wyrabiany z gorzkich migdałów; „shue-yin“, t. j rtęć, którą wykrywano zapomocą płytki złota, jeźli ona bielała w zetknięciu z trucizną, dowodziło to otrucia rtęcią; „ya-pien-yen“, t. j. makowiec, obecnie pospolity środek, używany przez kobiety w celach samobójczych; „tsao-ou-teou“, t. j. korzeń tojadu i trucizna na szczury, zioło zwane „shou-ma-tsao“ (illicium religiosum) z rodziny *magnoliaceae*, zawierające sikiminę, działającą podobnie jak pikrotoksyna. Z grzybów wymieniony jest jadalny i smaczny gatunek „kou-oun“, który dopiero wówczas nabiera trujących własności, gdy go ugryzie wąż jadowity. Sung-tze wymienia także liczne gatunki robaków trujących. Robaki „tchou“, „ken-tchou“ itd. umieszczone w jednem naczyniu, pożerają się nawzajem, a ostatni pozostały ma być tak silnie trującym, że ukąszenie przezeń zabija człowieka natychmiast. Robaki te nie są szkodliwe dla kurcząt, które je zjadają bez szkody w wielkich ilościach, lecz mięso tych kurcząt staje się dla człowieka zabójczem. Pewien mężczyzna zmarł po spożyciu kurczęcia, więc obwiniono jego żonę o skrytobójcze otrucie, gdy jednak w żołądku nieboszczyka znaleziono resztki spożytego kurczęcia, uwolniono ją od zarzutu, przyjęto bowiem, że mięso kurczęcia było zatrute jadem tych robaków. Obok licznych wrzekomo jadowitych ryb, węży itd. figurują jako trucizny środki obojętne, np. woda, służąca do polewania kwiatów. Godnem wreszcie uwagi jest, że za dynastyi Song skazanych na śmierć przestępców używano do doświadczeń toksykologicznych, których celem było uzyskanie naukowych podstaw dla przyszłych ekspertyz sądowo-lekarskich w przypadkach zbrodniczego otrucia. Wszystkie te wiadomości mieszczą się w dziele, którego dokonano w r. 1248!

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

C.) Śmiertelność.

W r. 1899 umarło w Galicyi 200,594 osób, t. j. 30·36‰ ludności, a więc o 0·31‰ więcej, niż w r. 1898. Jest to od całego szeregu lat pierwszy przyrost śmiertelności rocznej, która od roku 1872 aż dotąd stale się zmniejszała (z 41·02‰ w roku 1872 do 29·74‰ w r. 1898). Sprawozdanie nie podaje na tem miejscu przyczyn pogorszenia. Czy znaleźć ją będzie można w dalszym ciągu? A sprawa to ważna; zwracaliśmy bowiem już w zeszłym roku uwagę na tę okoliczność, że Galicya okazuje najwyższy odsetek śmiertelności ze wszystkich krajów monarchii rakuzkiej.

Z tych 200,594 osób, zmarłych w roku 1899, przypada na dzieci do 5 lat aż 108,189. Z tego zmarło w pierwszym roku życia 67,942 dzieci, a z tych znowu w pierwszym miesiącu życia 29,021. I w tym roku największa śmiertelność w tym wieku wykazują powiaty wschodnie z ludnością rusińską. Stosunek ilościowy dzieci zmarłych w pierwszym miesiącu życia, dalej w pierwszym roku życia, wreszcie zmarłych w pierwszych 5 latach życia, pozostał z małą zmianą na niekorzyść roku 1899 prawie taki sam i odsetkowo przedstawia się w taki sposób:

	w r. 1898	w r. 1899	
W I miesiącu życia zmarło	3·94‰	4·39‰	ludności
W I roku „ „	9·7‰	10·28‰	„
W pierwszych 5 latach „	15·9‰	16·37‰	„

Pouczającem jest następujące zestawienie:

Na 100 zmarłych było w wieku	1895	1896	1897	1898	1899
Aż do lat 5	55·22	55·62	54·8	53·69	53·93
Od 5—15 lat	7·51	7·50	7·2	7·35	6·84
Od 15—30 lat	6·49	6·38	6·4	6·51	6·32
Od 30—50 lat	9·49	8·78	9·0	9·29	9·32
Od 50—70 lat	14·49	14·37	15·0	15·63	15·64
Nad 70 lat	6·80	6·85	7·2	7·63	7·70

„Z zestawienia powyższego daje się stwierdzić „fakt pocieszający, że śmiertelność do 15 roku życia zmniejsza się, odpowiednio do czego większa liczba ludzi umiera dopiero w późniejszym wieku, t. j. po 50 latach życia“.

II. Śmiertelność według przyczyn.

1) Na wrodzony brak sił żywotnych wykazano w r. 1899 3670 zmarłych t. j. 1·8% zmarłych wogóle. Liczba ta z każdym rokiem zmniejsza się, gdyż lekarze urzędowi coraz to więcej trzymają się instrukcyi, nakazującej zaliczać tu tylko wrodzoną niezdolność do życia z powodu przedwczesnego lub potworowatego porodu.

2) Gruźlica i 3) zapalenie płuc. Idąc po części za Sprawozdaniem, omawiamy te dwa działy razem, gdyż nie ulega wątpliwości, że w podawaniu przyczyn śmierci, szczególniej po wsiach, bywają popełniane liczne błędy i tylko zestawienie obu działów razem daje choć przybliżony obraz.

Otóż na gruźlicę miało w r. 1899 umrzeć 23,376, zaś na zapalenie płuc 24,517 osób, razem więc 47,893, t. j. 7·24‰ ludności, a 23·85% ogólnej liczby zmarłych. Z tabeli umieszczonej w Sprawozdaniu, a podającej liczbę zmarłych z tych przyczyn według powiatów, wynika, że najwyższą śmiertelność w 4 ostatnich latach wykazują miasta Kraków (13‰), Lwów (11·5‰), następnie powiaty Podgórze, Mościska, Zydaczów itd., najniższą zaś powiaty Kosów i Lisko (4·3‰), Brzeżany (4·6‰), Gorlice (4·7‰), Husiatyn (4·8‰), Nowy Targ (4·9‰), Mielec (5·1‰), Tarnobrzeg i Wieliczka (5·2‰) itd. Znaczna część tych powiatów leży w Karpatach lub na wyżynie podolskiej. Natomiast powiaty Mielec, Tarnobrzeg, Wieliczka leżą nad Wisłą i są najniżej położonymi. Ztąd wysnuwa Sprawozdanie uzasadniony wniosek, choć może za kategoryczny, „że wzniesienie nad poziom morza prawie nie wpływa na częstość chorób płucnych i że raczej mniejsza gęstość zaludnienia w powiatach górzystych jest przyczyną małej śmiertelności z powodu chorób płucnych“.

Z naszej strony wyrażamy przekonanie, że gdyby od liczby zmarłych na te choroby w powiecie Nowotarskim odjęto tych, których już ciężko chorych przywozi się do Zakopanego dla kuracyi z całej Polski, a którzy tam umierają, to powiat ten okazywałby najmniejszą śmiertelność z chorób płucnych. Powtórzyć nam tu wreszcie trzeba, że pisaliśmy i w roku zeszłym, że „pożądanemi byłyby tu wiadomości o stosunku perlicy u bydła do gruźlicy u ludzi, zestawienie liczby zmarłych ze względu na wiek, porównanie (choć w przybliżeniu) liczby chorych do liczby zmarłych (wykazy szpitalne); porównanie Galicyi z innemi prowincyami (które, mówiąc nawiasem, wypada nie najgorzej dla Galicyi), wiadomość od zarządów Kas chorych o liczbie chorych, leczonych na gruźlicę na ich koszt, wreszcie, co najważniejsze, wiadomość o zarządzeniach władzy celem powstrzymania szerzenia się gruźlicy, a więc w pierwszym rzędzie, czy gruźlica została zaliczoną do chorób zakaźnych, o których lekarz ma obowiązek donosić władzy i które czynią uczęszczanie chorych na gruźlicę razem ze zdrowymi do szkół publicznych niemożliwem?“

Pytania te zostały bez odpowiedzi *).

4) Na błonicę wykazano w roku 1899 zmarłych 8682 osób, t. j. 1·31‰ ludności, a 4·3% wszystkich zmarłych. W tym dziale znajdujemy od r. 1895 (surowica) niewątpliwy i stały postęp:

w r. 1895	wykazano	13,987	zmarłych na błonicę t. j.	2·1‰ ludn.
w r. 1896	„	13,171	„ „ „ „	1·99‰ „
w r. 1897	„	12,167	„ „ „ „	1·9‰ „
w r. 1898	„	9,396	„ „ „ „	1·42‰ „
w r. 1899	„	8,682	„ „ „ „	1·31‰ „

Jestto niewątpliwie wynik leczenia surowicą przeciwbłoniczą, którego, — o ile doszło do wiadomości władz, — dokonano u 934 osób.

Ponieważ na błonicę umrzeć miało w r. 1899 osób 8,682, — władzom zaś doniesiono tylko o 1,629 zasłabnięciach, przeto Sprawozdanie słusznie wnioskuje, że tylko 7·2% chorych na błonicę było

*) Reskrypt ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 14 lipca 1902 r. odpowiada na ostatnie zapytania referenta i czyni zadość jego wątpliwościom: pomimo jednak, że od wydania tego reskryptu upłynęło już trzy kwartały, nie słyszymy, ażeby władze krajowe wprowadzały go w życie. *(Przypisek Redakcyi).*

w opiece lekarskiej, gdyż zwykle tylko lekarze dopełniają tego obowiązku. O ileż lepszymi byłyby te wyniki, gdyby nie 7·2‰, — jak to słusznie Sprawozdanie przypuszcza, — lecz wszystkie przypadki tej choroby były w opiece lekarskiej.

Bardzo niejasnym jest następujący ustęp Sprawozdania: „Pomimo znaczniejszej liczby przypadków śmierci z powodu dyfteryi, zaniedbano tę chorobę najzupełniej w następujących powiatach: Bóbrka (81 wypadków śmierci), Borszczów (64), Czortków (105), Gorlice (160), Kołomyja (101), Kosów (92), Limanowa (144), Lisko (148), Rohatyn (114), Tłumacz (67), Zaleszczyki (55)“.

Pod jakim względem zaniedbano tę chorobę? Jakiego rodzaju zaniedbania dopuszczono się? Któż właściwie i co zaniedbał, jakie były tego zaniedbania skutki? Co zarządziły władze, dostrzegłszy zaniedbanie, by mu na przyszłość zapobiedz, a *pro praeterito* ukarać winnych zaniedbania? Wyjaśnienia tych kwestyj brak nam w Sprawozdaniu.

5. Na *krztusiec* umarło w r. 1899 osób 9144, t. j. 1·38‰ ludności, w roku zaś 1898 tylko 7383, czyli 1·11‰ ludności.

6. Z powodu *ospy* zmarło w r. 1899 osób 1644, w roku zaś 1898 2003. Jakkolwiek liczba zmarłych w r. 1899 jest mniejszą, jest jednak jeszcze bardzo znaczną w porównaniu zwłaszcza z innymi krajami monarchii rakuzkiej, o czem obszerniej pisałem w Sprawozdaniu z roku 1898.

Najsilniej szerzyć się miała ta choroba w 4 okręgach, w znacznej części zajętych epidemią w r. 1898, mianowicie w powiatach: podhajeckim i sąsiednich, dalej rzeszowskim i sąsiednich, borszczowskim i sąsiednich, wreszcie w stanisławowskim. W całym kraju rozpoznano ospę w 521 gminach 55 powiatów, u 5926 chorych. Z tych było szczepionych 3666, nie szczepionych 2260. Ze szczepionych zmarło tylko 5·73%, zaś z nie szczepionych aż 36·59%.

7. Na *płonicę* wykazano w r. 1899 8885 zmarłych, a więc liczbę mniejszą, niż w latach poprzednich (1896: 10.246, 1897: 9810, 1898: 10.340). Według zaś wykazów lekarskich stwierdzono płonicę u 19.428 osób, z których zmarło 4622, czyli 23·7% chorych.

8. Na *odrę* wykazano w r. 1899: 6661 osób zmarłych.

Urzędownie stwierdzono odrę w 1007 gminach u 38 517 osób, z których umarło 2796, czyli 7·52% chorych.

9. Na *dur plamisty* zmarłych było w 1899 r. 611 osób. Podczas więc gdy od r. 1895—7 liczba zmarłych na dur plamisty malała (do 435 w r. 1897), obecnie liczba ta od dwóch lat znowu się zwiększa (521 w r 1898).

W 15 powiatach, położonych w zachodniej Galicyi, oraz w powiecie czortkowskim od 2 lat nie stwierdzono duru plamistego. Według wykazów urzędowych lekarskich było w r. 1899: 5941 chorych (3981 w r. 1898), z których zmarło 481, czyli 8%.

Zestawienia liczby zmarłych na dur plamisty w Galicyi z liczbą zmarłych w całej Austryi, umieszczonego w roku zeszłym, nie powtarzamy, gdyż niestety nic tu się nie poprawiło.

Za Sprawozdaniem powtarzzmy, że kilkakrotnie stwierdzoną przyczyną szerzenia się epidemii był głód, nędza, przepełnienie mieszkań, ciemnota ludu, niezwracanie uwagi i niewypełnianie żadnych przepisów i środków ostrożności itd. W jednej gminie tajono nawet umyślnie przypadki duru i to całe miesiące, żeby tylko uniknąć poleceń zapobiegawczych ze strony lekarza urzędowego. Walka z tyloma i tak ciężkiemi przeciwnościami jest niezaprzeczenie ogromnie trudną. Lecz w samem Sprawozdaniu znajdujemy przykłady wczesnego i skutecznego zapobiegania szerzeniu się zarazy; przykłady te, liczniejsze w tym roku, budzą otuchę, że władze sanitarne, a zwłaszcza lekarze powiatowi, wobec zwiększonych trudności tem większą rozwiną czujność i czynność, by coraz to pomyślniejsze uzyskać wyniki. Oby tylko od innych władz skutecznego i energicznego doznawali poparcia.

10. Na *dur brzuszny* wykazano w r. 1899 2893 zmarłych.

Od roku 1893 liczba ta statecznie maleje; i w tym roku znowu jest znacznie mniejszą, niż w r. 1898 (3220). Sprawdzono urzędownie, że w 595 gminach wszystkich powiatów kraju zachorowało na dur brzuszny 6042 osób, z których zmarło 703, t. j. 11·63%. Co do bezwzględnej liczby chorych zajmuje Lwów trzecie miejsce z 294 chorymi, z których 43 zmarło (pierwsze powiat czortkowski, drugie turczański, miasto Kraków zaś aż 20-te miejsce z 99 chorymi, z których 26 zmarło). Sprawozdanie wykazuje przyczyny tej epidemii i co przeciw szerzeniu się jej zarządzono.

11. Na *czerwonkę* zmarło w r. 1899 osób 1800, t. j. również mniej, niż w r. 1898 (2173). W przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych przypada największa śmiertelność z czerwonki na trzy powiaty Galicyi zachodniej (wielicki, bocheński i brzeski).

12. *Cholery* azyatyckiej nie było u nas od r. 1896.

13. *Cholera dzieci* zabrała w 1899 r. 2394 ofiar (w 98 r. 2707).

14. Z *cholery swojskiej* zmarło 122 osób (w 98 r. 141).

15. *Gorączka połogowa* miała spowodować w roku 1899: 1336 przypadków śmierci. „Ponieważ jednak zaledwie czwartą część przyczyn zejścia śmiertelnego potwierdzają lekarze, trzeba powątpiewać o prawdziwości liczb w tej rubryce; z jednej strony bowiem gorączka połogowa uważaną bywa jako przyczyna śmierci w każdym przypadku zejścia śmiertelnego podczas porodu i połogu, a z drugiej strony został niejeden przypadek prawdziwej gorączki połogowej z obawy przed odpowiedzialnością zatajony. Urzędownie stwierdzono tylko 51 przypadków gorączki połogowej w całym kraju (46 śmiertelnych); w żadnym więc powiecie nie było epidemii, lecz tylko sporadyczne przypadki“.

16. Choroby zakaźne przyranne były przyczyną 602 przypadków śmierci w r. 1899 (w roku 1896: 452, w 1897 roku 377 w 1898 r. 477). Prawie cały przyrost od roku zeszłego przypada na Lwów, gdzie w r. 1898 wykazano tylko 19 przypadków śmierci, a w 1899 r. aż 109.

17. Na inne choroby zakaźne, jak: *grypa, zimnica, zapalenie nagminne opon mózgowych, kiła* i t. d. zmarło w roku 1899 osób 801.

18. Na *choroby zakaźne przeniesione ze zwierząt na ludzi* (zoonoses) zmarło w r. 1899 osób 42, a mianowicie 38 osób na wąglik, a 4 na wściekliznę.

19. Na *udar mózgowy* zmarło w roku 1899 osób 1345, przeważnie w miastach.

20. Z powodu *chorób serca i naczyń krwionośnych* zmarło w roku 1899 osób 2292.

21. *Nowotwory złośliwe* zabrały 2049 ofiar.

22. Wskutek innych naturalnych przyczyn (?) zmarło w roku 1899 osób 95.595, tj. 14·46‰ ludności, a 47·6% zmarłych (w r. 98 zmarło 90.409, tj. 13·68‰ ludności, a 45·9% zmarłych).

Ponieważ od roku 1895 liczby w tej rubryce stale się zwiększają, należałoby na tę okoliczność zwrócić baczniejszą uwagę. Bo jakąż wartość posiadać może statystyka śmiertelności z różnych chorób, jeśli przyczyny śmierci prawie połowy wszystkich zmarłych nie są znane. Słusznie wtedy można podnieść zarzut, że np. zmniejszanie się przypadków śmierci z powodu chorób zakaźnych, wykazane w tym roku, jest całkiem iluzoryczne, bo nieznana liczba zmarłych na choroby zakaźne mogła być błędnie (przez oglądaczy zwłok, względnie urzędy parafialne) tu zaliczoną.

Porównaj, co pisałem w roku zeszłym w uwagach ogólnych o śmiertelności.

23. Z powodu *przypadkowych uszkodzeń śmiertelnych* zmarło w roku 1899 osób 1636.

24. Samobójstwem zakończyło osób 348.

25. Zabójstw wreszcie i morderstw było 149.

Ogólne uwagi o śmiertelności.

Wypadałoby tu właściwie powtórzyć, co na tem miejscu pisałem w roku zeszłym. Odwołuję się więc do tego; tu zaś powtórzę wysnute w roku zeszłym wnioski, a mianowicie:

1. walkę z chorobami zakaźnemi toczyć nam należy ze zdwojoną energią, bo to nasz wróg najcięższy;
2. również baczniejszą uwagę zwrócić należy na gruźlicę i choroby przewodów oddechowych;
3. organizować jak najwięcej posad lekarzy okręgowych i tworzyć więcej szpitali prowincyonalnych, każdy z paroma ubikacyami dla odosobnienia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia wydziału Izby, odbytego w dniu 31 marca b. r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky; obecni członkowie wydziału: Drowie: Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy. 2. Następnie załatwiono kilka podań o uwolnienia od wkładek. 3. Drowi J. postanowiono na żądanie przesłać odpis skargi, wniesionej do Izby w r. 1902. 4. Ponieważ Drowie F. i G. pomimo powtórnych wezwań przez Izbę rodowodu nie nadsyłają, uchwalono wystąpić przeciw nim energicznie. 5. W sprawie Dra M. przeciw Drowi S. wydział uchwala proponować pośrednictwo. 6. W sprawie zmiany ustawy o Izbach lekarskich, jak również zmiany ordynacyi wyborczej oddano elaborat do wypracowania Drowi Walczyńskiemu do następnego posiedzenia wydziału. 7. Następnie omawiano sprawę Kas majsterskich. 8. Sprawę Dra L. o afisze ogłaszające postanowiono złożyć do aktów. 9. Uchwalono sprawozdania z posiedzeń ogłaszać w „Przeglądzie Lekarskim“ każdorazowo. 10. Wreszcie w kwestyi okólnika ministerstwa oświaty z 14 lipca 1902 r., tyczącego się gruźlicy wogóle,

w szczególności zaś w szkołach, poruczył wydział Drom Kwaśnickiemu i Walczyńskiemu opracowanie i przedstawienie odpowiednich wniosków. Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Schoengut.*

Otrzymujemy następujące pisma:

Sambor, 10 kwietnia.

Szanowna Redakcyo!

W sprawie obniżenia dyet za szczepienie ospy otrzymałem na mój rekurs do Wydziału krajowego następującą rezolucyę:

„Na skutek prośby p. Dra Wojciecha Chrząszczewskiego, lekarza szpitala powszechnego w Samborze, tudzież powołując się na odezwę naszą z 13 stycznia b. r. L. 93.223, upraszamy c. k. Starostwo o uwiadomienie petenta, iż obliczenie dyet za szczepienie ospy nastąpiło na zasadzie uchwały z dnia 12-go maja 1901 roku, L. 19.077, którą Wydział krajowy postanowił, począwszy od r. 1902 zrównać dyety lekarzy szpitali powszechnych, jako stałych urzędników tych zakładów, tudzież dyety lekarzy okręgowych, jako funkcyonaryuszów urzędowych w gminach do ich okręgu należących, z dyetami ustanowionemi za tę czynność dla c. k. lekarzy rządowych I. klasy, tj. po 6 koron dziennie. Dyety zaś po 7 koron dziennie pozostawiono tylko lekarzom wolno praktykującym i c. k. starszym lekarzom powiatowym“.

Potocki m. p., marszałek krajowy.

Uchwała powyższa, o której, nawiasowo mówiąc, nikt z nas nie wiedział, jest wprost rozczulającą dla lekarzy szpitali powszechnych i lekarzy okręgowych, bo czyni nam niesłychany zaszczyt zrównania nas z lekarzami rządowymi; szkoda tylko, że czyni to jedynie i wyłącznie co do niższych dyet za szczepienie ospy, które przed tem zrównaniem wynosiły o jednę koronę dziennie więcej. Przy powzięciu tej uchwały zapomniano o zrównaniu i naszych poborów, jako stałych urzędników z poborami i szansą awansu c. k. lekarzy powiatowych. I tak: ja, pełniąc dziewięć lat służbę szpitalną w Samborze, pobieram aż 400 złr. pensyi, a prymaryusz szpitala w Samborze, służąc lat 26, dosłużył się aż 700 złr. pensyi, mimo że obaj tracimy niemal całe przedpołudnie na ordynacyę szpitalną, mając powyżej 100 chorych do obsłużenia. Cała tedy powyżej podana uchwała, a szczególnie jej motywa „zrównania“, przedstawiają się jako rzeczywiście gorzka ironia. Wobec istnienia tej uchwały droga pojedynczego lekarza jest zamknięta do dalszego rekursu, chyba może, co z wielką nieśmiałością tylko nadmieniam, zechce się ująć za naszą sprawą nasza Izba lekarska! *Dr. Wojciech Chrząszczewski.*

Swiatniki Górne, kwiecień, 1903

Szczepienie aseptyczne.

Stosując sposób szczepienia przyrządem, poleconym przez Ministerstwo, nie osiąga się szczepienia najbardziej zbliżonego do aseptycznego, gdyż trzema lancetami trzeba wykonać kilka do kilkunastu szczepień, a więc lancetem niewygotowanym, którego i kształt nie bardzo szczęśliwie dobrany, można zarazek łatwo przenieść na inną osobę.

Aby szczepienie wykonać aseptycznie, trzebaby każdego osobnika szczepić osobnym lancetem wygotowanym.

W celu urzeczywistnienia tej myśli podał mi lekarz powiatowy w Podgórzu, Dr. Dembowski, rysunek takiego lancetu, który c. k. Zakład zawodowy ślusarski w Swiątnikach wykonał, a przez użycie takich lancetów dochodzi się, przy stosunkowo niedużym jednorazowym wydatku i nieznacznym zachodzie, do możliwie najbardziej aseptycznego szczepienia. Lancet cały jest ze stali, zupełnie gładki, niklowany, ma długości 12 ctm., waży 7 grm. i posiada dwa zakończenia nie zupełnie ostre. Zalety zaś jego są: 1) Nadzwyczajna taniość (10 sztuk 5 koron). 2) Jeden lancet wystarcza na 2 szczepienia. 3) Łatwość wygotowania większej liczby lancetów w przyrządzie Odelgi. 4) Trwałość lancetu. 5) Zużycie jak najmniejszej ilości limfy. 6) Lekkość (7 grm.). 7) Do zwykłego szczepienia po wsiach wystarcza 10 lancetów, którymi zupełnie aseptycznie 20 szczepień wykonać można; do liczniejszego, a nawet do możliwie najwyższej ilości wystarczy 20—25 lancetów, gdyż po 40—50 szczepieniach i tak należy się lekarzowi przerwa, podczas której z łatwością na nowo lancety wygotuje. Z powodu swej lekkości lancety prędko stygną.

Wzmiankę tę podaję do wiadomości P. P. kolegów, którzyby z niej chcieli korzystać, zaś próbne lancety mogę przesłać każdemu za przesłaniem 50 h. *Dr. Hubert Dika*, lekarz okręgowy i sądowy.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16. kwietnia.

† D. 12 b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Antoni Filimowski, kierownik oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Braci Miłosierdzia, lekarz sądowy, więzienny i t. d. Po ukończeniu Wydziału lekarskiego w Krakowie był asystentem prof. Teichmana, następnie, po należytem przysposobieniu, poświęcił się praktyce lekarskiej, i na tem polu zyskał zupełne, zasłużone i powszechne uznanie u obywatelstwa krakowskiego, które wysoce cenilo w Zmarłym wzniosłe połączenie wiedzy, sumienności z szczerą bezinteresownością. Zarządowi Krakowa oddał ś. p. Dr. Filimowski wielkie usługi: jeśli miastu naszemu zagrażała kiedykolwiek jaka epidemia, jak to miało miejsce z cholerą, ospą, durem osutkowym i t. d., chorych pomieszczano w szpitalu Braci Miłosierdzia, a opiekę nad nimi roztaczał Dr. Filimowski, niosąc ratunek z świadomem narażeniem własnego życia. Godzi się zastanowić nad tem, czy może, czy powinien taki człowiek, schodząc z tego świata, pozostawić rodzinę niezaopatrzoną? czy w ustroju państwowym i społecznym nie tkwi tu czasem jakiś grzech czy błąd, który woła o sprawiedliwość i naprawę? Ś. p. Filimowski nie pozostał dłużnym swemu społeczeństwu; obowiązki swego zawodu i powołania spełnił wiernie i dosczętnie, lecz to jest jedyna Jego zapłata, złożona w skarbcu własnego sumienia. Żył lat 42. Cześć i wdzięczna pamięć zasłużonemu.

* (R.) Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie ogłosiło w tych dniach XXX Sprawozdanie za r. 1902, z którego przekonywamy się, że Towarzystwo to dalej kroczy stale, wytrwale i skutecznie po wytkniętej drodze. Skorowidz ruchu chorych w szpitalu św. Ludwika wykazuje, że liczba dzieci, leczonych ambulatoryjnie, wynosiła 5,646; przyjętych do szpitala w wieku od 1—12 lat 1067, osesków 260. Co się tyczy tych ostatnich, to nadmienić należy, że wskutek porozumienia z Wydziałem krajowym przyjmuje się do szpitala tylko oseski chore; zaś te, które potrzebują tylko opieki i przytułku chwilowego, — a nie leczenia, — skierowywane bywają do S. S. Miłosierdzia w Czarnej Wsi.

Znaczna przewaga dzieci chorych, nie należących do gminy m. Krakowa, wykazuje dowodnie, że zakres dobroczynnego działania tej instytucyi nie kończy się na rogatkach m. Krakowa, lecz że tu znajdują pomoc lekarską dzieci z całego kraju, a w szczególności z Galicyi zachodniej; dowodzi tego także liczba leczonych, która od założenia szpitala po rok sprawozdawczy włącznie wynosi przeszło 125,000.

Również pomyślnym był rozwój Kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce. W roku sprawozdawczym wysłano tam 90 dzieci, z których każde przebyło 6-tygodniowe leczenie. Od założenia Kolonii leczyło się w niej przeszło 1200 dzieci. Sprawozdanie wykazuje, że z 244 dzieci, zgłoszonych do przyjęcia i kwalifikujących się do leczenia w Rabce, 154-em odmówiono dla braku miejsca i funduszu na utrzymanie; dla tego też z radością powitać należy zapowiedź dokończenia w tym roku budowy nowego budynku Kolonii znacznie obszerniejszego, mogącego pomieścić do 100 dzieci. Życzyć więc gorąco należy, ażeby społeczeństwo nasze, uwzględniając cel i znaczenie Kolonii leczniczej w Rabce, zechciało ją wydatniej poprzeć, gdyż Sprawozdanie wykazuje, że Towarzystwo liczy tylko 95 członków.

* Dyrektor centralnego fizycznego Obserwatoryum w Petersburgu, prof. Rykaczew, rozesłał zawiadomienie o mającym się odbyć między 11 a 20 września b. r. w Pjatigorsku (na Kaukazie) II gim rosyjskim Zjeździe klimato-hidro-balneologicznym. Ponieważ wśród licznych zagadnień, stanowiących program tego Zjazdu, znajduje się zestawienie porównawcze warunków klimatycznych, oraz innych szczegółów, dotyczących uzdrowisk i zdrojowisk rosyjskich w stosunku do zagranicznych, przeto prof. Rykaczew uprasza zarządy zdrojowisk i uzdrojowisk, będących po za granicami Rosyi, o przysłanie na użytek Zjazdu wszystkich publikacyj, odnoszących się do klimatologii uzdrowisk, składu chemicznego wód mineralnych i t. d. Przesyłkę należy adresować: *„Observatoire physique central Nicolas à St. Petersbourg.* Pour le Congres de climatologie“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie lwowskim otrzymał Dobiesław Hordyński.

* Zjazd niemieckiego Towarzystwa otologów odbędzie się 29 i 30 maja w Wiesbadenie pod przewodnictwem prof. Körnera z Rostoku.

* Dr. T. Łapiński mianowany został ordynatorem etatowym szpitala Jana Bożego w Warszawie.

* Dr Adam Lande obejmuje kierownictwo lekarskie Zakładu wodoleczniczego w Chojnach (pod Łodzią).

* Prof. Walery Jaworski zamieszkał przy ulicy Starowiślnej l. 10.

* Dr. Stanisław Kaczkowski mianowany ordynatorem etatowym oddziału chirurgicznego uniwersyteckiej kliniki warszawskiej.

* Pierwszy szaniec na drodze do karyery wojskowej w Rosyi zdobyły już kobiety — lekarze. »La Presse médicale« (Nr. 27) donosi, że Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu uchwaliła dopuścić kobiety do pracowni naukowych w oddziałach chorób ostrych i zakaźnych, znajdujących się przy szpitalach i infirmeryach wojskowych, z warunkiem atoli, że do jednych koszar nie będzie przyjętych więcej nad jedną kobietę-lekarza.

* W Nowym Yorku rozszerzyła się jaglica w przerażający sposób. Od dnia otwarcia szkół w bieżącym roku szkolnym odstawiono od nauki 6667 dzieci, z powodu chorób ocznych.

* D. 6 czerwca odbędzie się w Warszawie Zjazd wychowańców b. Szkoły głównej. Komitet uprasza wrzystkich kolegów, którzy uczęszczali do Szkoły głównej, ażeby przysłali swoje adresy przed 1-szym maja na ręce p. Józefa Leskiego, dyrektora Muzeum przemysłu i rolnictwa w Warszawie (Krakowskie przedmieście, 66).

* Zawiązało się w Rosyi Towarzystwo akcyjne z kapitałem 1.000.000 rub., w celu wystawienia i urządzenia stacyi klimatycznej na południowym brzegu Krymu.

* Między 25 a 31 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w m. Lwowie (1 przypadek) i w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), brzeżańskim (1 g.) drohobyckim (1 g.), horodeńskim (2 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (2 g), kamioneckim (1 g.), lwowskim (2 g), nadworniańskim (1 g). przeworskim (6 g.). rawskim (2 g.), śniatyńskim (4 g)., stryjskim (2 g.), tłumackim (1 g)., trembowelskim (2 gm).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XII (22—28—III). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 46, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy 13 (5 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z krzuśćca 3, z odry 1, z cholery niemowląt 1.

Mianowania i odznaczenia. Docenci ginekologii w Lausannie: Rossier i Muret mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Prof. Bleibtreu mian został prof. w Gryfii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Laborde, prof. antropologii, członek Akademii lekarskiej — w Paryżu. Dr. Randacio, prof. anatomii — w Neapolu. Dr. Armanni, prof. histologii patologicznej — w Neapolu. Dr. Barron, prof. patolog. anatomii w Liwerpolu.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 14. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (c. d.). Marynowski: Przypadek przedwczesnego porodu, odbytego w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki wraz z całkowitem wypadnięciem i wynicowaniem macicy u trupa matki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Dzierzgowski: Przyczynek do kwestyi powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem uodpornianiu ich. Krokiewicz: Przyczynek do nauki »o niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej (anaemia perniciosa progressiva idiop.«). Bernhardt: Przyczynek do budowy wrzodu pierwotnego.

— *Postęp okulistyczny* (marzec). Noiszewski: Ruptura retinae i retinitis proliferans. Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie opasek ocznych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14. Frankenberger: Atresie obou chřipí (dok.). Weigner: Význam váhy mozkové u člověka (dok). Slavik: Vražda, sebevražda nebo nahodilá smrt' utopenim?

— *La Presse médicale* Nr. 27. Landouzy: Gruźlica. Choroba społeczna. Mahu: Adrenalina. Lek na raka.

— Nr. 28. Gilbert Ballet: Otyłość bolesna (choroba Dercuma). Terrien: Rozpoznawanie porażeń mięśni ocznych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Klemperer: Oznaczanie barwy moczu i rozpoznawcza jego wartość. Sukiennikow: Anatomia topograficzna tchawiczych i oskrzelowych gruczołów chłonnych. Salzwedel: Zadania lekarzy w zreformowaniu opieki nad chorymi. Cohnheim: Zwiotczenie żołądka i stosunek jego do pluskania i rozstrzeni żołądka. Pinkus: Zachowawcze, nie operacyjne leczenie chorób kobiecych (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Pospischill: O przeciwpłoniczej paciorkowcowej surowicy Mosera. Hamburger: O biologicznych, dających się wykazać zmianach we krwi ludzkiej po wstrzyknięciu surowicy. Karliński: Leczenie gorączki powrotnej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Heilbronner O usuwaniu kurateli nad paranoikami. Schlossmann i Moro: Przyczynek do nauki o własnościach różnych ciał białkowatych mleka. Megele: Surowiczy odczyn Widala przy ropniach wątroby. Ihl: O porodach po sympfizeotomii. Brennfleck: Przypadek wykonanej splenektomii z powodu rany postrzałowej. Federschmidt: Przyczynek do kazuistyki i terapii wąglika skórnego u ludzi. Grunert: Przypadek ropnicy, biorącej początek z przewodów nosowych, zakończony wyzdrowieniem. Schneiderlin: Rozpoznanie niedrożności jelit. Görl: Samoistne rozpuszczenie się kamienia moczowego. Diehl: Symfizeotomia jednostronna. Dornblüth: Uwagi nad chorobą morską.

Redakcya otrzymała. Wydawnictwa Lehmanna: 1) prof. Schultze: Atlas und Grundriss der topographischen und angewandten Anatomie. 2) Festschrift zum 50-jährigen Stiftungsfest der Münchener medicinischen Wochenschrift. Prof. Beck: 1) The treatment of fractures of the lover end of the radius. 2) The principles of protection against Röntgen-Light dermatitis. 3) Exploratives Princip und Technik beim secundären Brustschnitt 4) Medizinische Streflichter aus Amerika. 5) Das Wachstum des deutschen Ansehens in Amerika und die Niederlassungsfrage. 6) The operative treatment of deformed fractures as indicated by the Röntgen rays. — Biernacki: Sprawa sanatoryów. — Wrzosek: Jędrzeja Śniadeckiego: Przedmowa do krótkiego rysu chemii dla użytku szkół narodowych Xięstwa Warszawskiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 22 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) koledzy Prof. Ciechanowski i Dr. Gliński przedstawią okazy anatomopatologiczne; 2) Doc. Marchlewski mówić będzie „O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Sanatogen.

Wśród przetworów białkowych odżywczych, które w ostatnich latach powstały, wyróżnia się swemi zaletami najnowszy tego rodzaju produkt: sanatogen.

Węglowodany i tłuszcze odgrywają bez zaprzeczenia ogromną rolę w ogólnej ekonomii ustroju, białku jednak należy przyznać pierwszorzędne znaczenie w odżywianiu ustroju. Spożywanie białka jest rzeczą konieczną, gdyż bezeń równowaga ciała w żaden sposób utrzymać się nie da. Będąc źródłem wszelkiej energii musi ono jednocześnie pokrywać wielkie stosunkowo straty ciał białkowych w tkankach i narządach.

Z trzech tych rodzajów istot spożywczych białko jedynie przez żadną inną zastąpionem być nie może. Zdrowy człowiek musi spożyć w pokarmach pewną oznaczoną ilość białka na dobę (około 100 gramów), przy stałym zmniejszaniu tej normy szybko się człowiek zbliża do tego stanu, w którym przy najobfitszym nawet dopływie węglowodanów i tłuszczów zaczyna bezpowrotnie tracić białko własnego ciała.

Zwykłe pokarmy zawierają stosunkowo nie dużo białka (mleko krowie n. p. 3,4%, jajka 12%). Utrzymanie zatem równowagi białkowej u chorych przy odżywianiu ich pokarmami zwykłemi wymagałoby zbyt wielkiej jak na chorego ilości tychże; wogóle żywienie ludzi wyczerpanych długą chorobą podtrzymywanie sił niezbędnych dla jej opanowania i pokrycia wynikłych strat po wyniszczających chorobach, należy obok właściwego leczenia, do bardzo trudnych zadań praktyki lekarskiej. Ta trudność powiększa się znacznie w zaburzeniach trawienia, w których baczyć i na to należy, aby zbytnio nie obarczać żołądka i kiszek a pożywienie zawierające białko musi być zadawane w postaci bardzo strawnej i w ilości niewielkiej, i w tych przypadkach, gdy konieczność należytego żywienia chorego spotyka się z nieprzepartym do zwykłych pokarmów wstrętem, a tak często stosowany przymus miast oczekiwanego pożytku szkodzić tylko może.

Konieczna w takich razach potrzeba białkowatego środka spożywczego, któryby mógł u chorych i osłabionych zupełnie zastępować nieodpowiednie w danym razie zwykłe pokarmy białkowate staje się nieodzowną i konieczną.

Chemia nowoczesna gorliwie myśl tę podjęła, w pierwszych próbach tego rodzaju przetworów spożywczych białko występowało w postaci prześciowego okresu swego, jaki przechodzi podczas trawienia. Miało to ułatwiać i oszczędzać pracę żołądka i czynić je łatwiej strawnemi, lecz pokładane w nich nadzieje zawiodły.

Pepton obok swego smaku gorzkiego, działa często drażniąco na narządy trawienia i okazuje się dla celów odżywczych nieodpowiednim. Albumozy nie trawi się tak dobrze, jak sanatogen. większe jej dawki wywołują często wymioty i rozwolnienie, przytem pożywność peptonu i albumozy jest niewielka.

W ciągu ostatnich lat kilku, za materyał do wytworów spożywczych zaczęto używać białkową część składową mleka: sernik czyli kazeinę.

Przy pomocy pewnych czynników staje się ona rozpuszczalną i może zatem być zadawaną w postaci dla trawienia i wchłaniania najdogodniejszej. Rozpuszczalne preparaty białkowe: nutroza (Casein-natron) i eukazyna (Casein-ammoniak) posiadają też wielkie zalety odżywcze stwierdzone na chorych.

Sanatogen najnowszy preparat kazeinowy posiada własności te w większym stopniu i posiada jeszcze tę wyższość, iż doprowadza się do łatwej w wodzie rozpuszczalności przez dodanie doń 5% glyceryno-fosforanu-sodu, preparatu mającego pewne znaczenie w leczeniu chorób nerwowych.

Przez ścisłe połączenie kazeiny z glycerinfosforanem sodu, produktem rozszczepienia istoty nerwowej, który ożywczo i podniecająco działa na ustrój nerwowy, przyswajanie sanatogenu znakomicie się powiększa, a współdziałanie dwóch tych wzajemnie się dopełniających części składowych, czyni sanatogen środkiem odżywczym lepszym od innych nadaje mu zarazem znaczenie lecznicze.

Wielką pożyteczność i znaczenie przetworów kazeiny dla celów odżywczych, stwierdza Salkowski, a następnie Reman (o połączeniu kazeiny z solami i jej zastosowanie). Ścisłe badania R. Stuzego i Bornszteina wykazują doskonałą ich strawność, zdolność do wchłaniania, i dowodzą, iż białko pokarmów może być zupełnie lub częściowo zastąpionem przez odpowiedni preparat kazeinowy.

Co zaś do soli glyceryno-fosforanowych, to stosowanie ich w celach leczniczych dało w całym szeregu doświadczeń klinicznych wyniki bardzo pomyślne. I tak Colmer (Gaz. des hop. 391, 1895), omawiając stosowanie lecznicze glyceryno-fosforanu wapniowego stwierdza wielką jego pożyteczność w chorobach połączonych z wyczerpaniem systemu nerwowego. Pasqualis zaleca kwas glyceryno-fosforanowy i sole tego kwasu w przypadkach neurastenii. Dają one w tych razach wyniki bardzo dobre, wzmacniają łaknienie i poprawiają stan ogólny. Według Robina, który się tem najgruntowniej zajmował sole te wywierają doskonały wpływ na sprawę odżywiania a pobudzająco-ożywcze działanie ich na ustrój nerwowy podniecа przemianę materyi. Pod wpływem tych soli wydzielanie moczu znacznie się powiększa. Glyceryno-fosforany ułatwiają przemianę ciał białkowych w organizmie, dopomagają zużyciu rozpadłych istot albuminoidowych, ułatwiają utlenianie rozkładających się związków siarczanych i wywierają wpływ dodatni na odżywianie nerwów. Wskazane są też te sole w przypadkach upośledzenia tego odżywiania, by je podnieść i pobudzić należycie czynność nerwową. Robin doszedł do bardzo pomyślnych wyników leczniczych w rekonwalescencyi po grypie i innych chorobach zakaźnych w cierpieniach nerwowych, rwie kulszowej, tic douloureux, w uporczywej błednicy.

Sanatogen. który się składa z 15% kazeiny i 5% glyceryno-fosforanu sodu łączy w sobie działanie tych części składowych, wpływa na podniesienie wchłaniania w kiszkach i daje doskonały białkowy środek odżywczy.

Nad leczniczem i odżywczem znaczeniem sanatogenu Vis i Treupel czynili doświadczenia fizyologiczne (Münchener Medizinische Wochenschrift 1898. 9), stwierdzili oni, że wydzielająca się na dobę ze stolcem ilość azotu jest prawie ta sama przy żywieniu się mięsem co sanatogenem. Ilość ta jest do pewnego stopnia miarą strawności danego preparatu białkowego. Z tego wynika, iż wartość odżywcza sanatogenu dorównywa w zupełności pożywności mięsa, mięso może też być zastąpione przez Sanatogen.

Vis i Treupel stwierdzili także toniczno-wzmacniające działanie Sanatogenu na system nerwowy, co należy kłaść na karb obecności soli glyceryno-fosforanu sodu, stwierdzili

oni wyższość sanatogenu pod względem smaku i woni nad innemi wytworami z kazeiny mleka.

Herman Szlezinger (Münchener Medicinische Wochenschrift 1898. 23) stosował sanatogen u chorych w różnych cierpieniach, w rozszerzeniu żołądka i gastroptozie. w ciężkiej blednicy, w wymiotach nerwowego pochodzenia, ostrym katarze jelit i doszedł do wniosku, że sanatogen mogą chorzy przez dłuższy czas używać, bez wywołania zaburzeń żołądkowych (znosili go dobrze nawet przy istniejącem rozwolnieniu). Strawność i przyswajalność sanatogenu jest bez zarzutu. Wielokrotnie zauważył on. iż waga ciała się powiększała. Doświadczenia Vis i Treupla przemawiają stanowczo zatem, że tego rodzaju łatwo strawna substancya białkowa powinna w połączeniu z innemi środkami przyczyniać się do powiększenia ciężaru chorych i w znacznej części pokrywać potrzeby białkowe ustroju. Stosowanie sanatogenu zaleca się w szerokich rozmiarach w tych licznych przypadkach, w których przy braku łaknienia jest jednak wskazane obfite pożywienie białkowe.

Gumpert (Deutsche Medicinische Wochenschrift 1898, Nr. 40), dla zbadania leczniczej wartości sanatogenu stosował go dłuższy czas u 30 chorych. Przy dłuższem nawet użyciu nie zauważył on, by preparat ten wzbudzał odrazę lub wywierał szkodliwy wpływ. Najwrażliwsi pacyenci chętnie go przyjmowali. Jakichkolwiek objawów rozdraznienia żołądka i kiszek nie spostrzegal. Większe nawet dawki łaknienia nie psuły. Stosował on sanatogen w różnych ilościach; względnie do wieku, potrzeby, stanu trawienia zadawał od 10 do 40 gr. w niektórych razach nawet więcej. Ponieważ sanatogen zawiera 95% czystego białka równowaga i potrzeba tej substancyi w organizmie może być w znacznej części pokryta. Stosował on sanatogen, jako środek odżywczy w zaburzeniach trawienia w gruźlicy, w chorobach serca, w błednicy. Często spostrzegał znaczne wzmożenie apetytu i nadzwyczaj dobroczynny wpływ na ustrój nerwowy. Wszelkie przygnębienie szybko znikało. W rozpaczliwych przypadkach, w których inne środki spożywcze nic skutkowały, udawało się przy pomocy Sanatogenu i odpowiedniego leczenia podnieść siły i ciężar ciała chorych.

Dr. Wolfheim (Allgem. Med. Central-Zeitung 1898. Nr. 73) czynił spostrzeżenia nad Sanatogenem u 38 chorych i doszedł do wyników bardzo pomyślnych, U jednej chorej, cierpiącej na zator żylny po pierwszym porodzie nader wyniszczonej i przez dłuższy czas bez wszelkiego ruchu do łoża przykutej, powstała taka wrażliwość żołądka, iż żadnego pożywienia przyjmować nie mogła, lewatywy odżywcze podtrzymywały ją przez pewien czas. wewnątrz można było zadawać tylko trochę wina rozcieńczonego. W. zaczął dodawać do wina z początku po 2 łyżeczki dziennie Sanatogenu i doszedł w ten sposób do 5. Chora zaczęła się poprawiać i prędko wróciła do zdrowia. Bardzo dobre wyniki leczenia osiągnął on w przypadku blednicy i ostrego nieżytu lelit. Stwierdza on tak samo wszelkie wyłuszczone wyżej zalety Sanatogenu i wyższość nad innemi wytworami białkowemi i gorąco stosowanie tego środka zaleca. Dr. Rybiczka (Therapeutische Studien über das Sanatogen, „Wiener klinische Wochenschrift“ 1900 Nr. 9), w sprawozdaniu swem o spostrzeżeniach nad Sanatogenem w III wydziale klinicznym w Wiedniu stwierdza doskonałe działanie tego środka w blednicy, w wyczerpaniu nerwowem, w nieżytach żołądka i kiszek w stanach wyniszczenia. Chorym zadawano od 3—4 łyżeczek dziennie, przyjmowali go wszyscy chętnie. We wszystkich przypadkach preparat ten przyczynił się do znacznego polepszenia ogólnego stanu chorego. Widoczne powiększenie wagi ciała następowało tylko przy większych ilościach Sanatogenu (5 łyżeczek) przy mniejszych dawkach (2—3 łyżeczki) występowało tylko polepszenie łaknienia i stanu ogólnego. W przypadku wyraźnej blednicy stosowano Sanatogen przez 14 dni po 2 łyżeczki dziennie w mleku, waga ciała powiększyła się o $2^1/_2$ kg., apetyt znacznie się poprawił, a ilość hemoglobiny podniosła się z 30% na 45%. Przedtem zadawano żelazo i arszenik, lecz bez widocznego rezultatu. W drugim przypadku silnie rozwiniętej blednicy osiągnięto ten sam wynik, waga ciała wzrosła o 1 kg. tylko, lecz za to ilość hemoglobiny podniosla się z 15% do 25%. Znużenie, zawroty głowy ustąpiły, apetyt wzmógł się znacznie, przykre objawy nerwowe ustąpiły, samopoczucie poprawiło się znakomicie. Po 14-tu dniach zaprzestano zsanatogenem, chora zaczęła znów zażywać żelazo, objawy blednicy szybko zaczęły ustępować. Przez polepszenie ogólnego stanu i usunięcie zaburzeń w trawieniu żelazo lepiej się przyswajało i skutek stał się pewniejszym.

Sanatogen zaleca się do najszerszego stosowania w praktyce dziecęcej, nietylko jako środek odżywczy, lecz także leczniczy, szczególnie w n i e ż y c i e j e l i t z o ł z a c h i k r z y w i c y.

Dr. Titell stosował sanatogen w oddziale chorób dziecięcych prof. Frühwalda. W zaburzeniach, w których trawienie było upośledzone, tak iż pomimo usilnego odżywiania i pozornie dobrego trawienia występował upadek sił i znaczne chudnięcie, Sanatogen dość szybko przywracał zachwianą równowagę w przemianie materyi.

W krzywicy zwłaszcza, Sanatogen dzięki zawartości soli kwasu fosforowego, oddaje znaczne usługi.

Dr. Schwartz przytacza 16 przypadków krzywicy leczonych w uzdrowisku dzieci Birkenwerder. U wszystkich dzieci apetyt pod wpływem Sanatogenu znakomicie się wzmógł, a w miarę tego waga ciała powiększala się stopniowo, ogólny stan poprawiał się, blada dotąd cera nabierała świeżości, apatya i znużenie ustąpiły. W miarę wzrastania ciężaru wagi ciała, rozwoju muskulatrry i poprawy ogólnego stanu ustawała także sprawa chorobowa w kościach; 4 chorych nie mogło chodzić, ani na nóżkach stawać w chwili przyjęcia do uzdrojowiska; w czasie pobytu tam dwoje dzieci nauczyło się chodzić, a troje próbuje już na dobre puszczać się o własnej sile, kości u wszystkich są twardsze i odporniejsze, krzywica widocznie ustępuje. Pobyt na wsi, w doskonałych warunkach klimatycznych, dobre czyste powietrze i pielęgnacya ciała same przez się dużo stanowią w leczeniu krzywicy, lecz główne znaczenie ma jednak należyte i odpowiednie odżywianie, a szczególnie zwalczanie zawsze prawie z krzywicą połączonych zaburzeń w trawieniu. a w tym kierunku Sanatogen najwięcej się przyczynił do polepszenia stanu chorych.

Cały szereg zgodnych świadectw uprawnia poniekąd do wydania mniej lub więcej stanowczego sądu o tym środku, a znaczenie Sanatogenu jako środka odżywczego i leczniczego zarysowuje się wyraźnie:

S a n a t o g e n j a k o o d ż y w c z y p r e p a r a t b i a ł k o w y p r z e w y ż s z a s w e m i z a l e t a m i w s z y s t k i e i n n e t e g o r o d z a j u p r e p a r a t y.

Ł a t w i e j s i ę p r z y s w a j a i w z u p e ł n o ś c i z a-

stępuje zwykłe, w wielu razach ze względu na stan przewodu pokarmowego nie odpowiednie dla chorego pokarmy białkowe.

Domieszka 5% glyceryno-fosforanu sodu czyni go w wodzie łatwo rozpuszczalnym, nadajemu większą zdolność do resorbcyi i czyni go środkiem w wysokim stopniu tonicznym i wzmacniającym, działającym podniecająco i ożywczo na układ nerwowy; sól ta podnosi wartość odżywczą Sanatogenu

Wszystkie świadectwa jednogłośnie prawie stwierdzają, iż Sanatogen znakomicie wzmacnia i pobudza łaknienie.

W przypadkach, w których białko zwykłych pokarmów mało się przyswaja, podlega rozkładowi lub gniciu w jelitach, wywołuje mdłości, wymioty i inne zaburzenia, równowaga białkowa w organizmie nie może być utrzymana, chory zaś chudnie i słabnie; w przypadkach wielkiej wrażliwości żołądka i nieprzezwyciężonego do zwykłych pokarmów wstrętu, co należy w każdym razie uważać za prawidłowy do pewnego stopnia odczyn organizmu, który się broni od szkodliwego dlań prawdopodobnie pożywienia, we wszystkich tych razach stosowanie Sanatogenu jest wprost wskazane.

Zaleca się zatem Sanatogen w nieżytach jelit, cierpieniu, które się przeciąga miesiące a czasem i lata, prowadzi do wycieńczenia, mąci i przygnębia samopoczucie, a szczególnie dzieciom (cholera inf.) gdy zgrożone poważnem niebezpieczeństwem, bledną i chudną do najwyższego stopnia i często giną z zaniku i upadku sił, w tych razach sprawa należytego odżywiania i podtrzymania zachwianej równowagi przez dopełnienie strat chorobą wywołanych nabiera pierwszorzędnej wagi.

Sanatogen posiada w tych razach ogromne znaczenie lecznicze i odżywcze; rozpuszczalny ten preparat białkowy wchłania się i trawi z wielką łatwością przy takim stanie przewodu pokarmowego, kiedy zwykłe pokarmy białkowe się nie trawią zupełnie lub bardzo słabo. Sanatogen może nawet w złych dla trawienia warunkach odżywić organizm, stawić tamę wyniszczeniu, wzmocnić, podtrzymać siły i przywrócić w ten sposób zachwianą dotąd równowagę, a głównie poprawia warunki odżywiania samego przewodu pokarmowego i narządów krwisto-twórczych. Wskutek tego wszelkie zachodzące w nim zmiany chorobowe zacierają się i znikają, a chemizm trawienia dochodzi do normy.

W tym też tkwi tajemnica skutecznego wpływu tego preparatu odżywczego, w wyniszczających nieżytach jelit, we wszystkich sprawach chorobnych, których podstawę stanowią zaburzenia w trawieniu i upośledzone odżywianie ciała. Sanatogen działa w tych razach wprost jako środek radykalny.

Do rzędu tego rodzaju chorób należy także błednica. Sanatogen zawierający 95% kazeiny. Substancyi białkowej mleka najlepiej do trawienia i wchłaniania przystosowanego działa w błednicy nadzwyczaj dodatnio. Można przypuścić, iż związki organiczne żelaza w kazeinie lepiej się przyswajają, niż takież związki innych istot białkowych, gdyż mleko przez samą przyrodę na środek odżywczy dla młodych ustrojów przeznaczone stanowi taki zespół substancyi, który najlepiej temu przeznaczeniu odpowiada. Przypuszczenie zatem lepszego przyswajania przez organizm związków organicznych żelaza zawartego w serniku wydaje się bardzo prawdopodobnem. Tak samo przypuścić należy, iż związki te trudniej ulegają działaniu znajdujących się w jelitach siarkanów nie rozkładają się tak łatwo pod ich wpływem. Przy błednicy zachodzą pewne zmiany i zaburzenia układu nerwowego i nieprawidłowa czynność narządów krwiotwórczych, temu towarzyszy prawie zawsze pewien rozstrój w narządach trawienia. Jest to grunt podatny do powstawania w jelitach alkalii siarkanów, które odszczepiają żelazo, będące w związku organicznym z białkiem pokarmów, łączą się z nim, wydzielają się na zewnątrz i usuwają je w ten sposób z ekonomii organizmu. Zażywane w postaci leków żelaza wchłania się w niewielkiej ilości wywiera jednak wpływ podniecający na układ nerwowy, działa nań tonicznie, poprawia wchłanianie i krwitworzenie i wydziela się z powrotem przez dwunastnicę i kolon, reszta przyjętego w postaci lekarstwa żelaza wiąże siarkany, o ile się one w jelitach znajdują i chroni w ten sposób od nich żelazo znajdujące się w związku organicznym z białkiem, gdyż tylko to żelazo jedynie może służyć celom krwiotwórczym. Zawartość 5% glyceryno-fosforanu sodu działa tak samo podniecająco i ożywczo na układ nerwowy i narządy krwiotwórcze, wzmacnia czynność przewodu pokarmowego i w ten sposób sprzyja leczeniu błednicy.

Sanatogen działa doskonale w krzywicy, połączone z tem cierpieniem uporczywe i niezwalczone nieżyty przewodu pokarmowego znikają po stosowaniu tego środka waga ciała się powiększa i wogóle tworzą przyjazne warunki dla szybszego i pomyślniejszego przebiegu cierpienia.

W chorobach wyniszczających, jak gruźlica, w których głównie idzie o powiększenie odporności organizmu przez usilne odżywianie. Sanatogen odgrywa głównie rolę wyśmienitego środka odżywczego, który się łatwo trawi i nigdy żołądka nie obarcza.

Sanatogen zaleca się z dobrym skutkiem w rekonwalescencyi po chorobach zakaźnych, szczególnie po durze, stanowi on także doskonały środek odżywczy w przebiegu chorób gorączkowych.

Sanatogen jako środek lekko strawny i pożywny, wskazanym jest we wszystkich chorobach, w których dyeta mleczna główną odgrywa rolę w białkomoczu, chorobach nerek etc.

W chorobach nerwowych Sanatogen działa jako środek odżywczy i wzmacniający, i obok innych sposobów leczniczych, przyczynia się do powiększenia odporności układu nerwowego i do poprawy ogólnego stanu zdrowia.

Sanatogen jest to proszek mleczno-biały, prawie bez smaku, o bardzo słabym zapachu. Zmącony z niewielką ilością wody, pęcznieje, po dodaniu większej ilości wody rozpuszcza się zupełnie. Najlepiej zadawać Sanatogen w ciepłem mleku, herbacie, w kakao lub bulionie. Unikać należy płynów kwaśnych, gdyż kwasy mogą strącić kazeinę z roztworu. Dzieciom dobrze zadawać Sanatogen w kakao.

Dawka dla dorosłych 2 łyżeczki od kawy 3 razy dziennie, dla dzieci 3 łyżeczki dziennie. Dzieciom przy piersi do 5 miesięcy daje się jedną łyżeczkę na dobę, a mianowicie przy każdem karmieniu na koniec noża Sanatogenu, rozmąconego w zimnej wodzie i dodanego następnie do gorącego mleka.

Dr. Słomiński.

Dodatek do Nr. 17 »Przeglądu Lekarskiego« 1903 r. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLII. Kraków 25 Kwietnia 1903. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.**

Trzy przypadki tężca przyrannego.

Podał

Dr. Jan Frączkiewicz.

Korzystając z łaskawego pozwolenia JWnego Prof. Dra Pareńskiego chciałbym na podstawie trzech przypadków tężca, spostrzeganych w ciągu 1902 r. w oddziele chorób wewnętrznych (I A.) szpitala św. Łazarza, dać pogląd na leczenie tej tak ciężkiej, a na szczęście u nas niezbyt częstej choroby zakaźnej, przyrannej.

Pracę moją uważam jako dalszy ciąg pracy, ogłoszonej w „Przeglądzie lekarskim" (Nr. 3) przez Dra Tadeusza Zeleńskiego w r. 1902.

U nas tężec jest stosunkowo rzadki, bo na oddziele dość licznym, gdzie leży przeciętnie 2000 chorych rocznie, cierpienie to przydarza się tylko kilka razy, n. p. w r. 1901 trzy przypadki i w r. 1902 trzy przypadki. We Włoszech i we Francyi pojawia się on daleko częściej, dlatego też piśmiennictwo lekarskie tamtejsze daleko jest pod tym względem bogatsze. Przytoczę tu tylko zajmującą pracę Vallasa, umieszczoną w „Semaine medicale" Nr. 44 z r. 1902, następnie w tymże samym tygodniku uwagi Claudea, Chauffarda, Girarda, Baretta, Reyniera i wielu innych. Wszyscy ci autorowie podają wyniki stosowania surowicy przeciwtężcowej, wstrzykiwanej bądźto podskórnie, bądźteż do żyły; niektóre spostrzeżenia odnoszą się do wstrzykiwania tej surowicy do rdzenia, a nawet do mózgu.

Na podstawie doświadczenia Mariea wiemy, że zatrucie toksynami tężcowemi przenosi się drogą pni nerwowych, ztąd przypuszczalnie surowica wstrzyknięta do ośrodków nerwowych, ma być o wiele skuteczniejszą, niż wstrzyknięta podskórnie, lub nawet do żyły. Spostrzeżenia te są jednak bardzo nieliczne i nie wykazują, jak dotąd, nadzwyczaj dobrych wyników, dlatego tu je zupełnie pominę. We Włoszech w ostatnich latach Baccelli podał nową metodę leczenia tężca zapomocą podskórnych wstrzykiwań 1% wodnego rozczynu kwasu karbolowego, które należy stosować systematycznie codziennie aż do stanowczej poprawy, w ilości = 0.72 czystego kwasu karbolowego (72 grm. rozczynu 1%) na dobę. Metoda ta zyskuje coraz więcej zwolenników i wedle dotychczasowych sprawozdań daje dobre wyniki. (Montalti, Delor, Pic). Wstrzykiwanie podskórne kwasu karbolowego wraz z używaniem chloralu pod postacią lewatyw uważa Vallas za leczenie objawowe, usuwające tężcowe kurcze mięśniowe, surowica zaś przeciwtężcowa stanowi leczenie przyczynowe, jedynie racyonalne.

Nicolaier, opisawszy prątek tężcowy, podał także i to, że znajduje się on w ziemi i że zakażenie rozwija się w ustroju zwierząt lub ludzi, jeżeli dostanie się do tkanki podskórnej. Ztąd to pochodzi, że rany, które bądźto ziemią, lub błotem są zanieczyszczone, bądźteż z ziemią się stykały, najwięcej są narażone na zakażenie tym niebezpiecznym drobnoustrojem. Wszystkie podane tu przypadki bardzo przemawiają za tem.

Francuscy, wyżej wymienieni autorowie, wszyscy zgodnie zalecają u chorych zranionych, co do których zachodzi podejrzenie, że mogli sobie ranę zanieczyścić ziemią, a względnie drobnoustrojami tężca, wstrzykiwanie zapobiegawcze surowicy przeciwtężcowej, t. j. przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów. Podobno przy tem zapobiegawczem wstrzykiwaniu surowicy liczba chorych na tężec w szpitalach francuskich znacznie zmalała, byli tylko przeważnie tacy, którzy zgłosili się zapóźno, z wyraźnymi już objawami chorobowymi. U chorych, u których pomimo zapobiegawczych wstrzykiwań surowicy pojawił się później tężec, przebieg jego był łagodny, napady ograniczały się do pewnych grup mięśni, były daleko rzadsze i kończyły się zawsze wyzdrowieniem.

Jeśli rana jest znaczna i zanieczyszczona, lub głęboka i ropiejąca, radzą nawet wedle możności amputować zranioną część ciała, albowiem hodowla, że się tak wyrażę, prątków tężcowych wytwarza ciągle świeże toksyny i wciąż zatruwa niemi ustrój; a wiemy, że pomimo wydoskonalenia metod antyseptyki, nie możemy z bezwzględną pewnością usunąć bakteryj zaszczepionych w tkankach. Prątki przecież tężca, jako bezwzględne anaeroby, rozwijają się nie na powierzchni rany, lecz śród samych tkanek.

Tylko stosowanie surowicy przeciwtężcowej w sposób zapobiegawczy jest według wielu autorów racyonalnem, a wyleczenie jakimkolwiek sposobem uważają oni jako samowyleczenie, które zostawione samo sobie bez leczenia, zapewne również zakończyłoby się wyzdrowieniem (Chambord-Hénon, Kedernath).

I u nas należałoby wprowadzić zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej, a wówczas przypadki tężca zmalałyby do minimalnej liczby. Wedle Vallasa należy przy zapobiegawczem używaniu tej surowicy postępować w następujący sposób: wstrzykiwać po 10 ctm.^{3} surowicy pierwszego dnia zakażenia, względnie zaraz po zgłoszeniu się pacyenta; następnie trzeciego dnia, wreszcie dziesiątego dnia — również po 10 ctm.^{3} surowicy; dla większego zaś bezpieczeństwa, a szczególnie wówczas, kiedy rana ropieje i nie goi się, dwudziestego dnia jeszcze po 10 ctm.^{3}, ewentualnie następne wstrzyknięcia powinny być wykonywane w odstępach piętnastodniowych.

Wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej do żyły wykonywano wówczas, gdy zakażenie było groźne, gdzie zależało na tem, aby krążące we krwi toksyny jak najprędzej zobojętnić i uczynić nieszkodliwemi.

Przypadki tu podane są to chorzy, którzy zgłosili się już z typowymi i to bardzo nasilonymi objawami tężca, u których dało się wykazać punkt wyjścia zakażenia, — a w dwóch nadto i okres wylęgania. We wszystkich przypadkach stosowaliśmy surowicę przeciwtężcową z Zakładu Prof. O. Bujwida drogą wstrzykiwań podskórnych w powłoki brzuszne. W ostatnim przypadku stosowaliśmy nadto za przykładem francuskich autorów metodę Baccelliego. t. j. wstrzykiwania podskórne rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego. W przypadkach ogłoszonych przez Dra T. Żeleńskiego wstrzykiwano bardzo małe ilości kwasu karbolowego 0.04—0.06 dziennie; obecnie od początku wstrzykiwaliśmy 0·40—0·60 kwasu karbolowego w 40—60 ctm.³ rozczynu. W przypadku tym poprawa zwolna, ale stale postępowała; objawów zatrucia nie było. Mocz badano co kilka dni. Chora po każdem wstrzyknięciu czuła ulgę. Przez cały czas zachowywano przy tem najściślej przepisy aseptyki. Przeważnie wstrzykiwano w powłoki brzuszne. Miejscowych powikłań, bolesności, zaczerwienienia nie spostrzegano nigdy. Na noc, aby chora spać mogła, podawano w lewatywie chloral po 1.50—2.00 na jeden raz.

Ciekawe szczegóły podaje Reynier co do chloralu, a mianowicie, że u chorych na tężec możemy bez obawy podawać 12.0—20.0 dziennie i że dopiero przy tak wysokich dawkach chorzy odczuwają podmiotowo znaczną ulgę.

Przypadek drugi, zakończony śmiercią, przedstawiał się od początku jako bardzo groźny. Chory w parę godzin po natychmiastowem zastrzyknięciu surowicy zmarł.

Przystępuję do szczegółowego opisania spostrzeganych przypadków.

Przypadek I. *J. S.*, lat 13 liczący, syn górnika z Luszowic, zgłosił się do szpitala dn. 16/VIII 1902 r. Chory podaje, że przed 3 tygodniami skaleczył się w palec u nogi prawej przy naprawianiu drogi. Od tygodnia czuje się słabym. Z objawów charakterystycznych najpierw zauważył szczękościsk, a następnie dopiero napadowe kurcze tężcowe mięśni kończyn dolnych i grzbietu.

Stan obecny przedstawia się jak następuje: Budowa i odżywienie średnie. Ciepłota ciała 37·2° C. Skóra śniada. Na palcu drugim stopy prawej niewielka rana, pokryta żywo czerwoną ziarniną. Szczękościsk bardzo wyraźny; chory może jamę ustną roztworzyć zaledwie na szerokość 2—3 milimetrów. Granice płuc prawidłowe, ruchome; wypuk wszędzie jawny. Szmer oddechowy pęcherzykowy. Narząd krążenia zmian nie przedstawia. Tony serca czyste. Tętno 96, regularne. Powłoki brzuszne deskowato twarde, napięte. Wypuk nad jelitami bębenkowy. Wypukowe granice wątroby i śledziony nie powiększone. Z powodu silnego napięcia powłok brzusznych nie dają się obmacaniem wybadać. Moczu chory sam oddać nie może. Mocz, wypuszczony cewnikiem, posiada barwę ciemno-winowo-żółtą; oddziaływa kwaśno; białka nie zawiera; chlorki prawidłowe; osadu prawie żadnego. Narząd ruchu przedstawia następujące zmiany: stężenie mięśni karku i grzbietu, napadowe kurcze tężcowe mięśni kończyn dolnych i stale prawie utrzymujący się wyżej opisany szczękościsk. W czasie napadu kurczów zajęte są także mięśnie twarzy. Chory ma wówczas charakterystyczny, „śmiejąco-bolesny“ wyraz twarzy. Mięśnie kończyn górnych są prawie wolne.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Tego samego dnia wstrzyknięto choremu 40 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida.

Dnia 17/VIII: Ciepłota rano 37·7° C., wieczorem 36·9°. Tętno 96, regularne. Stan ogólny ten sam. Zalecono: chloral w lewatywie po 1.0 dwa razy dziennie.

Dn. 18/VIII: Ciepł. r. 37·7° w. 37·1°. Tętno 120, regularne, drobne. Napady kurczów tężcowych bardzo częste, co 15 minut. Stężenie mięśni karku, kończyn dolnych, powłok brzusznych i szczękościsk utrzymują się w tym samym stopniu. Połykanie utrudnione. Wstrzyknięto 25 ctm.³ tej samej surowicy.

Dn. 19/VIII: Ciepł. r. 37·3°, w. 37·2°. Tętno 120, regularne. Napady kurczów nieco rzadziej. Szczękościsk taki sam. Kończyny górne wolne od kurczów i stężenia. Płynne pokarmy lepiej połyka. Z powodu wzmożonego pragnienia zaordynowano kwasek fosforowy.

Dn. 20/VIII: Ciepł. r. 37·3°, w. 36·0°. Tętno 114, regularne. Stolca dotąd (w szpitalu) nie było. Mocz oddaje już sam, prawidłowo. Skarży się na ból w plecach i nogach. Podmiotowo podaje sam chory, że czuje się ogólnie lepiej. Napady kurczów tężcowych mięśni częste (co godzinę). Szczękościsk mniejszy. Jamę ust otwiera na szerokość 5 mm.

Dn. 21/VIII: Ciepł. r. 36·5°, w. 36·4°. Tętno 82, regularne. Chory spał dobrze. Stężenie mięśni nieznaczne. Szczękościsk ustępuje. Stolec był po lewatywie.

Dn. 22/VIII: Ciepł. r. 36·1°, w. 36·7°. Tętno 72, regularne. Szczękościsk znacznie mniejszy. Mięśnie karku, grzbietu, kończyn dolnych wolniejsze. Stężenie utrzymuje się w mięśniach powłok brzusznych. Napady kurczów rzadko (3—4 razy dziennie) i to występujące przy obracaniu lub ruszaniu chorego. Mocz prawidłowy.

Dn. 23/VIII: Ciepł. r. 36·6°, w. 36·9. Tętno 100 regularne. Szczękościsk jeszcze widoczny. Powłoki brzuszne napięte. Przez cały dzień tylko jeden napad kurczów tężcowych, zajętych grup mięśni.

Dn. 24/VIII: Ciepł. r. 36·5°, w. 36°. Tętno 96, regularne. Ogólny stan znacznie lepszy. Chory od wczoraj przyjmuje stałe pokarmy. Napadu nie było. Szczękościsk taki sam, jak dnia poprzedniego. Przestano podawać chloral.

Dn. 25/VIII: Ciepł. r. 36°, w. 36·8°. Tętno 90, regularne. Szczękościsk ustąpił. Nieznaczne stężenie powłok brzusznych.

Dn. 26/VIII: Ciepł. r. 36°, w. 36·8°. Tętno 88, regularne, dobrze napięte. Podmiotowo stan chorego dobry. Napadów nie ma. Chory sam może usiąść i wstać. Stolec i mocz oddaje prawidłowo.

Dn. 27/VIII. Ciepł. r. 36·5°, w. 36·8°. Tętno 80, regularne. Chory czuje się dobrze. Łaknienie dobre. Ruchy głową i tułowiem prawidłowe. Chód prawidłowy.

Dn. 28/VIII: Chory opuścił szpital jako wyleczony.

Przypadek II. *W. K.*, lat 25 liczący, wyrobnik z Okocima, zgłosił się do szpitala dnia 28/VIII 1902. Chory podaje, że przed 8 dniami skaleczyła go matka przypadkowo gwoździem w palec środkowy ręki prawej. Dnia poprzedniego przed przyjściem do szpitala zauważył utrudnienie w połykaniu i prężenie ciała.

Stan obecny: Budowa średnia. Odżywienie dobre. Ciepłota ciała wynosi 38° Cel. Skóra rumiana. Twarz spocona. Z powodu szczękościsku widać zaledwie koniec języka wilgotnego i nieco obłożonego. Chory może otworzyć jamę ust na szerokość 5 mm. Granice płuc prawidłowe, ruchome. Odgłos wypukowy jawny. Szmer oddechowy pęcherzykowy. W dolnych częściach płuc słychać nieliczne świsty i furczenia. Tony serca czyste. Liczba tętna 96, regularne. Granice wątroby i śledziony niepowiększone; wymacanie ich z powodu napięcia powłok brzusznych niemożebne. Moczu chory sam oddawać nie może. Stale utrzymuje się stężenie mięśni karku, grzbietu, mięśni brzucha i szczękościsk mierne stężenie mięśni kończyn dolnych i kończyn górnych. Ruchy czynne kończynami znacznie upośledzone, przy biernych wyraźna oporność. Palec środkowy ręki prawej obrzękły, od strony dłoni na tym palcu niewielka, strupkiem pokryta ranka. Napadowe kurcze wszystkich prawie mięśni bardzo częste, prawie co 10 minut i po nieznacznej podniecie zewnętrznej.

Podmiotowo chory skarży się na ból głowy i krzyżów.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Wstrzyknięto natychmiast 40 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida podskórnie w powłoki brzuszne. Dla chwilowego złagodzenia częstych i bardzo chorego męczących napadów kurczów tężcowych podano w lewatywie 1.50 chloralu i wstrzyknięto podskórnie 0.01 morfiny.

Niespełna w 10 godzin później chory zmarł wśród objawów zapadu i niedomogi mięśnia sercowego. Sekcya zwłok wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym Prof. Dra Browicza nie wykazała żadnych ważniejszych zmian patologicznych, oprócz miernego przekrwienia narządów wewnętrznych.

Tu nasuwają się pewne krytyczne uwagi. Chory ten przedstawiał zakażenie bądź co bądź ciężkie; na podstawie

przytoczonej pracy Vallasa, chory ten należał do rzędu tych, którymby on wstrzykiwał surowicę przeciwtężcową do żyły. Nie przypuszczam, aby to chorego w tym stanie mogło uratować, lecz ażeby usunąć źródło zakażenia, możnaby było spróbować odjąć choremu palec zraniony. Chory ten jednak był w szpitalu przed ogłoszeniem przez Vallasa wyników leczenia „radykalniejszego“, nie mieliśmy więc prawa robić przykrych doświadczeń.

Przypadek III. *A. S.,* lat 35 licząca, żona rolnika z Boraszowy, zgłosiła się do szpitala d. 3/XI 1902. Chora podaje, że od pięciu dni ma uczucie ciągnienia w nogach i krzyżach, które następnie przeszło w kurcz mięśniowy w nogach, krzyżach, plecach, w szczęce dolnej, występujący napadowo.

Stan obecny: Budowa dobra. Odżywienie dobre. Ciepłota ciała 37·8°. Skóra wilgotna, twarz rumiana. Na grzbiecie stopy lewej po stronie wewnętrznej mała ranka, pokryta strupkiem, w około niej zaczerwienienie lekkie; miejsce to przy ucisku dosyć bolesne. Chora podać nie umie, czem i kiedy się zraniła. Jamy ustnej z powodu znacznego szczękościsku zbadać nie można. Chora może ją otworzyć zaledwie na szerokość 4 – 5 mm. Widzialny koniec języka wilgotny i obłożony. Chora z trudnością połyka nawet płyny, nie pokarmy. Narząd oddechowy oprócz miernego stopnia rozedmy płuc żadnych innych zmian nie okazuje. Narząd krążenia również prawidłowy. Tony serca czyste. Tętno 96, regularne. Łaknienie upośledzone. Stolca od trzech dni nie było. Mięśnie powłok brzusznych deskowato napięte, co znacznie utrudnia badanie narządów jamy brzusznej. O ile stwierdzić można wypukiem, wątroba i śledziona umieszczone prawidłowo i prawidłowych rozmiarów. Moczu chora sama oddać nie może. Pęcherz wypełniony moczem, sięga do $^2/_3$ odległości między pępkiem a spojeniem łonowem. Wśród badania chora dostaje napadu kurczu tężcowego wszystkich prawie mięśni, przyczem mięśnie twarzy wybitny biorą udział. Po ustąpieniu napadu pozostaje sztywność karku i całego kręgosłupa z charakterystycznem wygięciem w części lędźwiowej ku przodowi *(lordosis)* tak, że rękę można swobodnie popod chorą przeprowadzić. Podobna sztywność w kończynach dolnych, przyczem chora wyraźnie żali się na większą sztywność w kończynie zranionej, t. j. lewej i że, jeżeli ma nadejść napad kurczu, to najpierw go czuje w tejże kończynie. Mniejsza sztywność w kończynach górnych, chora jednak nie może sobie sama zanieść pokarmu do ust. Mocz, który musiano wypuścić cewnikiem, wysycony, lecz skład jego chemiczny prawidłowy.

Rozpoznanie: Tężec przyranny (urazowy).

Leczenie: Wstrzyknięto natychmiast 20 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej z zakładu Prof. O. Bujwida, następnie wstrzyknięto 20.0 1% rozczynu wodnego kwasu karbolowego i 0.01 morfiny podskórnie, a na noc zaordynowano 1,50 chloralu w lewatywie.

Dnia 4/XI: Ciepłota ciała rano 37·8°, wieczorem 37·3° C. Tętno 100, regularne. Stan prawie niezmieniony. Wstrzyknięto 10 ctm.³ surowicy podskórnie. Zaordynowano lewatywę wypróżniającą. Mocz odprowadzono cewnikiem. Napady kurczów tężcowych prawie co 15 minut. Rozczyn 1% kwasu karbolowego wstrzyknięto dwa razy po 20 grm. Na noc chloral 1,50.

Dn. 5/XI: Ciepł. r. 36·5°, w. 38°. Tętno 88, regularne. Napady mniej częste, co godzinę. Stolec był obfity. Odtąd wstrzykiwano codziennie po 50—60 grm. rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego podskórnie; na noc zawsze chloral po 1.50 – 2.0 w lewatywie.

Dn. 6/XI: Ciepł. r. 38·1°, w. 38°. Tętno 90, regularne. Terapia ta sama. Napady co $1^1/_2$ godziny. Chora nieco swobodniejsza. Płyny połyka zupełnie dobrze.

Dn. 7/XI: Ciepł. r. 37·7°, w. 37·1°. Tętno 96, regularne. Napadów kurczu przez całą dobę było tylko 3. Sztywność karku, grzbietu, kończyn utrzymuje się. Mocz wypuszczono cewnikiem, prawidłowy. Stolec zaparty. Zaordynowano olej rącznikowy i lewatywę.

Dn. 8/XI: Ciepł. r. 37·1°, w. 37°. Tętno 92, regularne. Napady kurczów tylko przy poruszeniu chorej. W nocy spała dość dobrze. Stolec był kilka razy.

Dn. 9/XI: Ciepł. r. 38°, w. 37·6°. Tętno 108, regularne. Chora otwiera jamę ustną na szerokość 1 ctm., podczas napadu jednak zaledwie na $^1/_2$ ctm. — Napady kurczów dziś więcej występują po stronie lewej i w plecach. Kończyny górne prawie wolne. Poty dość obfite.

Dn. 10/XI: Ciepł. r. 37·5°, w. 37°. Tętno 100, regularne. Podmiotowo chora czuje się lepiej. Mocz odprowadza się cewnikiem. Mocz o składzie chemicznym prawidłowym. Terapia ta sama.

Dn. 11/XI: Ciepł. r. 37·5°, w. 36·5. Tętno 96, regularne. Napady kurczów bardzo rzadkie, 2 razy dziennie. W nocy spi dobrze. Łaknienie lepsze. Stolec naturalny.

Dn. 12/XI: Ciepł. r. 37·2°, w. 36·5°. Tętno 84, regularne. Napadu kurczu tężcowego nie było, tylko dziś, przy odprowadzaniu moczu, wystąpił, lecz na bardzo krótko. Chora może nieco poruszać głową. Poci się mniej.

Dn. 13/XI: Ciepł. r. 37°, w. 36·5°. Tętno 78, regularne. Ogólny stan lepszy. Chora żali się na ból w nogach, a przedewszystkiem w nodze lewej. Chloral usunięto. Pozostawiono tylko wstrzykiwania podskórne rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego, w ilości 50 ctm.³ dziennie.

Dn. 14/XI: Ciepł. r. 36·5°, w. 36°. Tętno 84, regularne. Stan znacznie lepszy. Napady kurczów bardzo rzadkie. Usta może otwierać lepiej. Połykanie dobre. Oddechanie swobodniejsze. Poty mniejsze. Odczynu miejscowego, ani bolesności po wstrzykiwaniach, nie ma. Chorej podano stałe pokarmy.

Dn. 15/XI: Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 78, regularne, dobrze napięte. Chora swobodna, może się obrócić. Mocz prawidłowy.

Dn. 16/XI: Stan coraz lepszy.

Dn. 17/XI: Napadu ogólnego kurczu tężcowego nie ma, czasem tylko chwilowe kurcze kończyn dolnych i to częściej kończyny lewej.

Dn. 18/XI: Szczękościsk ustąpił zupełnie. Wstać jeszcze chora sama nie może, wskutek uczucia sztywności w kręgosłupie. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 78, regularne.

Dn. 20/XI: Chora może już sama usiąść. Napadów nie ma. Mierna sztywność i stężenie w grzbiecie i kończynach dolnych utrzymują się. Mocz po raz pierwszy chora oddała sama, dotąd bowiem odprowadzano cewnikiem dwa razy dziennie. Skład chemiczny moczu prawidłowy.

Dn. 23/XI: Chora zaczyna sama chodzić, przyczem jednak czasem w kończynach dolnych pojawia się chwilowy kurcz tężcowy i to częściej w lewej kończynie.

Dn. 26/XI: Chora swobodna. Łaknienie dobre. Stolec regularny.

Dn. 28/XI: Bardzo rzadko pojawiające się mierne tężenie kończyn dolnych. Chora chodzi dość dobrze.

Dn. 30/XI: Mocz prawidłowy. Przestano wstrzykiwać kwas karbolowy.

Dn. 2/XII: Podmiotowo stan ogólny dobry. Chora jednak dopomina się wstrzykiwań, bojąc się nawrotu choroby. Podano bromek sodowy 10:200, rano i wieczorem po łyżce.

Dn. 4/XII: Chora swobodna, łaknienie dobre, stolec regularny. Zaordynowano ciepłą kąpiel.

Dn. 8/XII: Stan zupełnie dobry.

Dn. 10/XII: Chora opuszcza szpital jako wyleczona.

Widzimy więc, że wszystkie 3 przypadki były bardzo ciężkie, a wynik w dwóch bardzo pomyślny. Przypadek drugi, zakończony śmiercią, nie powinien nawet wchodzić w rachubę, uważaliśmy go bowiem od początku za stracony, zakażenie musiało być bardzo silne, a chory zgłosił się zapóźno.

W przypadku trzecim zaznaczyć wypada, że poprawa rozpoczęła się wprawdzie po, — a najprawdopodobniej i wskutek zastrzykiwań surowicy przeciwtężcowej; z drugiej zaś strony nie można odmówić w tym przypadku korzystnego działania wstrzykiwaniom 1% kwasu karbolowego. Chora po każdorazowem zastrzyknięciu czuła ulgę, a poprawa zwolna, lecz stale, postępowała. Jak już wspomniałem, postępowaliśmy tu za przykładem francuskich autorów, którzy metodę Baccelliego uważają jako leczenie objawowe i stosują wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej i rozczynu wodnego 1% kwasu karbolowego równocześnie.

Przypadki te kiedyś dopiero będą zużyte do statystyki, ale zestawiwszy przypadki ogłoszone przez Dra Żeleńskiego i te obecne, możemy mieć nadzieję, że odsetek wyzdrowienia u nas będzie nawet większy, niż to podają autorowie francuscy w swoich spostrzeżeniach.

Porównajmy te przypadki z wynikami leczenia tylko objawowego lat dawniejszych, kiedy surowicy jeszcze nie używano, a przekonamy się o skuteczności leczenia tężca surowicą przeciwtężcową. Autorowie francuscy podają odsetek śmiertelności w okresie przedsurowiczym do 70%.

Nie potrzebuję powtarzać zachęcenia do stosowania surowicy przeciwtężcowej zapobiegawczo. Kto się nieco interesuje nowszemi zdobyczami wiedzy i nauki, ten wie, jak potężny wpływ wywarła już dotąd seroterapia i ile dobrodziejstw oddała cierpiącej ludzkości, że najgenialniejsze umysły ciągle pracują w tym kierunku, postępując wytrwale naprzód tak, że nawet sceptycy chirurgowie wyrażają przypuszczenie, że w przyszłości seroterapia może bardzo ich dotychczasowy teren działania zacieśnić.

Tu przypomina mi się aforyzm, wypowiedziany w wykładzie inauguracyjnym Prof. Kadera: „Lekarzem przyszłości jest internista“; może za kilkanaście lub kilkadziesiąt lat słowa jego się sprawdzą.

Niech mi będzie wolno wreszcie złożyć serdeczne podziękowanie Prof. Drowi St. Pareńskiemu za cenne rady i wskazówki w czasie obserwacyi i leczenia wyżej przytoczonych chorych i za łaskawe pozwolenie ich ogłoszenia.

* * *

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr. L. Wachholz).

O otruciu aniliną.

Przez

Dra Adama Wrzoska, Dra Stefana Horoszkiewicza i Bolesława Rzegocińskiego.

(Dokończenie).

Z powyższych doświadczeń wynika, iż anilina obok szkodliwego działania na układ nerwowy wywołuje również zmiany we krwi. We wszystkich doświadczeniach, nawet w tych, w których methemoglobina nie występowała we krwi, ani liczba krwinek nie była zmniejszona, nawet w tych doświadczeniach stale spostrzegaliśmy zmianę w barwie krwi, która zawsze była ciemniejsza, niż bywa w stanie prawidłowym. Chcąc dokładniej zbadać wpływ aniliny na krew, a właściwie na czerwone krwinki, centryfugowaliśmy odwłóknioną krew. Do otrzymanych w ten sposób krwinek dolewaliśmy rozczynu soli kuchennej 0.85% w ilości dość znacznej, przewyższającej zwykle dwudziestokrotnie ilość krwinek. Robiliśmy to w tym celu, aby mieć płyn z krwinkami, w którym łatwo byłoby pod drobnowidem zliczyć ich liczbę. Do takiego płynu dolewaliśmy anilinę w rozmaitych ilościach. Do dziewięciu probówek wlewaliśmy po 2 ctm.³ rozczynu soli kuchennej 0·85 z krwinkami czerwonemi królika, w których było w 1 mm.³ płynu około 900.000. Do pierwszej probówki, która służyła dla kontroli, nie dodaliśmy aniliny, do następnych zaś rozmaite ilości, a mianowicie do

II. probówki — 0·01 ctm.³ aniliny
III. probówki — 0·05 ctm.³ aniliny
IV. probówki — 0·1 ctm.³ aniliny
V. probówki — 0·2 ctm.³ aniliny
VI. probówki — 0·3 ctm.³ aniliny
VII. probówki — 0·4 ctm.³ aniliny
VIII. probówki — 0·5 ctm.³ aniliny
IX. probówki — 1·0 ctm.³ aniliny.

W probówkach od IV. do IX. włącznie po dodaniu aniliny i zakłóceniu, płyn stawał się natychmiast nieprzeźroczysty, barwy czekoladowej. Trzy pierwsze probówki, w których barwa płynu nie zmieniła się po dodaniu aniliny, pozostawiliśmy w ciepłocie pokojowej. Po pewnym czasie krwinki osiadły na dnie probówki, a płyn, znajdujący się nad niemi, był zupełnie przeźroczysty, z tą tylko różnicą, iż w pierwszej probówce (służącej do kontroli) był bezbarwny, gdy w drugiej i trzeciej na czerwono zabarwiony (hemoliza). Gdyśmy po czterech godzinach po dokładnem skłóceniu płynu w probówkach zliczyli liczbę czerwonych krwinek, okazało się, iż

w I. próbówce było ich w 1 mm.³ 940.000,
„ II „ „ „ „ 480.000,
„ III. „ „ „ „ 20.000.

Po 20-tu godzinach zliczyliśmy powtórnie liczbę krwinek czerwonych. Było ich w I. probówce 600.000, w 1 mm.³, w II. probówce 100.000, w 1 mm.³, a w III. probówce 0 w 1 mm.³. Spostrzeżenia te dowodzą, iż anilina *in vitro* niewątpliwie posiada własności hemolityczne względem czerwonych krwinek królika. Jeszcze dobitniej ta własność aniliny występuje, gdy się trzyma rozczyn soli kuchennej nie w ciepłocie pokojowej, lecz w termostacie.

Do dwóch probówek wlaliśmy po 1½ ctm.³ rozczynu soli kuchennej 0·85% z czerwonemi krwinkami królika.

W pierwszej probówce było krwinek czerwonych 540.000, w drugiej 435.000. Do pierwszej probówki dodaliśmy kroplę aniliny, a do drugiej, służącej do kontroli, nie dodawaliśmy aniliny. Następnie obie probówki umieściliśmy w termostacie nastawionym na 37° i co pół godziny po dokładnem skłóceniu płynu obliczaliśmy liczbę krwinek w 1 mm.³.

Liczba krwinek pierwot w I. probów. 540.000, w II. — 435.000,
po upływie pół godziny w I. „ 290.000, w II. — 435.000,
po upływie godziny w I. „ 145.000, w II. — 400.000,
po upływie 1½ godziny w I. „ 60.000, w II. — 350.000,
po upływie 2 godzin w I. „ 20.000, w II. — 350.000.

Czerwone krwinki kury są odporniejsze na hemolityczne własności aniliny, jak to wskazuje następujące doświadczenie. Do probówki z rozczynem soli kuchennej i czerwonemi krwinkami kury dodaliśmy 0,01 ctm.³ aniliny. Probówkę trzymaliśmy w 37°. Przed dodaniem aniliny liczba krwinek w 1 mm.³ wynosiła 390.000, w godzinę po dodaniu aniliny 315.000, w dwie godziny 305.000 (dodaliśmy po dwóch godzinach znów 0·02 ctm.³ aniliny), w trzy godziny liczba krwinek wynosiła w 1 mm.³ 210.000. Po trzech godzinach probówkę z termostatu wyjęliśmy i pozostawili w ciepłocie pokojowej, aby po 24-ech godzinach znów obliczyć krwinki. Liczba krwinek wynosiła wtedy 65.000. Probówkę, służącą do kontroli, trzymaliśmy również trzy godziny w termostacie i 24 godzin w ciepłocie pokojowej. Liczba krwinek po 44-ech godzinach była taka sama, jak pierwotna.

Badaliśmy także hemolityczne własności aniliny pod mikroskopem. W tym celu umieszczaliśmy w wyżłobionem szkiełku przedmiotowem na dnie wyżłobienia kroplę aniliny, na szkiełku zaś nakrywkowem mięszaliśmy kropelkę krwi z kroplą fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i umieszczaliśmy ją nad wyżłobieniem w szkiełku przedmiotowem. Dodawaliśmy kroplę fizyologicznego rozczynu soli do kropli

krwi, aby łatwiej odróżniać kształty oddzielnych krwinek, co w nierozcieńczonej krwi nie jest rzeczą łatwą, a czasem wprost niemożliwą. Aby uchronić kroplę krwi od wysychania, smarowaliśmy brzegi wyżłobienia waseliną i w ten sposób szkiełko nakrywkowe niejako przyklejaliśmy do przedmiotowego. Badając w ten sposób krwinki czerwone ludzkie zauważyliśmy, iż już po upływie kilku minut zaczęły się one odbarwiać, a po kilkunastu minutach pozostawały już tylko bezbarwne zarysy krwinek, które nieraz z trudem można było odróżnić. Raz nietylko się odbarwiły krwinki, ale zarazem tak pokurczyły, iż średnica zamiast 7 μ wynosiła tylko 1 do 2 μ. Daleko ciekawsze zjawiska spostrzegać można było, badając w sposób wyżej przytoczony krwinki czerwone kurze i żabie. Po kilku minutach zaczęła się rozpuszczać plazma krwinek, a po kilkunastu minutach nie można jej było wcale zauważyć. Natomiast po rozpuszczeniu plazmy tem wyraźniej występowały jądra, które z kolei uległy temu samemu losowi, co i plazma. Po kilku godzinach nie było już śladu ani krwinek, ani jąder, a tylko można było spostrzedz bezkształtne skupienia szczątków, powstałych z rozpadu krwinek.

Obraz ten stopniowego rozpuszczania plazmy, a później jąder, można było z całą dokładnością obserwować pod drobnowidem od pierwszego okresu aż do ostatniego. Tych zjawisk hemolitycznych, spostrzeganych *in vitro* i pod drobnowidem, nie można oczywiście utożsamiać ze zjawiskami, jakie zachodzą we krwi zwierzęcia za życia pod wpływem aniliny, już choćby z tego względu, iż w ustroju stosunkowo często po zatruciu aniliną powstaje we krwi methemoglobina, podczas gdy *in vitro* nie zauważyliśmy tego nigdy. Następnie stosunkowa ilość aniliny do krwinek w probówce i w wyżłobionem szkiełku przedmiotowem była bez porównania większa, jaka bywa w ustroju zwierzęcia przy śmiertelnych nawet dawkach aniliny. Objawy spostrzegane przez nas przy zatruciu zwierząt aniliną wskazywały na szkodliwe jej działanie na ośrodkowy układ nerwowy, tak mózg, jak i rdzeń. Niedowład, porażenie zupełne kończyn, drgawki, tężec, szczękościsk — należy zaliczyć do objawów nerwowych. Również obfity ślinotok wytłómaczyć można zadrażnieniem gałązek nerwu twarzowego i językowo-gardłowego, wywołanem aniliną w ośrodkach mózgowych tych nerwów. Tłómaczyć zaś ślinotok, jak to czyni Korsunski, odruchem na podrażnienie aniliną błony śluzowej żołądka, nie sposób, gdyż występuje on nietylko u zwierząt, którym wprowadzono do żołądka anilinę, lecz również i u tych, które zatruwano parami aniliny, lub którym wstrzykiwano anilinę do brzucha. Nie wytrzymuje także krytyki pogląd Engelhardta, który zaburzenia w sferze ruchowej przypisuje zawrotom głowy, wywołanym zmianami we krwi, albowiem porażenie kończyn i kurcze drgawkowe występują już wtedy, gdy we krwi żadnych jeszcze głębszych zmian niema, jak np. w naszych doświadczeniach XII. i XVII. Nawet obniżenie ciepłoty kładzie Engelhardt na karb zmian we krwi. Przeciwko takiemu tłómaczeniu przemawia znów nasze doświadczenie XVII, w którem spostrzegaliśmy znaczne bardzo obniżenie ciepłoty, bo o 6° blisko, gdy widocznych zmian we krwi prócz ciemniejszego jej zabarwienia nie znaleźliśmy. Do jakiego stopnia pod wpływem aniliny może opaść ciepłota, świadczy doświadczenie XXXIII, w którem w ciągu dwóch godzin obniżyła się ciepłota u królika przeszło o dziesięć stopni C. Obniżenie ciepłoty, które następuje nieraz bardzo szybko i stale po otruciu aniliną, tłómaczyć należy raczej działaniem aniliny na układ nerwowy, niż zmianami we krwi. W ten sposób wszystkie zagrażające życiu objawy otrucia aniliną dadzą się wytłómaczyć wpływem aniliny na ośrodkowy układ nerwowy. Nie można jednak uważać aniliny za truciznę li tylko nerwową, owszem należy ją uważać również za truciznę krwi, z tem tylko zastrzeżeniem, iż zmiany, jakie wywołuje we krwi, same przez się nie są jeszcze zagrażające życiu. Mówimy tu oczywiście o ostrem zatruciu aniliną, gdyż przy przewlekłem może się z czasem rozwinąć niedokrewność do tego stopnia, iż staje się groźną dla życia. Dowodem tego, iż anilina jest trucizną krwi, są zmiany w czerwonych krwinkach, a przedewszystkiem ich rozpad, dalej methemoglobina we krwi i moczu, hemoglobinurya, żółtaczka i wreszcie sinica. Charakterystyczne zabarwienie warg, nosa, uszu, języka, paznogci i błony śluzowej ust, jakie następuje przy otruciu aniliną, tłómaczyć należy niczem innem, jak zmianami we krwi. Sinica stanowi stały objaw zatrucia aniliną zarówno u ludzi, jak i zwierząt. Zgodnie z tem znajdowaliśmy zawsze zmianę barwy krwi na ciemniejszą, nawet w tych razach, gdy we krwi zwierzęcia nie było ani zmian w krwinkach, ani methemoglobiny. W tem ciemniejszem zabarwieniu krwi należy szukać przyczyny sinicy. Nie można tłómaczyć jej ani skurczem naczyń, jak to czyni Breton, gdyż nikt tego nie dowiódł, aby się pod wpływem aniliny naczynia kurczyły; nie można tłómaczyć jej również zamianą aniliny w ustroju na związki barwiące, jak to czyni Turnbull i Dehio, gdyż ziarenka barwików anilinowych po otruciu aniliną znajdowano li tylko pod skórą w miejscach, gdzie anilina została wstrzyknięta i to w bardzo nieznacznych ilościach; w innych miejscach tylko wyjątkowo. Sinicę natomiast spostrzegamy stale i to nietylko przy podskórnem wstrzykiwaniu aniliny, ale również i przy otruciu innemi drogami i nie w miejscu wstrzyknięcia, lecz w tych okolicach ciała, w których spotyka się zwykle i przy otruciu innemi truciznami krwi, jak tlenkiem węgla, chloranem potasowym itd.

Dotąd uważano powszechnie, iż zatrucie aniliną można wywołać tylko przez spożycie aniliny, oddechanie parą anilinową i przez podskórne lub śródotrzewnowe wprowadzenie jej do ustroju. Jednak doświadczenia nasze XXVII i XXVIII świadczą, iż i przez skórę można wywołać objawy zatrucia aniliną. Myszy bowiem, którym posmarowaliśmy aniliną grzbiet, biegały w pokoju, gdzie było świeże powietrze i niem oddechały, a jednak wystąpiły u nich objawy zatrucia po pewnym czasie. Nie da się zaprzeczyć, iż gdy anilina parowała, część jej dostawała się i do płuc zwierząt, w każdym razie była to część nieznaczna. Objawy natomiast zatrucia wystąpiły bardzo szybko. Zresztą już w r. 1873 zauważył Lailler, iż u ludzi może nastąpić zatrucie przez skórę. Przypadki otrucia, opisane przez Dunina i przez nas, także poniekąd przemawiają za tem. Co się tyczy bezpośredniej przyczyny śmierci po zatruciu aniliną, to jak świadczą dwa śmiertelne przypadki, spostrzegane na ludziach, oraz doświadczenia wykonane na zwierzętach, jest nią przedewszystkiem szkodliwy wpływ aniliny na układ nerwowy. Ostrych, śmiertelnych zatruć aniliną nie można żadną miarą wytłómaczyć zmianami we krwi, gdyż zmiany te są tego rodzaju, iż spowodowaćby nie mogły natychmiastowej lub rychłej śmierci.

jak to zresztą widać z doświadczeń naszych: I, II, III i innych. Zresztą przy dużych dawkach aniliny występują niezwłocznie objawy ze strony układu nerwowego, kończące się rychło śmiercią, jak np. w doświadczeniach XXII i XXIII, t. j. wtedy, gdy sądząc już *a priori*, nie mogło być jeszcze we krwi zmian znacznych. Zresztą doświadczenia nasze przemawiają poniekąd za tem, iż otrucie aniliną rychlej wywołuje u psów i kotów zmiany we krwi (rozpad krwinek, methemoglobina), niż u myszy białych i żab, u których po otruciu aniliną pojawiają się przedewszystkiem objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (drgawki, porażenia, szczękościsk i t. p.).

Streszczając to wszystko, co zostało stwierdzone przez różnych badaczów i to cośmy sami spostrzedz mogli, przychodzimy do wniosku, iż:

1. Anilina jest trucizną zarówno ośrodkowego układu nerwowego, jak i krwi;

2. iż otrucie aniliną może nastąpić tak przez płuca i żołądek, jak i przez nieuszkodzoną skórę;

3. iż anilina z ustroju zostaje z moczem wydzielaną tak w postaci czystej, jak i postaci paramidofenolu;

4. iż wszystkie objawy, jakie towarzyszą otruciu aniliną, prócz rozpadu krwinek czerwonych, methemoglobiny we krwi, sinicy, żółtaczki, hemo- i methemoglobinuryi, należy tłómaczyć przedewszystkiem zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym;

5. iż zmiany anatomopatologiczne, jakie występują po otruciu aniliną wogóle, są bardzo mało charakteryczne;

6. iż śmierć po ostrem otruciu aniliną następuje, przynajmniej u zwierząt, wskutek porażenia ośrodkowego układu nerwowego.

Piśmiennictwo *). Knaggs: Case of poisoning by aniline. Medical Times 1862. — Mackenzie and Fraser: Poisoning by aniline etc. Medical Times 1862. — Laillier: L'union médicale 1873. — Dunin: Przypadek zatrucia aniliną. Medycyna 1877. — Grandhomme: Die Theerfabriken der Actiengesellschaft von Meister Lucius u. Brüning zu Höchst 1882. — Müller: Ueber Anilinvergiftung. Deut. med. Woch. 1887. — Dehio: Ein Fall von Anilinvergiftung. Berl. klin. Wochenschr. 1888. — Starck: Ein seltener Fall von Anilinvergiftung. Therap. Mtsch. 1892. — Smith. F. S.: A case of aniline poisoning. Lancet. 1894. — Frank u. Beyer: Ein Fall von Anilinvergiftung. Münch. med. Wochenschrift 1897. — Boehm: Intoxication durch Kohlenstoffverbindungen. Ziemssen's. Handb. d. spec. Path. u. Ther. XV. 1880. — Hirt: Krankheiten der Arbeiter. 1875. — Hirt: Die Anilinvergiftung. Handb. d. Hyg. u. Gewerbekr. II. Th. 1882. III. Aufl. — Schuchardt: Ueber die Wirkung des Anilins auf den thierischen Organismus. Virch. Arch. Bd. 20. 1861. — Turnbull: On the physiol. and med. properties of sulphate of aniline etc. Lancet. 1861. — Olivier et Bergeron: Recherches expérimentales sur l'action de l'aniline. Journal de la physiologie 1863. — Bergmann: Ueber die giftigen Eigenschaften der Anilinfarben. Prager Vierteljsch. f d. prakt. Heilk. 1865. — Starkow: Matierjały dla toksikołogii tieł benzoinawo riada. Wojenu medic. żurnał 1869. — Starkow: Zur Toxikologie der Körper der Benzingruppe. Virch. Arch. Bd. XXII. 1871. — Schmiedeberg: Ueber das Verhalten des Ammoniaks etc. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. VIII. 1877. — Leloir: Recherches clinique et expérimentales etc. Gazette medic. de Paris 1879. — Engelhardt: Beiträge zur Toxikologie des Anilins. Inaug. Diss. Dorpat. 1888. — Blumental: Dniewnik III zjezda wraczej. — Wertheimer u. Meyer: Effects physiol. et toxiques de l'aniline. Le bulletin med. 1888. — Czerwinski: O diejstwi anilina. Wracz 1887. — Vaccari: La riforma medica 1889. — Korsunski: K woprosu o patołogo-anatomiczeskich izmienieniach pri otrawleniach anilinom. St. Petersbug 1891. — Silbermann: Ueber das Auftreten multipler intravitaler Blutgerinnungen etc. Virch. Arch. Bd. 117. 1889. — Falkenberg: Ueber die angebliche Bedeutung intravasculöser Gerinnungen als Todesursache bei Vergiftungen durch Anilin etc. Virch. Archiv Bd. 123. 1891. — Breton: Empoisonnement accidentel par l'aniline. Gaz. des Hosp. 1900. — Brat H.: Ueber gewerbliche (Methemoglobin) Vergiftungen und deren Behandlung mit Sauerstoffinhalationen. Deutsch. med. Woch. 1901.

*) Nie wszystkie prace niżej wymienione dostępne były autorom w oryginale.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej zapomocą rozszerzadeł metalowych, wraz z opisem czterech przypadków.

Podał

Dr. Rudolf Brejter,

I. Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Wszystkie nasze cztery przypadki odnoszą się do osób rodzących; w II. i IV. przypadku szyja była już rozdęta, szło tylko właściwie o rozszerzenie ujścia, co z wielką łatwością przy pomocy rozszerzadeł daje się uskutecznić. Inaczej cośkolwiek rzecz się przedstawiała w przypadku I., po części zaś i w III.: tu część pochwowa niezupełnie jeszcze zanikła, a szyja nie była jeszcze rozdętą; zadaniem zatem rozszerzadła było rozszerzyć całą szyję do tego stopnia, by zabieg mógł być wykonany, względnie płód urodzony. I w tych właśnie przypadkach rozszerzadło metalowe spełnia tylko częściowo swoje zadanie. Szyja bowiem w tych przypadkach zostaje zapomocą ramion rozszerzadła mechanicznie rozciągniętą li tylko na szerokość, podczas gdy fizyologicznie, pod wpływem skurczów macicy, rozdęcie szyi następuje nietylko wszesz, lecz i na długość, t. j. szyja zostaje wyciąganą ku górze, cieńczeje i niejako nadziewaną zostaje na część przodującą płodu. To drugie zatem działanie skurczów macicy nie istnieje przy rozciąganiu rozszerzadłem. W tych to przypadkach właśnie, chociaż rozszerzenie nastąpiło bez obrażenia szyi, może łatwo nastąpić pęknięcie przy występowaniu pojedynczych części płodowych. Pęknięcie takie, aczkolwiek nieznaczne, miało miejsce w przypadku I. Na tę okoliczność zwrócił już uwagę Wagner, opisując swe przypadki, w których przy następowych zabiegach przyszło do obrażeń szyi; w żadnym jednak z tych przypadków nie przyszło do znaczniejszych pęknięć, ani krwotoków.

W przypadkach, opisanych przez Leopolda, Rissmanna, Kaisera, Bischoffa, również przydarzały się nieznaczne pęknięcia bez groźniejszych następstw.

Okoliczność ta wcale nas nie zmusza do zajęcia tak pesymistycznego stanowiska, jakie zajął Zangenmeister. Zdaniem tego autora kolpeurynter, liczne nacięcia brzegów ujścia, lub cięcie pochwowe Dührssena, jest pewniejszym i mniej niebezpiecznym zabiegiem. Już nawet z tego względu nie zgodziłbym się na to, gdyż, jak słusznie Knapp powiada: „bei den Inzisionen muss es, bei Bossi's Verfahren kann es bluten".

Biorąc pod uwagę i ten czynnik, iż używamy rozszerzadła, jak dotychczas, li tylko w przypadkach nagłych, np. przy drgawkach porodowych, w których każda zwłoka dla życia matki lub płodu jest groźną, przyznać musimy, iż w tych przypadkach balony za powoli doprowadzają nas do celu; nacięcia Dührssena mogą przy następowym zabiegu znacznie się pogłębiać i powodować rzeczywiście głębokie pęknięcia; rozszerzadła zaś, zastósowane z pewnym zasobem cierpliwości, narażają chorą, jak wykazują dotychczas opisane przypadki, na nieznaczne, płytkie pęknięcia szyi. W przypadkach zatem nagłych, w których chodzi o życie

matki lub płodu, nie potrzebujemy liczyć się z możebnością powstania naddarcia, które przecież i wśród fizyologicznego porodu się wydarza. Twierdzenia niektórych autorów, iż nie należy używać rozszerzadeł, gdyż mogą powodować pęknięcia szyi i narazić matkę na niebezpieczeństwo krwotoku nie wytrzymują zatem krytyki; licząc się z tem, musielibyśmy odrzucić większą część naszych zabiegów położniczych. Jakże często bowiem przydarzają się pęknięcia szyi przy kleszczach wysokich, przy niezupełnie rozwartem ujściu, przy obrotach Braxtona-Hicksa i t. d., a mimoto operacye te, bez zastrzeżeń ogólnie przyjęte, należą do szeregu codziennych zabiegów operacyjnych. Pójdę jeszcze dalej i wspomnę tu o cięciu cesarskiem, zabiegu w każdym razie ciężkim, który częstokroć wykonujemy li tylko dla ratowania płodu. Na jakżeż nieporównanie ciężki zabieg narażamy matkę dla dziecka; podczas gdy w przypadkach nagłych, w których idzie o życie matki, nie powinno się według niektórych autorów używać rozszerzadeł, gdyż mogą narazić matkę na możebne obrażenia szyi macicy?!

Nie stoimy na stanowisku bezwzględnego i zbyt pochopnego zalecania w mowie będącej metody rozszerzania zapomocą rozszerzadeł metalowych, owszem, musimy przyznać, iż metoda ta przedstawia jeszcze pewne niedostatki, które przez ulepszenie przyrządów i wydoskonalenie techniki usunąć się pewnie dadzą; dalej, że wymaga pewnej wprawy. Przyznać jednak musimy, iż w przypadkach nagłych, w przypadkach, w których życie matki przez rozwiązanie szybkie może być uratowane, metoda ta oddać nam może znakomite usługi, a w każdym razie szybciej i pewniej nas do celu doprowadza, niż zabiegi do dziś dnia używane.

Co do wskazań do używania rozszerzadeł, to jak wyżej wspomniałem i jak nas dzisiejsze doświadczenie poucza, możemy przypadki podzielić na grupy.

Do pierwszej zaliczyłbym wszystkie przypadki nagłe, w których grozi niebezpieczeństwo w pierwszym rzędzie matce. Jako szkolny przykład mogą nam posłużyć przypadki drgawek porodowych. Do tej grupy zaliczam też przypadki rzadsze, powikłane wysoką gorączką, z daleko posuniętą gruźlicą płuc, przypadki zapalenia nerek z następową niedomogą serca i t. d, wogóle przypadki, w których przez szybkie rozwiązanie spodziewamy się poprawić stan ogólny chorej, który na dłuższe manipulacye nie pozwala.

Do II. grupy zaliczyłbym przypadki poronień, w których mamy do czynienia z obfitszem krwawieniem, kanał szyi zaś nie drożny dla palca, lub nawet dla średniej tępej łyżki. Używając rozszerzadła w tych przypadkach, starałbym się rozszerzyć kanał szyi do tego stopnia, by zabieg módz wykonać ręcznie, to znaczy rozszerzyć przynajmniej na grubość palca, co, sądzę, wobec pulchności macicy ciężarnej z łatwością udać się zawsze powinno.

Do III. grupy należeć będą przypadki, w których poród znacznie się przeciąga. W tych przypadkach będziemy mieli wskazania nietylko ze względu na matkę, lecz częściej ze względu na życie płodu. Najczęstszą przyczyną będzie niepodatna zbitość ujścia zewnętrznego *(rigiditas orificii externi)*, słabe, niewydatne skurcze macicy w 2-giej połowie pierwszego okresu porodowego, dalej przedłużanie się akcyi porodowej wogóle z następowem słabnięciem tętna płodu i t. d.

W pośrodku pomiędzy przypadkami, nadającymi się do użycia rozszerzadła, a tymi, które się nie nadają, znajdują się przypadki łożyska poprzedzającego lub nizko usadowionego *(placenta praevia totalis et partialis)*, w których jak zwykle mamy do czynienia z krwawieniem. W pośrodku stawiam te przypadki, gdyż nie we wszystkich można skutecznie i bezkarnie używać rozszerzadła. W przypadku bowiem, w którym występuje znaczny krwotok, będziemy mieli najwyżej tyle czasu do rozszerzenia, by módz wykonać obrót na nóżkę dwoma palcami. O zupełnem rozszerzeniu szyi w tych przypadkach w celu uniknięcia trudnego obrotu Braxtona-Hicksa, zdaje mi się, iż mowy być nie może, chyba w przypadkach łożyska przybrzeżnego, w których krwawienie może być nieznaczne. Najlepiej to przedstawia nasz przypadek III, w którym musiałem z powodu krwotoku zaniechać dalszego rozszerzania szyi i wykonać obrót na nóżkę Braxtona-Hicksa.

Zupełnie zaś nie nadają się do użycia rozszerzadła przypadki, w których część pochwowa lub szyja uległy zwyrodnieniu rakowatemu. W tych bowiem przypadkach z powodu kruchości naciekłych ścian może przyjść do głębokich pęknięć i zmiażdżeń tkaniny, co w następstwie mogłoby stać się powodem, iż wskazane usunięcie macicy z powodu poszarpania nacieków nowotworowych nie dawałoby widoków doszczętnego usunięcia nowotworu.

Przypadki rodzących umierających, u których Knapp radzi używać rozszerzadła, nie nadają się również do użycia tego sposobu; stanowczo bowiem nie może on współubiegać się o pierwszeństwo z cięciem cesarskiem, które znacznie szybciej do celu doprowadza.

Czy z dalszym rozwojem tej metody będziemy mogli używać rozszerzadeł do wywoływania przedwczesnych porodów, to dopiero przyszłość okaże.

Jeżeli zważymy, iż w każdym niemal przypadku występują podczas rozszerzania wybitniejsze skurcze macicy, to spodziewać się należy, iż rozszerzadło może nam oddać znakomite usługi, jako środek do wywoływania czynności porodowej. A mianowicie spodziewaćby się można, że po rozwarciu szyi do pewnej szerokości i pobudzeniu tym sposobem czynności porodowej, w dalszym ciągu poród się rozwinie. Postępowanie to możnaby połączyć z tamponowaniem szyi macicy, np gazą jodoformową. W razie, gdyby czynność porodowa nie występowała, ponowić znów rozszerzanie i tym sposobem operując dwu- lub trzy- czasowo, szyję zupełnie rozszerzyć i poród ukończyć. Mam zamiar, skoro mi się odpowiedni przypadek nadarzy, tak postąpić.

Ma się rozumieć, iż doświadczenia muszą wykazać, o ile powyższe rozumowanie ma racyę; w każdym razie już dziś możemy się posługiwać rozszerzadłem w przypadkach przedwczesnego porodu do tego stopnia, by módz następowo swobodnie przeprowadzić balon gumowy przez kanał szyi.

Zastanawiając się nad przebiegiem zabiegów operacyjnych wyżej opisanych przypadków, przyszliśmy do przekonania, że:

1) zastosowanie przyrządu jest wcale łatwe;

2) że z łatwością możemy zapomocą śruby oryentować się co do napięcia szyi, lub też wprost zapomocą dotyku zdawać sobie sprawę z jej napięcia;

3) że postępując z pewnym zasobem cierpli-

wości, nie mamy powodu obawiać się następstw niekorzystnych dla matki i płodu;

4) że w przeciągu krótkiego czasu, około 20—30 minut, możemy ujście macicy rozszerzyć do tego stopnia, iż zabieg operacyjny z łatwością wykonać możemy;

5) że podczas rozszerzania występują, względnie potęgują się skurcze macicy.

Z wielu podanych modeli rozszerzadeł znane mi są praktycznie przyrządy Bossiego, Frommera i Kaisera. Każdy z tych przyrządów ma swoje dobre i złe strony. Przyrząd oryginalny Bossiego, czteroramienny, starannie wykonany, w działaniu znakomity, posiada tę wadę, iż konstrukcya jego jest zanadto złożoną, przez co trudno daje się oczyścić, również i ciężar przyrządu jest stanowczo za wielki. Oryginalny jednak pomysł Bossiego, wprowadzenie kapturków, okazał się nadzwyczaj praktycznym i zabezpieczającym szyję macicy od pęknięć i zgnieceń.

Przyrząd Frommera posiada tę wyższość nad pierwszym, iż siła rozłożoną jest na 8 ramion, a zatem w ośmiu punktach działa na szyję macicy. Niepomyślną jednak jest ta okoliczność, iż ramiona te, będąc w liczbie zwiększonej, muszą być zarazem odpowiednio cienkie. Podczas rozszerzania zatem można zauważyć, że ramiona pojedyncze wciskają się i wgniatają w miąższ szyi dość znacznie, w następstwie czego przy nieco silniejszem rozszerzaniu mogą z łatwością powstawać pęknięcia szyi. Braki te dałoby się usunąć przez zastósowanie kapturków Bossiego.

Trzecie z rzędu rozszerzadło Kaisera okazało się najmniej praktycznem. Przedewszystkiem ramiona są tu stanowczo za krótkie, skutkiem czego tarcza, na której ramiona się opierają, znajduje się po założeniu rozszerzadła tak blizko sromu, iż utrudnia znacznie kontrolę napięcia ścian szyi. Również bardzo uciążliwem jest zakładanie kapturków w liczbie ośmiu, gdyż każdy kapturek posiada swe odpowiednie ramię, do innych zaś ramion się nie nadaje. Po wyjęciu zatem z kanału szyi rozszerzadła w celu założenia kapturków tyle czasu upływa, że szyja przez ten czas znacznie się ściąga, co znowu powoduje trudności w założeniu powtórnem rozszerzadła z kapturkami.

O innych modelach rozszerzadeł, jak Knappa, z dawniejszych Tarniéra i innych nie wspominam, gdyż ich nie widziałem w praktycznem zastósowaniu.

Na koniec co do sprawy, którą autorowie poruszają, czy nadają się rozszerzadła do użytku w praktyce prywatnej, czy tylko w klinikach, zdaje mi się, iż dwóch zdań w tym względzie być nie powinno. Jeśli komu, to przedewszystkiem należy lekarzom praktycznym oddać w ręce rozszerzadła metalowe. Ileż to razy bowiem zdarza się w praktyce prywatnej, iż lekarz w przypadkach nagłych, gdzie trzeba poród szybko ukończyć, stoi bezradny, nie wiedząc jakiego sposobu użyć do rozszerzenia szyi macicy, czy zastósować balon, który często bywa zepsuty lub zleżały, a temsamem i często zawodzi, czy też nacięcia Dührssena, zabieg doniosły, przy zastosowaniu którego trzeba być przygotowanym na poważne następstwa. I zwykle zakłada się balon, który bardzo powoli stosunkowo do celu doprowadzi i często przypadki takie, skutkiem niedostatecznie udoskonalonej metody, giną. Na nacięcia zaś brzegów ujścia, jako na zabieg wcale nie obojętny, nie każdy się odważy w praktyce prywatnej.

Powtóre przyznać musimy, iż czystość w wykonywaniu zabiegów operacyjnych poza zakładami nigdy nie może być tak doskonałą, jak w klinikach; z powyższych zaś trzech sposobów rozszerzania dróg miękkich u rodzącej stanowczo zabieg zapomocą rozszerzadła metalowego da się łatwiej z większą czystością, tj. bezgnilnie wykonać, aniżeli dwa pozostałe zabiegi.

Sądzę, iż oba powyższe względy dostatecznie przemawiają za tem, by rozszerzadła metalowe jak najbardziej rozpowszechnić w praktyce prywatnej.

Za odstąpienie mi materyału do niniejszej pracy i za cenne wskazówki składam Memu Czcigodnemu Szefowi, Prof. Marsowi, szczere podziękowanie.

IV. O chorobie, uważanej jako neurastenia okresowa, lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

Podał
Dr. med. i fil. P. Pręgowski (Heidelberg).

(Dokończenie).

X. Obserwacya 3-cia.

W. 28-letnia, żona strażnika policyjnego, od lat dwóch zamężna, matka dwojga żyjących dzieci. Ojciec pacyentki miał być nerwowym, przy lada drobnostce wpadał w złość. Również brat pacyentki ma być nerwowy; pozostałe zaś rodzeństwo (trzy siostry) nie ulega obciążeniu w tym kierunku. Nadmierne używanie alkoholu w rodzinie pacyentki nie zachodzi. Sama pacyentka w dzieciństwie miała cierpieć na napady nieprzytomności, połączone z krzykiem, które atoli po przebyciu w 6 roku życia odry zupełnie ustąpiły. W 7-mym roku życia przebyła błonicę; w 13-tym zapalenie ślepej kiszki. Jakichkolwiek powikłań ze strony układu nerwowego w przebiegu tych chorób nie było. Od 16 do 19 roku życia pacyentka piła codziennie 3—4 szklanek piwa, przytem jednak wiele jadła i spała. W 18-tym roku życia, po śmierci ojca, blizko przez pół roku bezustannie się martwiła i wiele płakała, przyczem spała mało, nie więcej nad 5—6 godzin na dobę. Od 19 do 24 roku wiodła życie spokojne, bez troski, wiele jadła i spała. W 24-tym roku przez kilka miesięcy z rzędu żyła w ciągłych swarach i kłopotach. W r. 26-tym, przed 2-ma więc laty, uległa znowu głębokiemu wstrząśnieniu uczuciowemu z powodu śmierci matki, prawie bez przerwy płakała przez 4 miesiące, bardzo mało jadła i prawie wcale, jak mówi, nie spała. W tym czasie właśnie była w ciąży. Od tej pory, jak sama podaje, stała się szczególnie drażliwą i bardzo pobudliwą i chwilami z tego powodu jest nawet nie do zniesienia dla swego otoczenia. Potwierdza to również mąż pacyentki, który podaje, że od tego właśnie czasu, o ile zauważył, stała się ona „tak anormalną“.

Pacyentkę w dzieciństwie otoczenie nazywało „złem dzieckiem“. Od dzieciństwa ma ona łatwo wybuchać gniewem. Od najwcześniejszych lat pije kawę, około 2—3 filiżanek dziennie, przy śniadaniu i po obiedzie. Co się zaś tyczy obecnej choroby, to tak sama pacyentka, jak i jej otoczenie, skarżą się przedewszystkiem na zmienne usposobie-

nie pacyentki i wielką jej drażliwość i pobudliwość uczuciową. Czuje się ona nie zawsze jednakowo: kilka dni czuje się dobrze, kilka dni zaś źle. Jeżeli śpi dobrze i wiele, to wtedy ma się czuć dobrze. Jest ona bardzo wrażliwą na niewyspanie.

Niedospanie 1—2 godzin psuje jej usposobienie i stan ogólny na cały dzień. Wtedy sama mówi „jestemdrażliwa i sama dla siebie nieznośna". Drugim czynnikiem, od którego usposobienie i ogólny stan pacyentki ma zależeć, jest stan powietrza. Utrzymuje ona uporczywie, że każdego razu z większą zmianą w pogodzie następuje zmiana w jej usposobieniu i stanie. W dni piękne, gorące, słoneczne czuje się ona dobrze, prawidłowo Podczas zimnej, wilgotnej i wietrznej pory popada w stan nieprawidłowy. Twierdzenie to pacyentki zasługuje na pewną wiarę także i dzięki dalszemu spostrzeganiu, mianowicie, że czuje się ona najlepiej w atmosferze gorącej. Podczas największego upału, gdy inni się chronią, pacyentka chętnie pozostaje w miejscu, wystawionem na działanie promieni słonecznych. Chodzi ona zawsze choćby podczas największego upału po stronie słonecznej ulicy. W takiem gorącu czuje się najlepiej, jest spokojna i ma wewnętrzne zadowolnienie, tylko jest wtedy bardzo senna i czuje się tak znużona, jakby, jak sama twierdzi, „świat cały przerobiła". Podobnież znajdując się np. w bardzo ogrzanej kuchni, czuje się „spokojną na umyśle, tudzież zadowolnioną wewnętrznie, tylko strasznie znużoną". W stanie takiego zadowolnienia i prawidłowego samopoczucia, jakie występuje po bardzo dobrem wyspaniu się, w gorące pogodne dnie, lub podczas siedzenia w bardzo ogrzanem mieszkaniu jest ona przyjemną dla otoczenia; w stanie tym może ona być nawet wesołą, co w warunkach przeciwnych nigdy niema miejsca. Wtedy pacyentka zwykle się nie złości, jest spokojna i jest w stanie zajmować się najżmudniejszą i najnudniejszą pracą, jak szycie, robienie pończóch itd., interesuje ją wtedy wszystko, czyta dzienniki od początku do końca. Chód pacyentki jest spokojny i powolny; mowa równa, nie głośna. To jest stan prawidłowy pacyentki

Stany nieprawidłowe bywają rozmaite i są, jak powiedzieliśmy, w ścisłym związku z wpływem zimna.

Stan, w którym pacyentka znajduje się bardzo często, określa ona, jako stan przygnębienia, niepokoju i niezadowolnienia. Przy lada sposobności popada w afekty. Każda drobnostka ją obraża i gniewa; złości się, łaje, narzeka i czynnajrozmaitsze wyrzuty. Czuje się przytem wewnętrznie niezadowolnioną i niespokojną; musi ciągle być w ruchu, nie jest w stanie długo usiedzieć spokojnie. Gdy siedzi, to wykonywa równocześnie ruchy rękami lub nogami. Chód jej jest niespokojny i szybki; mowa bardzo głośna. Pacyentka nie ma cierpliwości do spokojnego zajęcia się, np. szyciem lub robieniem pończóch. Jeżeli jest zmuszona np. robić pończochy, to musi wtedy równocześnie i co innego robić. Wogóle zaś nie ma żadnej ochoty do pracy. Pracuje, bo musi, gdyż całe gospodarstwo domowe spoczywa na niej. Najnieprzyjemniejszem atoli jest dla pacyentki w tym stanie to, że musi „strasznie wiele myśleć", „musi wtedy cały świat przemyśleć". Myśli wtedy zazwyczaj o własnej przeszłości i to głównie o krzywdach i nieprzyjemnościach, jakie kiedykolwiek ją spotykały, przyczem jest szczególnie zła na tych, którzy jej te przykrości wyrządzali, aczkolwiek w innym czasie przebacza im i nie jest na nich zła. To myślenie jest bardzo dla pacyentki nieprzyjemne. Zdarzenia, które w innym razie zwykle ją interesują, w stanie tym są zupełnie dla niej obojętne; zazwyczaj w tym stanie nie czyta ani gazet, ani książek. Z trudnością zasypia i śpi niespokojnie, wcześnie się budzi i zasnąć pomimo uczucia znużenia nie może. Oddziaływanie uczuciowe jest w pacyentce tak wzmożone i przesadne, że nawet największe uczucie nieszczęścia, jakie posiada, nie budzi w otoczeniu współczucia. Mąż jej mówi, że wtedy ciągle tylko łaje i robi wyrzuty i to nawet z powodu najdawniejszych spraw. Wrażenie, jakie pacyentka podczas tego stanu czyni na otoczenie, najlepiej scharakteryzuję, gdy powiem, że mąż jej przy większych wybuchach afektu swej żony otwiera okno, a ponieważ mieszka naprzeciw kliniki psychiatrycznej, woła: „p. profesorze Kraepelinie, weź pan moją żonę do swojej kliniki". Otoczenie — również i sąsiedzi — uważają zachowanie się pacyentki w tym stanie za nieprawidłowe.

O przygnębieniu padaczkowem nie może tu być mowy; pomijając inny charakter tego stanu, nie ma tu ani śladu jakichkolwiek napadów zamroczenia przytomności, albo drgawek; te zaś napady drgawek, jakich doznawała pacyentka w dzieciństwie, znikły bez śladu po przebyciu odry, jak również brak tu wszystkich innych objawów padaczki.

Od czasu do czasu znachodzi się pacyentka w stanie zupełnego przygnębienia, w którem obok niepokoju występuje usposobienie płaczliwe; w tym stanie nie irytuje się ona wcale. „Nie mam wtedy sił do gniewu", twierdzi sama; „nikt nie jest w stanie wtedy mnie rozzłościć". Ma ona wtedy wielką skłonność do płaczu i jest przekonaną, że gdy się wypłacze, to jej to ulży; to też płacze z powodu lada drobnostki. Czuje się nieszczęśliwą i opuszczoną, jest pełną trwogi i posiada to uczucie, jakby jakieś wielkie nieszczęście miało ją spotkać. W tym stanie pacyentki zazwyczaj powstaje w niej tęsknota po zmarłej matce; przebacza ona wtedy wszystkim i do nikogo nie ma złości. Do pracy nie ma najmniejszej ochoty i robota jej nie idzie. Zaczyna np prać i już po kilku minutach przerywa i dalej prać nie może Ten płaczliwy stan pacyentki występuje 2—3 razy na miesiąc, często rzadziej, nieregularnie i trwa zazwyczaj kilka godzin, nigdy dłużej, niż jeden dzień. Niedostateczne wyspanie się ma szczególnie wpływać usposabiająco na ten stan płaczliwy.

Dłużej, bo dni kilka, trwa zazwyczaj inny stan nieprawidłowy, powstający na tle pierwszego stanu podniesionej pobudliwości i łatwo występujących wybuchów gniewu. Jest to stan szczególnie wielkiej skłonności do zajęć. Wtedy robi pacyentka wszystko „chętnie i gruntownie, z ochotą i energią". Wszystko, co sobie od kilku tygodni uplanowała, urzeczywistnia wtedy i to jak najskrupulatniej. Całe mieszkanie przyprowadza do najlepszego porządku. Ale tylko cięższe prace, wymagające większego ruchu, pacyentka jest w stanie wtedy wykonywać, np. przestawianie mebli, czyszczenie podłogi i sprzętów itp. Do zajęcia spokojnego, jak szycie lub robienie pończóch, jest ona wtedy nie zdolna. Również nie ma wtedy cierpliwości do czytania. Czasopisma czyta tylko powierzchownie i pobieżnie tylko zwraca uwagę na najważniejsze wiadomości. Wszystko wykonywa wtedy nadzwyczaj szybko, jest ciągle w ruchu, chwili nie może usiedzieć spokojnie, ciągle musi czemś być zajętą. Gdy pisze listy, to czyni to z nadzwyczajnym pośpiechem.

Mowa i chód są szybkie i energiczne; nie czuje żadnego znużenia, jest w stanie wykonywać najcięższą pracę bez przerwy i wypoczynku przez dzień cały. Przytem je pacyentka bardzo mało, nie ma wcale łaknienia. „Usposobienia nie jestem wesołego wtedy“ — mówi pacyentka; „mogę wprawdzie śpiewać, ale pochodzi to nie z zadowolnienia, lecz z ruchliwości, z potrzeby działania. Jest to — mówi — zupełnie inne śpiewanie, aniżeli to, gdy jestem zadowolniona“. W tym stanie pacyentka bywa bardzo rozdrażniona. Lada drobnostka obraża ją i gniewa. Rozdziela wśród otoczenia — razy, obelgi i zarzuty. Mąż jej ostrzega wtedy dzieci: „uchodźcie mamie z drogi, dzisiaj jest mama nerwowa“. Pacyentka nie ma spokoju wewnętrznego, ani zadowolnienia. Zasypia łatwo i ma głęboki i spokojny sen. Stan ten, jak wspomniałem, trwa kilka dni i kończy się zupełnem wycieńczeniem i znużeniem.

Pacyentka opowiada jeszcze o jednym stanie. Jest to ten, w którym ona jest spokojną i cichą, szuka samotności i oddaje się tylko swym myślom. Myśli te dotyczą przyszłości jej lub jej blizkich, często nawet losu osób z powieści, którą niedawno przeczytała. W ciągu godzin całych doznaje ona zadowolnienia, lub smuci się z powodu losu bohaterów powieściowych; porzuca, jeśli może, wszelkie zajęcie, które jej przeszkadza w tem marzeniu i wybiera tylko takie zajęcie, jak np. robienie pończóch lub szycie, przy których może spokojnie oddawać się marzeniu. Odkłada ona wszelką pracę, aby dokończyć zaczętą powieść, która ją podnieciła. Nie jest pacyentka w stanie o niczem więcej myśleć, jak tylko o tem, co ją w tej chwili opanowało. Godzinami całemi snuje swe myśli o jednym i tym samym przedmiocie. Marzenie to sprawia pacyentce wielką przyjemność; tylko, gdy w ciągu wielu godzin myśli o jednem i tem samem, zaczyna się to jej już stawać nieco uciążliwem. Atoli nie łatwo może uwolnić się od tych marzeń. Przymusowy charakter tego myślenia okazuje się najlepiej z własnych słów pacyentki: „po kilku godzinach myślenia o jednem i tem samem, staje mi się to nieco obmierzłem; pragnęłabym o czem innem myśleć, ale nie mogę“.

Pacyentka podaje, że w tym czasie, gdy się czuje źle, doznaje szczególnego lęku, niepokoju, wzburzenia, gdy ma coś ważnego załatwić, lub z kimś obcym mówić.

Co się tyczy władz umysłowych, to pacyentka utrzymuje, że podczas swych stanów nieprawidłowych ma pamięć bardzo osłabioną; nic wtedy nie może zapamiętać. „Gdy chcę komu coś opowiedzieć, co bardzo dobrze wiedziałam i co sobie później znowu z łatwością przypomnę, okazuje się, że to zapomniałem“, powiada pacyentka. Szczególnie zapominanie nazw i imion daje się jej uczuć. „Gdy pragnę komu opowiedzieć, jak się ten lub ów nazywa, nie mogę sobie wcale przypomnieć nazwiska, choć te osoby bardzo dobrze znam; po jakimś czasie przypominam sobie z łatwością“: Również w kierunku pojmowania, tudzież zachowania, czuje pacyentka upośledzenie w tym stanie: „nie mogę wtedy — mówi — nic do kupy związać. Nie jestem w stanie listu jak się należy ułożyć. Myśli moje nie są w należytym porządku“.

Z zaburzeń cielesnych uskarża się pacyentka przedewszystkiem na występującą od czasu do czasu, jak mówi, duszność, którą sama tak opisuje: „Jak najgłębiej odetchnęłam, a mimo to czuję, że niedostatecznie“. Gdy przejdzie choćby jeden rząd schodów, doznaje tak ciężkiego oddechu, że musi przystanąć, aczkolwiek w innym czasie, gdy się dobrze czuje, jest w stanie chodzić bez zaburzeń nawet po wysokich górach. W czasie, kiedy ma tę duszność, wiele chrząka i bądź nosem bądź ustami wydziela śluz, jak mówi, który jej się zbiera w gardle. Czy w tym czasie ma także i sine wargi, na to nie zwróciła uwagi, atoli objaw ten został przezemnie parokrotnie stwierdzony równocześnie z krótkiem skaczącem tętnem, około 90 uderzeń na minutę. Pacyentka podaje z całą stanowczością, że opisana duszność, jako też większe wydzielanie śluzu, występują równocześnie z nieprawidłowym stanem psychicznym.

Pytana dalej, podaje pacyentka, że są dnie, w których szczególnie chorobliwie wygląda na twarzy. Policzki wtenczas są „blade, żółte i zapadnięte“. Bynajmniej nie jest to związane z okresem miesiączkowania. Mąż jej, jak również sąsiedzi, utrzymują, że to chorobliwe wejrzenie zwróciło ich uwagę, podczas gdy w innym czasie twarz jej przedstawia się zdrowo. Na zapytanie, kiedy pacyentka wygląda tak źle na twarzy, odpowiada ona z całą stanowczością, że wtedy, gdy się znajduje także w nieprawidłowym stanie psychicznym. Podaje ona również o zmianach, występujących na rękach i o spieczonych wargach. „Ja widzę wtedy, że moje ręce są tak chude, blade i zwiędłe. Wtedy daleko łatwiej niż zwykle schodzi mi pierścień z palca. Wargi, gdy przesuwam po nich palcem, są spieczone i szorstkie“. Na zapytanie, czy pacyentka wiele i łatwo się poci, odpowiada, że się nie poci prawie wcale, a nawet w łóżku pomimo ciepłego przykrycia się pierzyną, gdyż nawet w lecie sypia pod pierzyną, ale się nie poci. Mąż jej utrzymuje, że pacyentka jest tak zimna „jak żaba“. Tylko na 2—3 dni przed miesiączką wiele się poci. Miesiączka trwa 6—8 dni, i połączona jest z różnemi dolegliwościami i rozdrażnieniem. Przy najmniejszym chłodzie ziębną nogi i ręce. W czasie swych nieprawidłowych stanów psychicznych, w ciągu kilku dni nie miewa stolca; a gdy ten się zjawi, towarzyszy mu ból w okolicy odbytnicy. Kał jest nadzwyczaj zbity, tudzież w drobnych kulkach i kawałkach. Uderzyło nadto pacyentkę, że pomimo poprzedniego kilkodniowego niewychodzenia na stolec, kału jest nadzwyczaj mało. Zwróciła jej uwagę również ta okoliczność, że w stanach nieprawidłowych nie wydziela wcale wiatrów. Badanie brzucha, które udało mi się raz przeprowadzić podczas lekkiego stanu nieprawidłowego, wykazało na miejscu poprzecznicy i okrężnicy zstępującej wyraźne, twarde, okrągłe, gładkie, cienkie i długie ciało. Co do obłożonego języka i nieprzyjemnej woni z ust, nie umie pacyentka podać nic określonego, gdyż nie zwracała na to uwagi. Również co do stanu źrenic. Natomiast stwierdziłem wielokrotnie podczas stanów nieprawidłowych, że źrenice były rozszerzone. O wzmożonem wydzielaniu śliny nic dowiedzieć się od pacyentki nie mogłem.

Do wyżej przytoczonych wyników wywiadowczych badanie pacyentki nie wiele przynosi wskazówek, tembardziej, że znachodzi się ona obecnie w stanie prawidłowym, tudzież niedawno piła swą kawę. Objaw dermograficzny jest bardzo wyraźny. Kilka sekund upływa, zanim oddziaływanie występuje; kresa powiększa się powolnie, na szczycie jest nadzwyczaj wyraźna; trwa bardzo długo i znika bardzo powoli i stopniowo. Poza tem przedstawia się pacyentka jako osoba niedokrewna, o złym stanie odżywienia; ma małe przytłumie-

nie w szczytach płuc, odruch kolanowy podniesiony; zmian organicznych w sercu niema, również niema żadnych zaburzeń, w narządach jamy brzusznej, dających się stwierdzić badaniem zewnętrznem, tudzież żadnych organicznych zaburzeń ze strony układu nerwowego.

Mamy tu do czynienia z tem samem schorzeniem naczynio-ruchowem, które omówiliśmy bliżej przy sposobności przypadku pierwszego. Znajdujemy tu tę samą zmienność tak w stanie cielesnym, jak i psychicznym; te same zmiany w wejrzeniu twarzy, rąk, warg, a nawet te same objawy żylności krwi, jak powiększenie wydzieliny oskrzelowej, tudzież opisana przez pacyentkę zupełnie tym samym sposobem duszność. Sine i spieczone wargi, jak również charakterystyczne krótko skaczące tętno, 90 uderzeń na minutę, zostały wielokrotnie przezemnie stwierdzone. Znachodzimy tu tę samą dermografię, a nawet te same przyzwyczajenia i właściwości, jak zamiłowanie do gorąca, wielka wrażliwość na niewyspanie się, małe wydzielanie potu. Znajdujemy tu również to samo wskazywanie na wpływ na stan pacyentki dobrej i złej pogody. Co się tyczy przewodu pokarmowego, to tak wywiady, jak i badanie przedmiotowe wykazują istnienie postronkowatego ciała w miejscu okrężnicy poprzecznej i zstępującej, co wskazuje na to same kurczowe zaparcie stolca (*obstipatio spastica*). Ze strony wreszcie psychicznej mamy najzupełniejsze niemal powtórzenie tych objawów, jakie omówiliśmy przy pierwszym przypadku, mianowicie to samo podwyższone przesadne oddziaływanie uczuciowe na objawy zewnętrzne, na tle którego występują te same stany marzenia, popędu do działania, te same wybuchy afektów, tudzież te same stany płaczliwe. Zaś w dziedzinie umysłowej to samo upośledzenie władz myślenia, a w pierwszej linii pamięci.

Rozpoznanie opiera się głównie na wywiadach. Zrozumienie stosunków między przedstawionymi objawami i znaczenia każdego z nich jest łatwe na podstawie analizy przypadku pierwszego i doświadczeń na nim poczynionych. Choroba rozpoczęła się prawdopodobnie przed dwoma laty, wtedy, gdy pacyentka przez szereg miesięcy miała wielkie zmartwienie, bardzo krótko spała i mało jadła. To było prawdopodobnie bezpośrednim czynnikiem, który wywołał schorzenie w tej postaci. Że schorzenie trwa nie zbyt długo, przemawia za tem i ta okoliczność, że jest słabego stopnia i że pacyentka nie przedstawia wyraźnych zaburzeń głębiej sięgających i trwałych. Pewien udział w wywołaniu schorzenia możnaby zapewne przypisać także stałemu, od dzieciństwa trwającemu, codziennemu piciu kawy. Również wyznania pacyentki zdają się wskazywać i na wpływ dziedziczności. Że z pośród afektów, w które pacyentka popada, gniew zajmuje wybitne miejsce, to po części objaśnić można z jednej strony warunkami, wśród których ona żyje, z drugiej zaś strony tem, że już od dzieciństwa odznaczała się w tym kierunku, wszak była nazywaną „złą dziewczyną“.

XI. Zakończenie.

Ważniejsze wyniki, do których doprowadza wyżej przedstawiony rozbiór schorzenia, są:

1) nie słuszne jest upatrywanie istoty choroby przeważnie w zaburzeniach sfery umysłowej. Główne schorzenie dotyczy układu naczynio-ruchowego. Zaburzenia naczynio-ruchowe są punktem wyjścia dla wszystkich innych objawów. Fakt ten pociąga za sobą cały szereg następstw logicznych w kierunku terapeutycznym, etyologicznym, prognostycznym i t. p.;

2) nie słuszne jest uważanie zaburzeń umysłowych, występujących w tem schorzeniu, za przynależne do psychiatrycznej jednostki chorobowej, zwanej „obłąkaniem przemiennem“ (cyklicznem).

W końcu składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie panu prof. Hoffmannowi (Heidelberg) za życzliwe uwagi i wskazówki, których mi udzielił, tudzież tym z panów profesorów lwowskiego wydziału lekarskiego, który opinię swoją, odnośnie do tej pracy, zechcieli mi wyrazić.

V. Wyciągi.

Prof. Dr. Garré. **Przypadek rzeczywistego obojnactwa.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 5). Dwudziestoletni osobnik, chowany dotychczas jako mężczyzna, od paru lat miewał okresowe krwawienia z części rodnych, a równocześnie zdradzał wybitne skłonności do kobiet. Ogólna budowa ciała odpowiada budowie kobiety; części rodne zaś przedstawiają się jako prącie, nie przebite przez cewkę, obok zaś tego dwa wiotkie owłosione fałdy, otaczające mały otwór, przez który cewnikiem wejść można do pęcherza. Przez odbytnicę wyczuwa się po stronie lewej postronek, który jednym końcem zdaje się łączyć z cewką, drugim zaś gubi się w okolicy linii bezimiennej miednicy, mając obok siebie dwa ciała przesuwalne, wielkości jaja gołębiego. Po stronie prawej nie wyczuwa się w jamie miednicy nic pewnego, natomiast przed kanałem pachwinowym wyczuwa się ciało, które może odpowiadać gruczołowi rozrodczemu. Za zgodą interesowanego czy interesowanej ciało to odsłonięto. Makroskopowo znaleziono twory, mogące odpowiadać trąbce, jajnikowi i sznurkowi nasiennemu. Badanie mikroskopowe kawałków wyciętych z narządów gruczołowatych wykazało rzeczywiście budowę właściwą dla jajnika i dla jądra. Jest to zatem jeden z nader rzadkich przypadków obojnactwa rzeczywistego, co najmniej jednostronnego.

Herman.

Petruszky. **Bolesność kręgów** (*spinalgia*) **jako wczesny objaw zakażenia gruźliczego.** (*Munchener med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 9). Według zdania autora zakażenie gruczołów chłonnych poprzedza zwykle gruźlicę płuc; uważa on schorzenie gruczołów oskrzelowych jako pierwotne, schorzenie miąższu płucnego za sprawę wtórorzędną, a tworzenie się jam gruźliczych za trzeciorzędny okres gruźlicy płuc. Dlatego często w przypadkach gruźlicy płuc znaleźć można zmiany starsze w gruczołach oskrzelowych, lub też schorzenie gruczołów bez widocznych zmian w płucach i oskrzelach, co P. szczególnie stwierdził przy sekcyach dzieci. Podobnie stwierdza się schorzenie gruczołów krezkowych bez widocznej choroby błony śluzowej jelit i autor przypuszcza, że leukocyty zawlekają prątki gruźlicze do gruczołów oskrzelowych i gruczołów chłonnych wogóle. Sprawa gruźlicza we wszystkich gruczołach chłonnych przebiega bardzo powoli; jakże więc można rozpoznać pierwotną gruźlicę gruczołów oskrzelowych? Jako podejrzane objawy podmiotowe podaje się często bóle między łopatkami, nieustający suchy kaszel, podczas gdy w płucach nic nie można stwierdzić. I często uspakaja się takich chorych tem, że są tylko nerwowi, że „płuca ich są zupełnie zdrowe“. Przeciwnie, byłoby w takich przypadkach o wiele słuszniej powiedzieć, że „choroby płuc obecnie stwierdzić nie można, czy jednak płuca są zupełnie zdrowe, zwyklymi sposobami badania na pewno rozstrzygnąć nie można“.

Autor więc zwraca uwagę na ból kręgów (spinalgia), powstający po naciśnięciu niektórych z nich, najczęściej 2—7, jako objaw gruźlicy gruczołów zaoskrzelowych. Przy obmacywaniu wyrostków kolczastych ukazuje się większa lub mniejsza tkliwość na ucisk kilku kręgów, kręgi bolesne leżą często nieco głębiej, niż powierzchnia innych kręgów, a palec badający ma często wrażenie, jakoby tkliwe wyrostki były nieco szersze, miększe i elastyczniejsze, niż inne. P. sprawdził swoje spostrzeżenie w licznych przypadkach zapomocą typowej reakcyi tuberkuliny i w żadnym z tych przypadków nie przyszło do próchnicy kręgów. Przy posuniętej gruźlicy płuc P. nigdy nie znalazł bolesności kręgów. Wprawdzie autor nie uważa tego objawu za nieomylny sposób do rozpoznania gruźlicy gruczołów zaoskrzelowych, lecz jest ona ważnym czynnikiem w szeregu objawów podejrzanych, do których zaliczamy niedokrewność,

zły stan odżywienia, osłabienie, suchy kaszel itd. Stwierdzenie rozpoznania gruźlicy osiągnie się zawsze zapomocą próby tuberkulinowej. P. uważa leczenie tuberkuliną za najracyonalniejszy i najpewniejszy sposób, by zapobiedz następowej gruźlicy płuc. *Dr. Fels.*

Kraus. **Znaczenie przetoki pęcherzowo-pochwowej dla ustalenia wskazań położniczych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7, 1903). Przytoczywszy przypadki z piśmiennictwa, opisuje autor dwa spostrzegane przypadki zwężeń pochwy skutkiem blizn po przetokach pęcherzowo-pochwowych, w których rodzące rozwiązano cięciem cesarskiem. W każdym przypadku, w którym przeszkodę porodową stanowi bliznowate zwężenie pochwy po przetoce pęcherzowo-pochwowej, należy postępować wyczekująco, bo może zwężenie się rozciągnąć i płód urodzić się siłami natury. Jeżeli natomiast zwężenie się nie rozciąga, a za to rozciąga się dolny odcinek macicy i zagraża pęknięcie, należy rozwiązać rodzącą, wykonując cięcie cesarskie z zachowaniem macicy, lub jej wyjęciem, stosownie do wskazania. Gwałtowne rozszerzanie zwężenia lub jego nacięcie jest zawsze niebezpieczne, bo przy porodzie powstanie na pewno bardzo rozległe przedarcie, znaczny krwotok i często nowa i. to daleko rozleglejsza przetoka pęcherzowo-pochwowa. *P.*

Hahn. **W sprawie przyborów położnych.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 8, 1903). Znaczny odsetek zakażeń połogowych, jaki się trafia w praktyce prywatnej, jest następstwem nieczystego postępowania przy porodzie, lub w czasie połogu, a więc zawsze prawie jest z winy położnej. Temu zaradzić chciał Hinck, polecając położnym osobne torby na przybory, potrzebne do połogu, a osobne dla rodzących. Hahn radzi postąpić inaczej, a mianowicie poleca, aby każda rodząca miała swoje własne kanki pochwowe, kanki do lewatyw, cewnik i mydło. Wszystkie te najpotrzebniejsze przybory kosztować będą najwyżej 2 korony; rodzące biedniejsze, jeżeli należą do jakiejś Kasy, powinny te przybory dostawać z Kasy; jeżeli zaś do Kasy nie należą, to z funduszów gminnych. Osoby zamożniejsze powinny mieć także koneweczkę Hegara, a jeszcze lepiej wezwać do porodu lekarza, bo wtenczas tylko jest pewność, że wszystko było przy porodzie zrobione aseptycznie, gdyż aseptyki, jak sam autor z doświadczenia twierdzi, najtrudniej jest nauczyć położne.

(Autor zapomina, że najczęstszą przyczyną zakażenia są palce położnych, nadto nie aseptyczne przeprowadzenie porodu; nie o przybory więc, ale o aseptykę położnych starać się trzeba, to jest ciągle dozorować i przypominać im tę aseptykę w praktyce, a to można osiągnąć przez ustanowienie lekarzy, wyposażonych w odpowiednią władzę, którzyby kontrolowali położne, oraz utworzenie kursów powtarzających według proponowanego przed trzema laty projektu rządowego. Dotychczasowa kontrola położnych przez lekarzy powiatowych jest tylko w wyjątkowych powiatach przeprowadzana, a to skutkiem ich nadmiernego przeciążenia i okazuje się w praktyce niedostateczna). *P.*

Baumler. **Leczenie zapalenia okątniczego.** (*Therapie der Gegenwart*, Zeszyt II i III, 1903). Zapalenie okątnicze polega po największej części na ciężkich schorzeniach wyrostka robaczkowego, które szczególnie w wieku młodocianym, często już w wieku dziecięcym powstają, lecz w każdym wieku zdarzyć się mogą. Punktem wyjścia jest więc najczęściej wyrostek robaczkowy, jednakże w tak wczesnym okresie choroba rzadko i trudno bywa rozpoznaną. Kiedy zaś choroba stałą się już jawną, wtedy zapalenie przeszło już na kątnicę i jej otoczenie i dlatego też B. zatrzymuje nazwę „perityphlitis“. Tylko mała część przypadków z powodu zgorzeli i przebicia wyrostka robaczkowego i szybko występującego ogólnego zapalenia otrzewnej (nagle występujący, gwałtowny ból, wymioty i objawy szybkiego lub powolnego zapadu) jest już z góry beznadziejną, jeśli bardzo wczesna operacya chorego nie uratuje. Po największej części jednak wyleczenie jest możebne bez zabiegu operacyjnego i to nawet w przypadkach, w których należy przyjąć wytworzenie się większego ogniska ropnego naokoło schorzałej części wyrostka robaczkowego. Takie ognisko ropne może przez otwarty wyrostek przebić do kiszki ślepej, lub do jelita, do pęcherza lub pochwy i w ten sposób się wygoić, a mały ropień może się wessać. Naturalnie, że w niektórych przypadkach autora leczenie zachowawcze trwało bardzo długo (od 60—200 dni). Jaki będzie przebieg choroby w pojedynczych przypadkach, z góry przewidzieć się nie da. U młodocianych ludzi, przedtem zdrowych, u których odpowiednio do położenia wyrostka robaczkowego wcześnie powstaje typowy obrzęk, należy się spodziewać, że przy odpowiedniem leczeniu i przebieg będzie korzystny. Wątpliwem jest rokowanie w przypadkach, w których z powodu niezwykłego położenia wyrostka nie można stwierdzić obrzęku wyczuwalnego. W tego rodzaju przypadkach mogą niespodzianie nastąpić ciężkie objawy i śmierć mimo zabiegu operacyjnego; bardzo wczesna operacya byłaby prawdopodobnie chorego uratowała. Wielkie znaczenie dla przebiegu zapalenia ma unaczynienie wyrostka robaczkowego, które przy zwisającym do małej miednicy wyrostku jest lepsze u kobiet z powodu tętnicy jajnikowej, niż u mężczyzn. Dlatego przy zaburzeniach w krążeniu wyrównanie uboczne jest łatwiej możebnem u kobiet, z drugiej strony jednak zapalenie łatwo może przejść z jednego narządu na drugi. Gdzie po skończeniu zapalenia okątniczego występują choćby tylko czasowo objawy miejscowe, usunięcie wyrostka robaczkowego jest bezwzględnie wskazanem. Natomiast prawie wszyscy chirurdzy obecnie odradzają operacyę na samym początku, lub na szczycie choroby. Czy częstość tej choroby się wzmaga, nie jest pewnem; lecz tem pewniejszy jest fakt, że od 25 lat bywa ona częściej rozpoznawaną, niż przedtem; ten szczęśliwy fakt mamy głównie do zawdzięczenia chirurgii. Miejscowo stosuje B. z dobrym skutkiem przyrząd chłodzący Leitera do czasu ustąpienia gorączki, potem zaś okłady wysychające, lub ciepłe. Wobec gwałtownych objawów stosuje on podskórnie morfinę, zresztą podaje makowiec w małych dawkach, lub wcale nie i zarzuca sposób leczenia Bourgeta zapomocą olejku rącznikowego i lewatyw, które wzbudzają ruchy robaczkowe, przez co utrudnia się tworzenie zrostów, a może się przyspieszyć przebicie wyrostka, lub wystąpienie kału przez istniejący już otwór w wyrostku. Zaparcie może trwać 8—9 dni, a mimoto wzdęcie i bolesność brzucha, jakoteż obrzęk w okolicy kątnicy, mogą z każdym dniem się zmniejszać i potem może sam odejść obfity, sformowany stolec, lub też przy pomocy małej lewatywy z oliwy. *Dr. Fels.*

Prof. Dr. Bókay. **Zastosowanie systematycznych nakłóć lędźwiowych w leczeniu przewlekłego wewnętrznego wodogłowia u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57, 7 B., 2 H., 1903). Autor opisuje przypadek przewlekłego wewnętrznego wodogłowia u dziecka 4-letniego, u którego w przeciągu 8 miesięcy wykonał 11 nakłóć lędźwiowych i wypuścił 283 sz. cent. płynu śródczaszkowego, zaś u dwuletniego chłopca po przebytem zapaleniu błon mózgowo-rdzeniowych w rozwijającem się niedołęstwie umysłowem skutkiem wodogłowia wypuścił w 15 nakłóciach 660 sz. cent. płynu. Dr. Concetti wykonał u dziecka w ciągu dwóch lat 53 nakłóć i otrzymał bardzo znaczną poprawę.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) W wodogłowiu przewlekłem, szczególnie powstałem po zapaleniu opon mózgowych, systematyczny zabieg Quinckego daje wyniki korzystne.

2) Zabiegów tych nie można powtarzać w zbyt krótkich odstępach czasu i nie należy wypuszczać zbyt dużo płynu, gdyż częste nakłócia zwiększają ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, co chorzy źle znoszą i ulegają znacznemu wycieńczeniu.

3) Po zabiegach Quinckego wtedy można spodziewać się poprawy, gdy istnieje komunikacya między komorami mózgowemi a przestrzenią podoponową.

4) W wrodzonem przewlekłem wodogłowiu nakłócia lędźwiowe wywołują li tylko uspokojenie chorych i przytłumienie podniecenia: albowiem mózg u tych chorych jest tylko częściowo rozwinięty, a tego poprawić nie można. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Emerich Ullmann. **Wycięcie śledziony z powodu skręcenia szypuły śledziony wędrującej.** (*Klin. therap. Wochenschrift* 2, 1903). Skręcenie szypuły powiększonej śledziony należy do rzadkości; na 279 przypadków wycięcia śledziony, zebranych w piśmiennictwie przez Vanverta, tylko w 14 skręcenie szypuły było wskazaniem do wycięcia. W przypadku tym zawędrowała śledziona do prawego podżebrza, co nie często się zdarza. Badając po raz pierwszy chorą, znalazł U. w lewem podżebrzu guz stosunkowo dość twardy, nieco większy od pięści, na powierzchni dość okrągły, gładki, o dolnym brzegu ostrym. Rozpoznano zimniczą śledzionę wędrującą. W jakiś czas zgłasza się chora, zmieniona, stękająca, wijąca się z bólu; guz dawał się wyczuć w prawem podżebrzu dwa razy większy, przy dotyku bolesny. Przy otwarciu jamy brzusznej guz ten okazał się śledzioną, której szypuła była skręconą o 180° w kierunku wskazówek zegara. Po wyjęciu śledziona zmniejszyła się przez upływ krwi, ważyła 300 grm., długość jej 16 ctm., szerokość 11 ctm., grubość 4 ctm. O tyle jeszcze przypadek ten jest zajmujący, że chora była w piątym miesiącu ciąży, a operacya na przebieg ciąży zupełnie wpływu nie miała. W 7 tygodni potem przywieziono chorą z objawami ostrego zapalenia otrzewnej, wywołanego, jak sekcya sądowo-lekarska stwierdziła, zbrodniczem spędzeniem płodu. *B. Żmigród.*

Studziński. **Przypadek międzypłatowego zapalenia opłucnej z przedostaniem się ropy pod skórę.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 49). St. opisuje spostrzegany przez siebie w klinice prof. Wagnera (Kijów) przypadek międzypłatowego zapalenia opłucnej (pleuritis interlobaris), pouczający z tego względu, że oprócz zwykłego w tej sprawie przedostania się ropy do oskrzeli, utworzył się na 13-ty dzień choroby ropień w trzeciem międzyżebrzu przy kręgosłupie, odpowiednio najwyższemu punktowi bródzy międzypła-

towej; ropień łączył się ze światłem oskrzeli. Badanie bakteryologiczne ropy wykazało czystą hodowlę gronkowca białego. Po 6 tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Wróblewski. **Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 7, 8, 1903). Jako rzadkie powikłanie spostrzegano ropień okołomigdałkowy, tworzący się bezpośrednio po dokonanej operacyi. Naloty na ranach pooperacyjnych, występujące stale i nieuniknione po tym zabiegu, są wprawdzie przeważnie nieszkodliwe. Nie należy ich jednakże lekceważyć, gdyż mieszczą w sobie często laseczniki Löfflera i mogą przejść w ciężką postać błonicy. Niewinny zazwyczaj obrzęk łuków i resztek migdałka po operacyi, zdarzający się po każdej metodzie, najczęściej po pętlicy galwanokaustycznej, przyjmuje niekiedy wielkie rozmiary, przechodzi na głośnię i może nawet spowodować zejście śmiertelne. Zranieniu łuku przedniego, przylegającego do migdałka, pociągającemu niekiedy za sobą znaczne krwawienie, można zapobiedz przez oddzielenie, lub poprzeczne przecięcie łuku. Złe założenie gilotynki, wadliwość tego narzędzia, uwięźnięcie przedniego łuku i kamienie, ukryte w migdałku, mogą powodować pęknięcie noża przy wykonaniu operacyi. Wycinanie migdałków nożem może dać powód do zranienia podniebienia miękkiego, łuku przedniego, nasady języka, dolnej lub górnej wargi. W jednym przypadku Dobrowolskiego przyszło po tej operacyi do utraty głosu z powodu zupełnego porażenia prawej i częściowego lewej struny głosowej. D. przypaszcza odruchowe porażenie dolnego nerwu krtaniowego wskutek podrażnienia gardzielowych gałązek nerwu błędnego. Powikłań skutkiem zakażenia unikać możemy i powinniśmy. Zmniejszenie przerosłych migdałków przez ignipunkturę może mieć tylko w wyjątkowych przypadkach racyę bytu, gdyż po tym zabiegu bywają powikłania w postaci długotrwałych zapaleń, przechodzących na sąsiednie tkanki i narządy, ropnie okołomigdałowe, ropne zapalenie uszów itd.

Najważniejszem i najprzykrzejszem powikłaniem są krwotoki, mogące wystąpić po każdej metodzie tej operacyi i przybierać nieraz groźne rozmiary, a nawet sprowadzić zejście śmiertelne, jak to autor ilustruje przytoczeniem bogatej kazuistyki, czerpanej z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń. Głównemi ich przyczynami są: krwawiączka, za głębokie wycinanie migdałków i wreszcie operowanie podczas zapalenia. Dla zapobiegania tym powikłaniom należy unikać tej operacyi w okresie zapalenia migdałków u krwawców, w okresie miesiączki i ciąży, należy unikać zranienia łuku, przed operacyą dokładnie zbadać migdałki, czy niema w nich kamieni i zrostów z łukiem przednim, które to ostatnie w danym razie należy oddzielić; starać się, by nie wycinać migdałków doszczętnie do samej wnęki. Ostatniego należy unikać temwięcej, gdyż migdałki stanowią, jak tkanki gruczołowate wogóle, bardzo ważny dla ustroju narząd ochronny, który zapomocą mieszczących się w nim licznych leukocytów zatrzymuje i niszczy bakterye i ich toksynę z jamy ust i gardła. *Spira.*

G. Engelhardt i M. Löhlein. **Przyczynek do znajomości** *streptothrix-pyaemiae.* (*Deutsches Archiv für klin. Med.* Tom 75, Zeszyt 2, 1902). W przypadku ropnicy autorowie znaleźli w ropie z bardzo licznych ropni we wszystkich niemal narządach grzybki właściwej postaci, barwiące się metodą Grama, oprócz których żadnych innych drobnoustrojów wykazać nie można było. Morfologia ich, jak również własności hodowli, każą zaliczyć znalezione grzybki do gatunku *streptothrix* (*actinomyces*), a że innych drobnoustrojów ani pod mikroskopem, ani w hodowlach nie znaleziono, zatem cały proces ropny trzeba odnieść do *streptothrix*. *Z. Czaplicki.*

A. Kurrer. **Przyczynek do napełniania balonu.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 7). Jeśli chodzi o rozszerzanie ujścia, lub utrzymanej jeszcze szyjki zapomocą balona, bardzo dobrze połączyć go za pośrednictwem długiej cewki z wysoko wiszącym irygatorem. W miarę rozszerzenia się szyjki lub ujścia dopływa równomiernie do balonu woda tak, iż balon raz założony, wypada dopiero po zupełnem rozwarciu ujścia. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

L. Wild. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** (*Berliner klin. Wochs.* 1903, Nr. 9). Po doświadczeniach Korffa i Blosa z nowym sposobem usypiania zapomocą skopolaminy z morfiną, przystąpił W. do wypróbowania tej metody, lecz nieco odmiennie, niż sam twórca Schneiderlin, a mianowicie podwyższał, podobnie jak Blos, dawkę morfiny. Do wykonywania chirurgicznych zabiegów w tem uśpieniu brano chorych, wolnych od schorzeń serca, płuc i nerek. Liczba ich wynosi tylko 8, a mimoto ostrzega W. przed tem znieczuleniem i radzi, by mu nie ufać ślepo. W jednym przypadku pomimo dwukrotnego wstrzyknięcia nie stwierdzono ani śladu senności; operacyę musiano wykonać następnie w znieczuleniu eterowem. Dopiero po operacyi wystąpiło gwałtowne działanie morfiny, głęboki sen z torem oddechania, podobnym do Cheyne-Stokesa. Typowe zatrucie trwało kilkanaście godzin. *G. Grzybowski* (Kraków).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Doering. **Teocyna** (*teophyllinum*), **nowy lek moczopędny.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). — Schlesinger. **Uwagi nad skutecznością teocyny.** (*Therapie der Gegenwart* 1903, zeszyt III). Teophylinę pierwszy raz wydzielił Kossel z liści herbaty; Traube złożył ją syntetycznie, a fabryka w Elberfeld wprowadziła w handel pod nazwą teocyny. D. wypróbował ją w 20-tu przypadkach chorób sercowych, oraz zapalenia nerek i pokazało się, że teocyna w dawkach po 0·5—0·9 dziennie działa o wiele lepiej, niż diuretyna w znacznie większych dawkach. Przytem skutek występuje już pierwszego dnia, lecz przestaje także bezpośrednio po cofnięciu tego środka i w przeciwieństwie do diuretyny traci ona na skuteczności, jeśli przez dłuższy czas była zażywaną. Lecz mimoto ogólna ilość moczu z powodu silniejszej działalności tego środka jest przecież jeszcze większą, niż gdyby stale stosowano diuretynę. Podawano dziennie 0,5—0,75 teocyny w gorącej herbacie, wodzie (2,5: 150; trzy łyżki dziennie), albo najlepiej w opłatkach. Niektórzy mężczyźni dostawali wymiotów i wtedy trzeba było zmniejszyć pojedyncze dawki do 0,15; lecz byli to chorzy, którzy z powodu znacznie upośledzonej czynności żołądkowej nie znosili i innych środków. Łaknienie nigdy nie zostało upośledzone, lecz teocyny nie należy podawać na czczo. Na ciśnienie krwi teocyna nie wpływa, drażnienia nerek również nigdy nie zauważono; przewyższa ona w działalności wszelkie dotychczas znane środki moczopędne, szczególnie i teobrominę; jednakże nie zastępuje jej zupełnie, ponieważ skutek teocyny jest mniej trwałym i po dłuższem używaniu bardzo szybko ustaje. I kofeiny nie zastępuje ona zupełnie, ponieważ na serce wcale nie działa. Jest ona szczególnie wskazana tam, gdzie idzie o szybkie usunięcie znacznej puchliny wodnej.

Schlesinger wypróbował teocynę w 40 przypadkach i chwali jej skutki moczopędne w puchlinie wodnej, powstałej z powodu zaburzeń sercowych i zapalenia nerek. Działała ona nieraz w przypadkach, w których wszelkie inne leki moczopędne były bezowocne. Mniej korzystne były jej skutki wobec wypocin opłucnowych i otrzewnowych i w dwóch przypadkach marskości wątroby. Ponieważ atoli w dwóch przypadkach po zażyciu 5 × 0·2 teocyny dziennie wystąpiły typowe napady padaczkowe u chorych, którzy nigdy przedtem, ani też po cofnięciu teocyny napadów tych nie doznawali, a u których nie stwierdzono ani choroby mózgu, lub stanu podrażnienia nerek, przerwał S. stosowanie tego leku. Zresztą i Dreser wywołał u kotów drgawki zapomocą teocyny. Dopiero zachęcony korzystnymi wynikami, jakie ogłosił Minkowski, ponowił S. swoje doświadczenia lecznicze, łącząc jednak teocynę z przetworami, działającymi przeciw drgawkom. Ponieważ atoli brom i środki odurzające wpłynęły niekorzystnie na moczenie, wybrał S. gorzykwiat, zalecony w ostatnich czasach przeciw padaczce i mógł w ten sposób wzmocnić skutek moczopędny teocyny, zmniejszając równocześnie jej właściwości drażniące. Schlesinger poleca zatem następujące przepisy: *Rp. Infus. Adonid. vernalis e 5·0 : 180·0, Theocin 0·6 (—1·0) Syr. simpl. 20·0, S. Wyżyć w przeciągu 24 godzin;* albo *Herb. Adonid. vernalis dialysat Golaz 2·0 Aq. dest. 180·0 Theocin. 0·6 (—1·0) Syr. cort. Aurant. 20·0, S. na 24 godzin.* W tej formie teocyna rzadziej wywołuje bóle głowy i wymioty, a drgawek więcej nie zauważono. Teocyna jest cennym, lecz heroicznym środkiem moczopędnym, którego nie wolno przez dłuższy czas podawać, ani też powiększyć dawek, jeśli występują bóle głowy i wymioty, jako objawy zatrucia. *Dr. Fels.*

L. Ketly. **Doświadczenia kliniczne** z *rhizoma scopoliae carniolicae.* (*Therapie der Gegenwart*, Zesz. III, 1903). W r. 1897 polecił Podack korzeń rośliny *scopolia carniolica* (*verrückte Rübe*) przeciw drżączce porażnej, widząc przypadkowo, jak wieśniak, cierpiący od 26-ciu lat na tę chorobę, zażywał codziennie tę roślinę bez najmniejszych skutków szkodliwych, lub objawów otrucia, a drżenie zawsze się zmniejszało. K. osiągnął doskonałe wyniki w dwóch przypadkach drżączki porażnej i jednym przypadku drżenia z powodu nerwicy urazowej. Bez wszelkiej obawy podaje się raz dziennie przez dłuższy czas 0·3—0·4 *rhizoma scopoliae carniolicae* w proszku. Roślina ta zawiera hyoscyaminę i hyoscynę, względnie skopolaminę, działa jak hyoscyna, nie wywołując jednakże żadnych objawów otrucia, nawet po dłuższem zażywaniu. Drżenie już następnego dnia się zmniejsza tak, że chorzy mogą chodzić, jeść i stan ten utrzymuje się przez parę miesięcy. *Dr. J. Fels*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następującą odezwę:

Koledzy.

Walne zgromadzenie Tow. Samop. lek., odbyte dnia 21 grudnia 1902 r. uchwaliło założyć dla członków Towarzystwa t. zw. „Kasę pogrzebową“, która w myśl wniosku kol. Sękiewicza z Turki ma udzielać każdej bez wyjątku wdowie po lekarzu, członku Towarzystwa, o ile należał do Kasy pogrzebowej, z chwilą jego śmierci pewną kwotę na koszta pogrzebu. Wysokość tej kwoty zależeć będzie od liczby należących do „Kasy pogrzebowej“.

Ponieważ należenie do tej Kasy jest dowolnem, przeto Wydział Tow. Samopomocy, podając poniżej regulamin jej, zwraca się równocześnie do wszystkich P. T. kolegów, aby zechcieli jak najliczniej do niej przystąpić, gdyż Kasa zacznie funkcyonować dopiero wtedy, gdy zgłosi się przynajmniej stu członków. Zgłoszenia przysyłać należy do sekretarza Tow. Samopomocy (Dr. Langie, Kraków, ulica Sławkowska, 31).

Regulamin „Kasy pogrzebowej“ członków Towarzystw Samopomocy lekarzy.

§. 1. Członkiem „Kasy pogrzebowej“ może być tylko członek Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

§. 2. Celem „Kasy pogrzebowej“ jest udzielenie jednorazowego i bezzwłocznego wsparcia pozostałym po członku Kasy pogrzebowej w razie jego śmierci, względnie przeznaczenie przynależnego wsparcia na cel, określony przez zmarłego członka.

§. 3. Przystąpienie do „Kasy pogrzebowej“ odbywa się przez złożenie deklaracyi, zawierającej następujące punkta:

1. bezwzględne poddanie się przepisom niniejszego regulaminu;
2. oznaczenie osoby lub instytucyi, której w razie śmierci członka ma być wypłaconą zapomoga w wysokości oznaczonej przez §. 6 niniejszego regulaminu.

§. 4. Każdy członek „Kasy pogrzebowej“ jest obowiązany złożyć do Kasy pogrzebowej za każdem wezwaniem skarbnika tej Kasy kwotę 2 kor. 10 halerzy i to najdalej w dni 30 po wezwaniu.

§. 5. Skarbnik Kasy pogrzebowej wybierany jest przez Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy na przeciąg jednego roku administracyjnego. Skarbnikiem tym może być tylko członek „Kasy pogrzebowej“.

§. 6. W razie śmierci jednego z członków „Kasy pogrzebowej“, skarbnik tej Kasy zawiadamia kasyera Towarzystwa Samopomocy lekarzy o przypadku śmierci przy równoczesnem podaniu liczby członków „Kasy pogrzebowej“. Skarbnik Towarzystwa Samopomocy wypłaca natychmiast wskazanej przez zmarłego osobie prawnej tyle razy po 2 kor., ilu członków liczyła „Kasa pogrzebowa“ w dniu śmierci lekarza i to bez żadnego z jej strony podania lub prośby.

(*Przykład:* Dnia n/n umiera członek X; Kasa pogrzebowa liczy w dniu tym 200 członków, osoba Z. wskazana w deklaracyi, wystawionej swojego czasu przez członka X, otrzymuje natychmiast 400 koron jednorazowo bezzwrotnie). Równocześnie wysyła skarbnik „Kasy pogrzebowej“ do każdego członka zawiadomienie o śmierci kolegi z załączonym czekiem pocztowej Kasy oszczędności, przeznaczonym na przesłanie 2 kor. 10 halerzy.

§. 7. Członek „Kasy pogrzebowej“ traci wszelkie prawa do Kasy, jeżeli w przepisanym terminie nie prześle należnego udziału na ręce skarbnika.

§. 8. Udziałów uiszczonych pod żadnym warunkiem się nie zwraca.

§. 9. „Kasa pogrzebowa“ rozpoczyna swe istnienie z chwilą, gdy zgłosi się do niej przynajmniej stu członków; przestaje zaś istnieć, gdy liczba członków spadnie poniżej liczby 50-ciu, lub gdy bezwzględna większość członków zażąda jej rozwiązania.

§. 10. Członek „Kasy pogrzebowej“, występujący dobrowolnie, musi jeszcze aż do końca roku administracyjnego opłacać wszystkie udziały.

§. 11. Skarbnikowi „Kasy pogrzebowej“ przysługuje prawo ściągania w drodze sądowej udziałów od tych członków, którzy nie opłacają przypadających należytości, a nie zgłosili wystąpienia swego, albo też zgłosili je, a nie chcą płacić udziałów do końca roku administracyjnego.

Objaśnienie.

Z powyższego regulaminu wynika, że jeżeli w ciągu roku administracyjnego nie umrze żaden z członków „Kasy pogrzebowej“, wtedy nikt nic nie płaci. Ile zaś razy wypadnie zapłacić w ciągu roku po 2 kor. 10 hal., to zależy od tego, ile zajdzie w danym roku przypadków śmierci wśród członków Kasy pogrzebowej. Ciężary więc są minimalne, a za to pomoc materyalna, jaką z chwilą śmierci dostaje wdowa, czy spadkobiercy zmarłego, kiedy wydatki są największe i nie cierpiące zwłoki, staje się nadzwyczaj pożądaną. Nie jest ona żadną wyżebraną jałmużną, lecz pomocą prawnie się należącą pozostałym po koledze od kolegów.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Dr. Adam Langie, 1. sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. kwietnia.

** Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem po uczczeniu pamięci zmarłego członka ś.p. Dr. Filimowskiego i po demonstracyi okazów anatomicznych przez kolegów: Glińskiego i Ciechanowskiego, odbył się odczyt Doc. Dr. Marchlewskiego: »O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi«.

* W N. N. 15 i 16 »Gazette médicale de Paris« ogłosił dr. Picard krótkie życiorysy lekarzy stuletnich (Les médicins centenaires). W niewielkiej liczbie tych życiorysów, boć wiadomo, że w statystyce długowieczności lekarze zajmują ostatnie miejsce, znaleźliśmy trzy następujące nazwiska polskie:

1) Dr. Stanisław Zalewski urodził się w Warszawie 25 grudnia 1780 r. Pochodził z rodziny możnej, która w dziejach narodu polskiego często występowała na naczelne miejsce, a wreszcie spotkał ją los, któremu uległy najdzielniejsze rody polskie: wygnanie i konfiskata majątku. Dr. Zalewski poświęcał się praktyce lekarskiej w Bordeaux; koło roku 1860 zaprzestał praktykować, cofnął się w zacisze życia samotnego, skromnego, ograniczonego do jednej izby, w której dokonał żywota 1891 r. W ostatnich 20—30 latach utrzymywał się ze skromnego zasiłku, którego wygnańcom udzielał rząd francuski. Nawiedzany przez ludzi zaciekawionych, był zwykle z początku zimny i odporny, lecz raz nakierowany na drogę wspomnień, z ognistą wyobraźnią odtwarzał swą przeszłość. O Napoleonie, którego widział w Moskwie podczas przeglądu wojsk, odzywał się tak żywo i obrazowo, jakby to wczoraj było. Trzy lata, które spędził w Paryżu z rodziną podczas wielkiej rewolucyi (1790—1795), pozostawiły w jego umyśle niezatarte ślady. Opowiadał szczegółowo o wykonaniu wyroku na Ludwiku XVI, na co patrzał z za okna, ukryty w fałdy szat płaczącej swej matki. (*Progrès médical, 1891.*)

2) Dr. Seweryn Wielobycki urodził się 8 stycznia 1793 r. na Wołyniu, naturalizował się w Anglii, a stopień doktora medycyny otrzymał w Edymburgu r. 1841. Praktykował w Londynie. D. 10 stycznia 1893 roku uroczyście obchodzono stuletnią rocznicę jego urodzin (*Brit. M. J. 1893*). Zmarł, licząc 100 lat i 8 miesięcy w St. John's Wood pod Londynem (*Cosmos, 14—X, 1903 r.*).

3) Pani Józefa z Mazurkiewiczów Rostkowska, chirurg polowy, przyszła na świat d. 14 marca 1784 r. w Warszawie. Rodzina jej odgrywała wybitną rolę w historyi polskiej. Ojciec był szambelanem króla Stanisława; brat, generał inżynieryi w wojsku polskiem, należał do sztabu Napoleona I. podczas wszystkich jego wypraw. Sama pani Rostkowska odbyła wszystkie wojny polskie, prowadzone za jej życia, w charakterze chirurga polowego (*aide-chirurgien de 1. classe*), towarzysząc mężowi, który służył w stopniu kapitana adjutanta. Pani Rostkowska wzięła udział w 12 wyprawach wojennych i była dwa razy raniona na polu walki. Mając już lat 104 czuła się silną w pełni władz umysłowych. Utrzymywała się z 60 fr. miesięcznie, które jej udzielał rząd francuski; kwotę tę podwojono na wniosek ministra handlu i przemysłu, który się dowiedział o tej niezwykłej kobiecie, mężnym obrońcy niepodległości swojej ojczyzny. (*Revue scientifique, 1888*). Pani Rostkowska mieszkała od r. 1857 w Aniche (Nord) wraz z mężem, który zmarł r. 1881, licząc lat 82. W dniu śmierci (18—VIII 1896) Pani R. liczyła 112 lat życia. Dr. Dureau z Aniche zebrał jeszcze parę szczegółów z życia tej dzielnej kobiety; zapał do wojaczki nieopuszczał jej nigdy pod tą lub inną formą: w latach 1813—1814 była kantyniarką, a musiała mieć i na tem stanowisku zasługi, skoro odznaczono ją medalem św. Heleny. Za swe bohaterskie czyny w wojnie polskiej 1831 r. otrzymała

krzyż *virtuti militari;* podczas wojny krymskiej była infirmierką w szpitalach francuskich. Pić miała bardzo mało, lecz za to nałogowo paliła.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekar. Uniw. lwowskiego, nadającą Dr. Adamowi Bednarskiemu *veniam legendi* z zakresu okulistyki.

* Wydział krajowy mianował Dr. Romana Merunowicza sekundaryuszem szpitala powszechnego we Lwowie.

* Stopień doktora wszech nauk lekar. w Uniw. Jag. otrzymał Cezary Komorowski.

* Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się dnia 28 kwietnia, o godzinie 5 po południu.

* Przyjaciele zmarłego przed rokiem Dr. Wład. Florkiewicza uwiecznili pamięć tego zasłużonego lekarza i wielkich cnót obywatela wmurowaniem pamiątkowej tablicy w kościele św. Piotra i Pawła w Warszawie.

* Nieprzyjęte honoraryum w kwocie 10 zł. r przesłał Dr. Harajewicz do galicyjskiej Kasy zapomóg dla wdów i sierot po lekarzach.

* Rządy europejskie zamierzają zwołać międzynarodową Konferencyę sanitarną w celu uzupełnienia dotychczasowych przepisów. Najprawdopodobniej Konferencya zbierze się w Konstantynopolu.

* Międzynarodowy, świeżo zamknięty, Kongres przeciwalkoholiczny w Bremie budził powszechne zainteresowanie lekarzy i rządów. Przybyło przeszło 1000 członków. Następny odbędzie się r 1905 w Peszcie.

* Międzynarodowy Kongres higieny i demografii odbędzie się w Brukseli od 2 do 8 września b. r

* Tegoroczny wędrowny Kongres południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich odbędzie się 23 i 24 maja w Baden-Baden.

* Między 1 a 7 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), czortowskim (1 gm), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), husiatyńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (4 g.), kamioneckim (1 g.), myślenickim (4 g.), nadworniańskim (2 g.), przemyskim (2 g). przemyślańskim (1 g.), ropczyckim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g), śniatyńskim (3 g.), stryjskim (2 g.), trembowelskim (1 g), wadowickim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XIII (29—III—4—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 62, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 17 (10 zam.), z zapalenia płuc 8 (3 zam.), z błonicy 1, z krzuśca 1, z płonicy 1, z duru brzusznego 1.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Cunningham mian. prof. anatomii w Edymburgu. Dr. Bézy — prof. pedyatryi w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: prof. chirurgii Colzi we Florencyi. Dr. Wasiljew, kierownik lekarskiej kliniki — w Dorpacie. Dr. Borgono, prof. chirurgii — w Santjago. Dr. Bumm, prof. psychiatryi — w Monachium.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Saks: O śródmacicznem stosowaniu balonów gumowych w położnictwie. Dzierzgowski: Przyczynek do kwestyi powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem uodpornianiu ich (dok.). Krokiewicz. Przyczynek do nauki »o niedokrewności złośliwej, postępowej. samoistnej« (dok.).

— *Medycyna* Nr. 15. A. Zawadzki: Trzy przypadki wycięcia zwoju Gassera przy nerwobolu nerwu trójdzielnego. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (c. d.). Wroński: Kilka uwag w sprawie sanatoryów, z powodu artykułu Dr. Biernackiego.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem między padaczką a histeryą

Liečnički Viestnik Nr. 4. Čačković: O hernijama kod abnormalnoga položaja muda. Durst: Ruptura arteriae meningeae mediae dextrae: haematoma extradurale. Trepanatio. Sanatio.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15. Cisler: K pathologii laryngealních poruch u paralysis agitans. Samberger: Vzácny příznak otravy arsenové. Merhaut: O výživě nemluvňat' škrobovinami vůbec a moučkami dětskými zvlášť. Thomayer: Podlitiny krevní při záchvatu epileptickém. Chalupecký: Nekolik novějších prací o příčině a přenosnosti trachomu

— *La Presse medicale* Nr. 29. Lavarenne: Terapia fizyczna. Instytut francuski w Argelès. Zimmern: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego.

— Nr. 30 Morestin: Leczenie estetyczne przepuklin pachwinowych u kobiety. Bruandet: Nacieczenie nabłonkowe — doświadczalne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Pel: Osobliwy szmer naczyniowy w płucach. Pels — Leusden: Ezofagotomia, oraz przyczynek do leczenia ropówki około przełykowej. Landau: O obojnakach. Salzwedel: Zadania lekarzy w zreformowaniu opieki nad chorymi (c. d.). Sukiennikow: Anatomia topograficzna tchawiczych i oskrzelowych gruczołów chłonnych (c. d.). Pinkus: Zachowawcze, nieoperacyjne leczenie chorób kobiecych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Loewy i Müller: Przyczynek do poznania znieczulającej własności »yohimbiny«. Linser: Wiąd rdzenia w wieku młodzieńczym i jego stosunek do kiły dziedzicznej. Hasebroek: Objawy i leczenie kurczowego skrzywienia szyi. Kronenberg: Leczenie gruźlicy krtani. Juliusberg: Kilaki w miejscu wstrzykiwania przetworów rtęciowych. Polverini: Leczenie surowicze moru dymienicznego. Tillmann: Przypadek gorączki histerycznej. Lieblein: Niezwykła ruchawość pęcherzyka żółciowego, wypełnionego kamieniami. Machold: Osobliwy przypadek odry. Heilbronner: Usuwanie opieki nad paranoikami.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Stenitzer: Wczesne rozpoznawanie zapalenia opłucnej przeponowej. Schardinger: O dopuszczalnem utrzymywaniu w ciepłym stanie pokarmów zapomocą przyrządów utrzymujących ciepło, t. zw. termofów. Langer: Wsteczne uwięźnienie jelit. Roeder: Wprowadzenie plastycznych modeli, jako środka klinicznie nauczającego w wykładach o chorobach żołądka i jelit.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16. Valentini: Systematyczne przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego piramidonem. Grossman: Wpływ picia wód mineralnych na osmotyczne ciśnienie ludzkiej krwi. Kohnstamm: Droga odruchowa zaziębienia i w ogóle bodźców termicznych. Schmidt: Działanie śródżylnych wstrzykiwań kolargolu w schorzeniach posoczniczych (dok.). Eppinger. Toksyczna myoliza serca w błonicy (dok.).

Redakcya otrzymała. Piasecki: 1) Consideratium statistice siclinice asupra 1108 casuri de sifilis observate de la 1889—1900. 2) Colectiune supurata a ficatului, deschisa in bronse incisie transpleurala, vindecare. 3) Cate—va cuvinte asupra tratamentolui vulvovaginitelor infantile.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 29 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Bier mówić będzie: „O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych“. (Z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 751. **Konkurs.**

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłaźnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.

Rok XLII. Kraków 2 Maja 1903. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej szpitala wojskowego w Moskwie.

O podstawowych własnościach soku trzustkowego.

Podał

Dr. L. Popielski,

docent fizyologii.

I.

Sposób zakładania przetoki trzustkowej, pomyślany i zalecony przez Heidenhaina, stanowi ważny krok w fizyologii tego narządu. Uczeń Heidenhaina, prof. J. Pawłow, udoskonalił sposób swojego mistrza, wycinając tę część błony śluzowej dwunastnicy, w obrębie której wpada *ductus Wirsungianus* i przyszywając ją do rany skórnej brzucha. W ten sposób osiągnięto możność długiego, trwającego całymi miesiącami obserwowania i badania soku trzustkowego. Wychodząc z pomysłu Heidenhaina, rzuconego w jednej z jego prac [1]), „że metodyczne badanie wpływu różnych pokarmów na procesy wydzielnicze może rzucić nowe światło na naukę o trawieniu", prof. J. Pawłow rozpoczął cały szereg prac, w których przy spółudziale swoich uczniów badał własności soków trawieńcowych pod wpływem rozmaitych rodzajów pokarmów. To, co było już zrobione pod tym względem dla żołądka, postanowił prof. J. Pawłow wykonać dla trzustki, polecając swoim uczniom: Wasiljewowi, Jabłońskiemu, Walterowi, Lintwarewowi badać własności soku trzustkowego przy rozmaitych rodzajach pokarmów. Okazało się, że sok trzustkowy nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach; przeciwnie, w każdym oddzielnym przypadku, tak co do ilości jak i własności trawiących soku trzustkowego można się dopatrzeć odrębnych cech charakterystycznych. Opierając się na pracach wyżej przytoczonych uczniów, prof. J. Pawłow wygłosił słynną swoją teoryę, według której stwierdzona przez niego i jego uczniów różnorodność soków trzustkowych jest tylko poszczególnym wyrazem ogólnego prawa, polegającego na tem, że gruczoł trzustkowy [2]) w sposób celowy przystosowuje się do rodzaju pokarmów, t. j., że gruczoł wyrabia sok w takiej ilości i z takim fermentem, jaki właśnie jest potrzebny dla przetrawienia danego rodzaju pokarmu. Zamówienie (że się tak wyrazimy) na przygotowanie tego lub innego fermentu otrzymuje gruczoł za pośrednictwem składowych części pokarmów: tłuszczu, skrobi, białek, poruszających specyalne nerwowe mechanizmy, jakby klawisze, umieszczone w błonie śluzowej jelit cienkich. Każdy z obwodowych mechanizmów nerwowych przechodzi w stan czynny tylko pod wpływem jednego ściśle określonego bodźca: tłuszczu, skrobi, kwasu i t. d. Jeżeli pokarm składa się z tłuszczu, to w stan czynny wstępuje tylko odpowiedni rodzaj zakończeń nerwowych; w następstwie otrzymamy sok z własnością tylko fermentu tłuszczowego; jeżeli pokarm składa się ze skrobi, to otrzymujemy sok, zawierający ferment skrobiowy i t. d.; za każdym razem otrzymamy sok, odpowiedni do rodzaju pokarmu. Jeżeli pokarm będzie mięszany, to w takim razie wydzielać się będzie sok z własnością wszystkich 3 fermentów. Dla bodźców chemicznych również istnieje odpowiedni rodzaj zakończeń nerwowych, których podrażnienie wywołuje wydzielenie się soku o pewnych własnościach swoistych. Wyrażając się obrazowo, prof. Pawłow utrzymuje, że gruczoły posiadają swój specyalny rozum, zapomocą którego odgadują składowe części pokarmu, niejako jakby po przeprowadzeniu chemicznej jego analizy.

Wychodząc dalej z założenia, że niektóre tkanki naszego ustroju pod wpływem czynności lub nieczynności mogą w mniej lub więcej trwały sposób się przekształcać, zmieniać swój skład wewnętrzny, uczynił prof. Pawłow przypuszczenie że karmiąc psa jednostajnym pokarmem, można przekształcić, zmienić wewnętrzny skład [3]) trzustki w pewnym celowym kierunku tak, że gruczoł ten będzie wydzielać tylko ferment, niezbędny do trawienia pewnego pokarmu, a przestanie wytwarzać inne, niepotrzebne fermenty. Karmiąc psa naprzód mięsem, otrzymamy sok o własnościach fermentu białkowego; zaś ferment skrobiowy z soku zniknie. Przy karmieniu psa chlebem, otrzymamy sok z fermentem skrobiowym; białkowego zaś w takim soku nie znajdziemy wcale. Uniesiony swoją teoryą, niestrudzony ten badacz przystąpił do jej urzeczywistnienia i udowodnienia. Uczniowie jego Wasiljew, Jabłoński i w najnowszych czasach Lintwarew karmili psy jednostajnym pokarmem: (1) mięsem; 2) chlebem z mlekiem) i otrzymywali pozornie wyniki, przemawiające na korzyść teoryi Pawłowa. Sam pomysł wydawał się na tyle prawdziwym, że doświadczenia, które go nie potwierdzały, uważał za chybione; natomiast innych, które zgadzały się z głównem założeniem, nie poddawał ściślej analizie i krytyce naukowej. W swojej znakomitej, barwnie napisanej książce: „O pracy głównych gruczołów trawieńcowych" przytacza dla przekonania czytelnika o prawdziwości swojej teoryi tylko te doświadczenia swoich uczniów, które potwierdzają jego teoryę, omijając inne wręcz przeci-

[1]) Ueber die Absonderung der Fundusdrüsen des Magens »Pflüger's Archiv» XIX, 1879.

[2]) Prof. J. Pawłow uważał swoją teoryę za udowodnioną tylko dla trzustki.

[3]) Z dokładnej pracy Dra Zenona Orłowskiego: »O wpływie arszeniku na rozrost i skład chemiczny *aspergilli nigri*«, wynikł bardzo ważny dla biologii wniosek: «grzybki (*asp. nig.*) zachowują wytrwale swój skład chemiczny pomimo najrozmaitszych zmian chemicznych środowiska«.

wne i obalające ją. Z ogromną siłą przekonania i wiary w prawdziwość swojej teoryi głosił ją prof. Pawłow w pracach własnych i swoich uczniów, na wykładach i publicznych odczytach. Teorya ta w istocie zyskała ogromne rozpowszechnienie. Zdawało się, że nauka doszła do szczytowego punktu, skoro dla tak złożonych zjawisk, jak funkcye fizyologiczne naszego ustroju, odnaleziono ogólne prawo, według którego odbywa się czynność każdego narządu. Sam prof. Pawłow aż nadto odczuwał, że teorya jego nie może być uważana za dostatecznie dowiedzioną, gdyż w jednym miejscu swojej książki wyraża się w ten sposób: „przekonanie o celowości w czynnościach gruczołów obecnie się może opierać na ogólnych poglądach, a tylko po części na poszczególnych, mniej lub więcej jasnych i niezaprzeczalnych jej objawach“. Oddając sprawiedliwość jego eksperymentatorskim zdolnościom, podziwu godnej technice [4]) operacyjnej, nie mogłem zgodzić się z poglądami prof. Pawłowa ze względu na niedokładność jego teoryi, na co już oddawna wskazywałem. Zapatrywania swoje w tym kierunku wypowiedziałem jeszcze w r. 1896 w rozprawie [5]) na stopień doktora medycyny, w której poddałem krytycznej analizie podstawy teoryi trawienia prof. Pawłowa i wypowiedziałem twierdzenie, że „nauka o specyficznych bodźcach błony śluzowej przewodu pokarmowego wymaga dalszych i poważnych poszukiwań“. Zatrudniony innemi pracami, nie miałem możności przez dłuższy czas powrócić do wypowiedzianej przezemnie myśli i dopiero z powodu sporu swojego z prof. A. Herzenem (z Lozanny) o wpływie śledziony na wyrabianie fermentu białkowego trzustki, przedsięwziąłem cały szereg doświadczeń, które doprowadziły mnie do wniosku, że różnorodność soków trzustkowych, spostrzeganą przez prof. Pawłowa i jego uczniów, należy tłómaczyć daleko prościej. A mianowicie, w pracy swojej: „Przyczyny różnorodności soków trzustkowych odnośnie do fermentu białkowego“ („Russkij Wracz“, Nr. 17, 1902) wykazałem, że różnorodność ta zależy od siły [6]) i ilości bodźców działających na zakończenia nerwowe, znajdujące się w błonie śluzowej jelit cienkich. Od ilości bodźców zależy ilość soku; siła zaś podniety bodźca określa koncentracyę fermentu. Im silniejszy jest bodziec, działający na zakończenie nerwowe, tem sok mniej zawiera w sobie fermentu czynnego („cynetycznego“) w formie trypsyny, a to dużo posiada fermentu „potencyalnego“ (według mojej terminologii) w formie protrypsyny. Przy słabym bodźcu otrzymujemy sok z dużą ilością trypsyny i małą ilością protypsyny. Zastanawiając się następnie nad pytaniem, w jakiem miejscu zachodzi przemiana protypsyny w trypsynę, wskazałem, że proces ten nie może zachodzić podczas przechodzenia przez przewód [7]), albowiem ekstrakty trzustki, zawierające także i przewody, posiadają trawiące własności w bardzo słabym stopniu. Wreszcie uwagę moją zajęło przypuszczenie, czy na własność soku trzustkowego nie wpływa sok kiszkowy, wydzielony przez ten niewielki skrawek błony śluzowej dwunastnicy, który przyszywamy do rany skórnej brzucha, a z którym przy wydzielaniu styka się sok trzustkowy. Dla zmniejszenia tego wpływu wycinałem o ile możności niewielki kawałeczek błony śluzowej dwunastnicy, modyfikując [8]) odpowiednio sposób zakładania przetoki trzustkowej Heidenhaina-Pawłowa. Aby uniknąć zetknięcia wydzielającego się soku trzustkowego z wspomnianym skrawkiem błony śluzowej, wkładałem do przetoki kaniulę, przez którą sok zbierałem. Ponieważ w pierwszych swoich doświadczeniach [9]) używałem do mierzenia siły trawiennej soku fibryny, która według doświadczeń Delezennea [10]) zawiera ciało, zamieniające protrypsynę w trypsynę, dlatego nie stwierdziłem żadnej różnicy pomiędzy sokiem, zbieranym zapomocą kaniuli i bezpośrednio do podstawionej pod przetokę szklaneczki bez kaniuli. Wobec tego wypowiedziałem zdanie, że przemiana protrypsyny w trypsynę zachodzi w samych komórkach gruczołu trzustkowego, w chwili wydzielania się soku. Kwestya jednak była bardzo ważną i ciekawą, dlatego postanowiłem powtórzyć swoje doświadczenie, używając białka kurzego, gotowanego w przeciągu 15′—20′, albo też białka surowiczego, używanego na środowisko dla bakteryi. Sprawa nabierała wagi i dla tego jeszcze, że Delezenne i Frouin [11]) już po ogłoszeniu moich poprzednich doświadczeń przyszli do wniosku, że sok, zbierany zapomocą kateteryzacyi *ductus Wirsungianus*, nie posiada zupełnie zdolności trawienia białka.

II.

Obecne swoje doświadczenia wykonałem na psach, którym zakładałem przetokę trzustkową według metody Heidenhaina-Pawłowa z pewnemi modyfikacyami, wprowadzonemi przezemnie. Do doświadczeń przystępowałem wtenczas, kiedy rana skórna zupełnie się zagoiła.

Przedtem, zanim przystąpiłem do włożenia kaniuli do przetoki, dokładnie obmywałem gorącą wodą błonę śluzową wyciętego skrawka dwunastnicy. Aby mieć możność porównywania w pierwszej lub drugiej połowie każdego doświadczenia zbierałem sok trzustkowy bezpośrednio do szklaneczki, bez kaniuli. Kaniule i szklaneczki do zbierania soku wyjaławiałem. Zebrany sok nalewałem do probówek wyjałowionych, do których wrzucałem białko kurze w postaci płaskich kwadracików wagi około 0,2, a czyniłem to nie ręką, lecz końcem lancetu, rozpalonym do czerwoności. Dla uniknięcia gnicia dodawałem do każdej probówki po 2 krople toluolu.

Pozwolę sobie obecnie przytoczyć w krótkości niektóre z tych doświadczeń.

Doświadczenie I. Psu dano do spożycia 400,0 mleka. Sok zbierany był najpierw zapomocą kaniuli, włożonej do przetoki. Dla krótkości sok, otrzymany tą drogą, nazywać będę «sok z kaniuli». W drugiej połowie doświadczenia zbierałem sok bezpośrednio do podwiązanej pod przetoką szklaneczki. Dla skrócenia ten rodzaj soku nazywać będę

[4]) Którą miałem możność dokładnie poznać, jako pozostawiony przy Akademii lekarskiej dla dalszego kształcenia się w fizyologii.

[5]) O nerwach hamujących trzustki. Dysert. 1896 r. Ptrsbrg.

[6]) To samo zdanie wypowiedział niezależnie ode mnie kolega mój, doc. fizyologii w Akad. lek. Dr. P. Borysow (obecnie prof. farmakologii w Odessie) na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarzy rosyjskich w Petersburgu podczas rozpraw nad odczytem Dra Lintwarowa («Wraczebnaja gazeta», 1901, Nr. 43, str. 837).

[7]) W sumiennej pracy Dra S. Maziarskiego: »O budowie i podziale gruczołów» (Kraków, 1900) spotykamy pogląd, że w wązkich przewodach trzustki mogą się odbywać w wydzielinie także zmiany, które prowadzą do wytworzenia jej swoistych własności.

[8]) Modyfikacyę tę opisałem w pracy swojej: »Odruchowa czynność komórek nerwowych znajdujących się w trzustce». (»Ruskij Archiw patołogii i kliniczeskoj mediciny» 1901 r.).

[9]) »Przyczyny różnorodności soków trzustkowych». — (»Ruskij Wracz», Nr. 7, 1902).

[10]) Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris 1902.

[11]) Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1902.

»sok bez kaniuli». W soku »bez kaniuli» białko poczęło się zmniejszać, ostre jego krawędzie zaokrągliły się po 24 godzinach, a po upływie 40 godzin kawałeczek białka strawił się zupełnie. W soku »z kaniuli» dopiero po 72 godzinach można było zauważyć, że w niektórych cieńszych miejscach białko staje się nieco przeźroczystem; ostre zaś jego krawędzie zostały bez zmiany; sok zachował zupełną przeźroczystość. Po upływie 112 godzin białko stało się przeźroczystem; kształt jego z ostrymi krawędziami pozostał w całości; kawałeczek białka nieco napęczniał. Przy silnem zakłóceniu probówki kawałeczek ten rozpłynął się, pozostawiając cienką przeźroczystą błonkę.

Doświadczenie II. Pies odwracał się od jadła i przed doświadczeniem nic jeść nie chciał. Ostatni raz jadł w przeddzień doświadczenia o godz. 7 wieczorem. t. j. na 16 godzin przed doświadczeniem.

Sok najpierw zbierałem »bez kaniuli«.

W soku »bez kaniuli» białko było przetrawione po upływie 6 godzin. Sok »z kaniuli» po upływie 25 godzin, po silnem zakłóceniu probówki rozpadł się na mniejsze kawałeczki, które jeszcze po upływie 48 godzin zachowały swoje białawe wejrzenie; dalsza obserwacya została przerwana.

Doświadczenie III. Psu dano do spożycia 200,0 gotowanego mięsa. Sok zbierany był najpierw »bez kaniuli» i w soku tym białko kurze zostało przetrawione po upływie 14 godzin, a białko surowicze po upływie 15 godzin. W soku »z kaniuli»: 1) w porcyi, zebranej w pierwszych 5 minutach po wstawieniu kaniuli, białko pozostawało bez miany, nawet po upływie 90 godzin; 2) w porcyi zebranej w następnych 35 minutach kawałeczek białka zachował swój kształt z ostremi krawędziami po upływie 110 godzin; 3) w porcyi, zebranej po godzinie następnej, kształt białka pozostał bez zmiany po upływie 109 godzin. Białko surowicze pozostawało bez najmniejszych zmian w ciągu 30 godzin i rozpłynęło się nagle po zakłóceniu probówki po upływie 41 godzin.

Doświadczenie IV. Pies spożył 100,0 razowego chleba. Sok zbierałem najpierw bez kaniuli; w soku tym białko zupełnie rozpuściło się po 9 godzinach. W soku »z kaniuli« białko stało się nieco przeźroczystem, ale zachowało zupełnie swój kształt po upływie 48 godzin; dalsza obserwacya została przerwana.

Doświadczenie V. W celu przekonania się, czy przechowywanie soku trzustkowego w otwartem powietrzu nie wpływa na przemianę protrypsyny w trypsynę, zostawiłem zebrany przy pomocy kaniuli sok z doświadczenia II z domieszką toluolu w powietrzu w przeciągu 4 dni, a sok z doświadczenia IV bez toluolu w przeciągu 2 dni. Dla porównania wziąłem »sok bez kaniuli» z doświadczenia II i przechowywałem go w powietrzu z domieszką toluolu również w przeciągu 4 dni. W soku »bez kaniuli» kawałeczek białka przetrawił się zupełnie w przeciągu 5 godzin. W soku »z kaniuli«: 1) z doświadczenia II po upływie 26 godzin kawałeczek białka przy mocnem zakłóceniu probówki rozpadł się na 3 kawałeczki, które jednak były zupełnie niezmienione; po 7 dobach kształt kawałeczków pozostał bez zmiany, a białko zachowało swoje wejrzenie białawe; sok pozostał zupełnie przeźroczystym bez śladów zmącenia; 2) z doświadczenia IV, po upływie 30 godzin białko stało się przeźroczystem, przeświecającem; po upływie 40 godzin z kawałeczka białka nic nie pozostało.

Z doświadczenia V wynika, że przechowywanie soku trzustkowego w powietrzu bynajmniej nie wpływa na zwiększenie trawiących jego własności, jeżeli tylko zabezpieczy się go w należyty sposób od gnicia.

Przy zbieraniu soku bez kaniuli, bezpośrednio do przymocowanej pod przetokę szklaneczki, sok przychodzi w zetknięcie nietylko z małym skrawkiem błony śluzowej, ale z otaczającą ją skórą, która wskutek stykania się z wydzielającym się sokiem staje się mocno zaczerwienioną. Można więc było przypuścić, że sok zbierany bez kaniuli posiada dlatego wybitne zdolności trawiące, że stykanie się z zaczerwienioną skórą brzucha powoduje przemianę protrypsyny w trypsynę. Dla rozstrzygnięcia tego pytania w doświadczeniu IV. podwiązałem pod przetokę mały lejek odpowiedniej średnicy tak, że sok mógł stykać się tylko z błoną śluzową, otaczającą przetokę. Jak widać z doświadczenia IV. „sok bez kaniuli" przetrawił białko w przeciągu 9 godzin, t. j. protrypsyna przemienia się w trypsynę pod wpływem stykania się z błoną śluzową, wyciętą przy zakładaniu przetoki.

Pozwolę sobie przytoczyć jedno spostrzeżenie, które dla praktyki lekarskiej nie może pozostać bez znaczenia, a które nowe rzuca światło na szkodliwy wpływ alkoholu na ustrój. Zanim zacząłem zbierać sok bez kaniuli, obmyłem błonę śluzową 90% alkoholem, którego niedostrzegalne ślady oczywiście musiały pozostać na miejscach opłókiwanych. Sok następnie zebrany bez użycia kaniuli zupełnie nie trawił białka.

Zatem widzimy, że ten rzekomo dobroczynny wpływ kieliszka wódki, wywolujący obfitą wydzielinę soku żołądkowego, a więc i trzustkowego, okazuje się dla trawienia tylko szkodliwym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że przy nadużyciach wyskoku w soku żołądkowym i w innych sokach trawiennych można odnaleźć wyraźne ślady alkoholu po upływie 48 godzin (z doświadczeń na psach), to ztąd niewątpliwie wynika, że przy ciągłem używaniu wyskoku mocno zostaje zachwiane prawidłowe trawienie, a więc i odżywienie.

Sok trzustkowy, zebrany zapomocą kaniuli, odznacza się przeźroczystością i zupełną bezbarwnością; zapach i zmętnienie nie występują przy staniu w powietrzu nawet w przeciągu 4 dni. Zmiany białka, zachodzące w takim soku, zasługują na uwagę. Białko nie trawi się; obrysy jego zaznaczają się wyraźnie, bez najmniejszych śladów przytępienia ostrych krawędzi. Jedyna zmiana, jakiej z czasem białko ulega, polega na tem, że białko staje się przeźroczyste tak, że z trudnością można je dostrzedz; łatwo dają się dopatrzeć tylko ostre brzegi jego obrysów; wreszcie białko nieco pęcznieje. Oczywiście białko chłonie sok, który wpaja się pomiędzy jego cząsteczki, wskutek czego zwiększa się objętość białka; jednocześnie sok tworzy z białkiem połączenie chemiczne, albowiem przy zakłóceniu białko rozpuszcza się w soku, pozostawiając przeźroczystą, cienką błonkę, jakby powłokę białkową. Na czem polega ten proces, trudno jest dziś dokładnie oznaczyć; najprawdopodobniej z sokiem tworzy się rozpuszczalny związek białka. Niewątpliwie rozpuszczanie się białka w soku, zebranym „z kaniuli", zależy od jego ciał białkowatych, albowiem 0,5% sody, jakoteż sok, po strąceniu białka przez gotowanie, nie wywołują opisanych zmian w białku nawet po upływie 10 dni.

Przytoczone doświadczenia prowadzą do następujących wniosków: 1) sok trzustkowy nie posiada zdolności trawienia białka przy wszelkich rodzajach pokarmów; zdolność ta znajduje się w nim w stanie potencyalnym, w postaci protrypsyny, która pod wpływem soku kiszkowego przechodzi w trypsynę; 2) spostrzegana różnorodność soków trzustkowych, zbieranych bezpośrednio z przetoki przewlekłej do szklaneczki, bez kaniuli (jak to robili prof. J. Pawłow i jego uczniowie), zależy od dłuższego lub krótszego stykania się soku trzustkowego z błoną śluzową dwunastnicy, przyszytą do rany skórnej. Długotrwałość stykania się zależy od szybkości wydzielania się soku; szybkość zaś — od siły podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych, znajdujących się w błonie śluzowej jelit cienkich; 3) celowe przystosowanie gruczołu trzustkowego do rodzaju pokarmów nie istnieje, a wobec tego teorya trawienia prof. Pawłowa jest błędną.

Tutaj pozwolę sobie wskazać na to, że wynik obecnych

moich doświadczeń znajduje się w zupełnej zgodności z następującym wnioskiem, wypowiedzianym przezemnie na zasadzie krytycznego [12]) rozbioru prac Wasiljewa, Jabłońskiego, Waltera, Lintwarewa i innych, a mianowicie: „teorya trawienia prof. J. Pawłowa powinna być uznaną za błędną, ponieważ jedne z faktów, na których się opiera, nie mają naukowego znaczenia (doświadczenie Wasiljewa, Lintwarewa); inne zaś przeczą teoryi (doświadczenie Waltera i Jabłońskiego); 4) teoryę Sziffa-Herzena o wpływie śledziony na wyrabianie fermentu białkowego trzustki również należy uważać za błędną [13]); wynik [14]) ten znajduje się w zupełnej zgodności z wnioskiem wypowiedzianym przezemnie na zasadzie innych poszukiwań, ogłoszonych jeszcze w r. 1897: „Śledziona i fermenty trzustki". (Wracz", 1897 r.).

Przytoczone przezemnie doświadczenie o własnościach soku trzustkowego, potwierdzając słuszność wniosków Delezennea i Frouina, mają wielkie znaczenie nietylko teoretyczne, ale i doniosłe praktyczne. Dość wskazać na to, że w przypadkach ostrego zapalenia błony śluzowej jelit cienkich, w którem utrudnione jest wyrabianie enterokinazy (fermentu, zamieniającego protrypsynę w trypsynę), przyjmowanie pokarmów jest nietylko bezużyteczne, ale bezwarunkowo szkodliwe. Zupełne powstrzymywanie się od pokarmów jednocześnie z zastosowaniem łagodzących i kojących lekarstw — powinno być podstawą racyonalnego leczenia. Kiedy proces zapalny się zmniejszy i chory jest na drodze do wyzdrowienia, zalecenie odpowiedniej dyety nabiera ogromnego znaczenia. Wybierać należy pokarmy, które nie wywołują obfitego wydzielania [15]) się soku trzustkowego i mogą zawierać ciała, zamieniające protrypsynę w trypsynę. Przypuścić należy, że ciała podobne zawierają się w pokarmach roślinnych, gdyż, jak wykazał Delezenne, z niektórych grzybów można otrzymać ciała podobne do enterokinazy. Wreszcie, według doświadczeń Pożerskiego [16]), niektóre albumozy, jak n. p. wchodzące w skład peptonu, powodują przejście fermentu skrobiowego trzustki ze stanu nieczynnego w stan czynny. Odpowiednio do tego teoretycznego wniosku już oddawna postępuje praktyka lekarska.

Praca moja jest właściwie dopełnieniem poszukiwań Delezennea, Frouina i Pożerskiego, którzy biorąc za punkt wyjścia niektóre fakty, wykryte przez prof. Pawłowa i jego uczniów, wzbogacili w wysokim stopniu fizyologię ważnymi i cennymi nabytkami wiedzy.

Na zakończenie pozwolę sobie wyrazić serdeczne podziękowanie mojemu pomocnikowi, Drowi A. Złobinowi, za pomoc w przeprowadzeniu moich doświadczeń.

[12]) »Celowość w czynności gruczołów trawieńcowych«. (Wracz«, 1901; »Russkij Wracz«, 1902, Nr. 35; »Deutsche medicinische Wochenschrift« Nr. 49, 1902).

[13]) Patrz także: »Śledziona i ferment białkowy trzustki». («Wracz« Nr. 5, 1901).

[14]) Stwierdzony także doświadczeniami Frouina. (Comptes rendus de la Societé de Biologie 1901—1902).

[15]) W pracy swojej: »Przyczyny różnorodności soków trzustkowych« wykazałem, że ilość wydzielającego się soku trzustkowego zależy od ilości bodźców, powstających w żołądku i przechodzących do kiszek. Ilość zaś bodźców, albo lepiej ciał drażniących, zależy od ilości soku żołądkowego, wydzielającego się podczas samego aktu jedzenia. Sok taki prof. Pawłow nazwał sokiem »psychicznym«. Nazwa ta jest stanowczo niedokładna i nieścisła, albowiem sok taki wydziela się i u chorych z porażeniem postępującem, przy zupełnym zaniku życia psychicznego, jak to wykazał Dr. Juszczenko w pracy: »Sok żołądkowy u psychicznie chorych«. (»Russkij Wracz«, 1902). Sok żołądkowy, wydzielający się podczas aktu jedzenia, należy uważać jako odruch, wywołany przez wrażenie, otrzymywane zapomocą narządów czucia. (Pogląd ten podzielają prof. Bechterew i prof. Wwiedeńskij). (»Sprawozdanie z posiedzenia Tow. psychjatrycznego w Petersburgu«). Najodpowiedniejszą nazwą dla takiego soku będzie nazwa: »Sok żołądkowy pierwotny« w przeciwieństwie do soku żołądkowego wtórnego, wydzielającego się, jako odruch z błony śluzowej żołądka i jelit cienkich.

Wrażenia dotykowe zdają się mieć największe znaczenie przy wydzielaniu się soku żołądkowego pierwotnego, jak to widać z następującego zestawienia faktów: 1) spożywanie pokarmów płynnych, np. mleka, nie wywołuje zupełnie wydzielania soku żołądkowego pierwotnego; obfite wydzielanie soku żołądkowego wywołuje spożywanie pokarmów mniejwięcej twardych, wywierających określone wrażenia dotykowe na błonę śluzową jamy ustnej, jak: mięso, chleb, jaja i t. d. 3) wrażenia smakowe nie odgrywają ważnej roli, albowiem spożywanie bulionu, zawierającego przeważnie ciała smakowe, nie wywołuje najmniejszej wydzieliny soku żołądkowego; następnie mięso dobrze wygotowane, pozbawione wszelkich smakowych przypraw, powoduje bardzo obfite wydzielanie soku żołądkowego pierwotnego. Znaczenie wrażeń dotykowych ze strony błony śluzowej jamy ustnej występuje jaskrawo u ptaków, które żywią się strawą twardą, głównie ziarnem; twarde ziarna naturalnie nie mogą działać na narząd smaku, gdyż ten podnieca się do czynności tylko ciałami płynnemi; również nie może być mowy o działaniu na narządy powonienia, gdyż ziarna nie mają żadnej woni. Wrażenia wzrokowe wogóle mają znaczenie, ale są niepewne, gdyż ptak zjadłszy jakiekolwiek ciało, wyrzuca je, jeżeli okaże się plewą, albo skorupką.

Wreszcie ptaki, pozbawione wzroku, nigdy się nie mylą przy wybieraniu ziarna. I rzeczywiście, w dzióbie ptaków spotykamy w dużej ilości specyalne narządy dotykowe. (Szymonowicz).

[16]) W pięknej pracy naszego rodaka Dra Pożerskiego: »De l'action favorisante du suc intestinal sur le pouvoir amylolytique«. Paris 1902, znajdujemy dużo bardzo ważnych faktów, dotyczących soku kiszkowego.

II. Z c. k. kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera.

O rozległej resekcyi klatki piersiowej z powodu złośliwych nowotworów.

Podał

Dr. Franciszek Slęk,

asystent kliniki.

Niewielka liczba prac, ogłoszonych w piśmiennictwie z zakresu złośliwych nowotworów klatki piersiowej, niemniej techniczne trudności w opanowaniu odmy piersiowej przy rozległej resekcyi opłucnej, zachęcają mnie do uczynienia na podstawie przypadków operowanych kilku uwag, a to w celu wyjaśnienia postępowania przy tak ciężkiej i życiu zagrażającej operacyi. Jak chirurgia jamy brzusznej jest bardzo dokładnie opracowana i nie ma prawie tomu, zeszytu pisma chirurgicznego, by nie było pracy, a nawet kilku prac, z zakresu chirurgii jamy brzusznej, tak z drugiej strony bardzo nieliczne są publikacye operacyj na tak ważnej części ciała, jak klatka piersiowa. Przyczyną tego jest stosunkowo nieliczna liczba przypadków, wymagających tego zabiegu, a może i obawa przed tak ciężkim zabiegiem z powodu powikłań ze strony płuc i serca po szerokiem otwarciu opłucnej, obok niepewnego wyniku ostatecznego co do nawrotu.

Korzystając z odstąpienia mi materyału klinicznego

przez mego szefa Radcę Dworu Prof. Rydygiera, pozwolę sobie podać historye chorych, operowanych w naszej klinice.

I. *Jakób R.*, lat 25 liczący, żonaty, z zawodu kelner, zgłosił się dnia 15 listopada 1897 r. do kliniki. Z wywiadów można było stwierdzić, iż pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec i matka żyją; sam dotychczas żadnych chorób nie przechodził. Przed 14 miesiącami pojawiło się kłócie w boku prawym, do którego znaczenia większego nie przykładał. W kilka tygodni potem wystąpił guz po stronie prawej klatki piersiowej, w miejscu, gdzie wystąpiło kłócie. Guz ten powoli rósł, wywołując przytem bóle i kłócie, występujące napadowo.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, słabo zbudowany i odżywiony. W szczytach płuc zmian wykazać nie można; granice dolne i górne ruchome. Tony serca czyste. Na klatce piersiowej, po stronie prawej z tyłu, znajduje się guz jajowaty wielkości pięści dorosłego człowieka, pokryty skórą niezmienioną. Guz ten sięga od dolnego brzegu łopatki do górnego brzegu 10 żebra na palec od kręgosłupa, a w poprzek do linii pachowej tylnej; zbitość jego twarda, powierzchnia nierówna; guz składa się z dwóch połów, przedzielonych bruzdą; w całości nieruchomy, przechodzi na żebra bez ścisłej granicy, przy dotyku niebolesny. Wypuk nad guzem stłumiony. W jamie brzusznej zmian niema. Gruczoły pachowe, szyjne — nie macalne.

Rozpoznanie: *Sarcoma costarum myelogenes.* Operacya 16/XI 1897. *Resectio costarum, VI, VII, VIII, IX. Resectio pleurae. Exitus letalis* w 2 godziny po operacyi.

W uśpieniu morfinowo-chloroformowem poprowadzono cięcie podłużne tuż przy kręgosłupie i podokostnowo zresekowano 4 żebra. Po odpreparowaniu skóry wyłuszczono cały guz, wycinając żebra w linii pachowej środkowej. Guz był wielkości 2 pięści, drążył w głąb jamy opłucnowej, uciskając płuco prawe. Z powodu zrostów guza z opłucną ścienną, musiano otworzyć opłucnę na przestrzeni dłoni. Ranę skórną szczelnie zaszyto.

Podczas samej operacyi chory był nadzwyczaj blady; po otwarciu opłucnej mimo natychmiastowego tamponowania rany gazą tętno stało się nikłe tak, iż musiano z nadzwyczajnym pospiechem kończyć zaczętą operacyę. Wśród samej operacyi chory dostał podskórnie kilka strzykawek eteru i kamfory. Po operacyi stan się utrzymywał ten sam przez dwie godziny mimo wlewań płynu fizyologicznego, wstrzykiwań eteru, kamfory, lewatyw z koniakiem. W dwie godziny po operacyi chory zmarł śród objawów porażenia serca. Krwotoku znacznego podczas zabiegu nie było.

Sekcya wykazała, że przyczyną śmierci była fragmentacya mięśnia sercowego.

II. *Salcia St.*, licząca l. 16, stanu wolnego, zgłosiła się do kliniki dnia 8 listopada 1902 r. Pochodzi z rodziny zdrowej. W 13 roku przechodziła ospę. Miesiączki dotychczas nie ma. W 14 roku życia zauważyła na łuku żebrowym prawym nie daleko mostka guzek wielkości orzecha włoskiego, twardy, niebolesny. Guz ten nie sprawiał jej żadnych dolegliwości, powoli jednak powiększał się.

Status praesens.

Chora wzrostu średniego, o nikłej budowie. W płucach zmian niema. Tony serca czyste, przestwory żebrowe po stronie lewej, mianowicie 3, 4 i 5, zapadają się przy ruchach serca. Kręgosłup w części piersiowej wypuklony ku tyłowi i na lewo, boczno-tylne skrzywienie kręgosłupa na lewo, w części zaś lędźwiowej prawostronne III-go stopnia. Na klatce piersiowej, po stronie prawej z boku, znajduje się guz wielkości trzech pięści. Skóra nad nim nie zmieniona, ciepłota miejscowa nie podwyższona. Guz ten sięga w górze do górnego brzegu 5-tego żebra, w linii pachowej przedniej ku dołowi do żebra 9-tego i chrząstki 10-tego. Granicą ku przodowi jest linia przymostkowa prawa, ku tyłowi linia pachowa tylna.

Guz zbitości twardej, o powierzchni nierównej, przy dotyku bolesny, w całości nieruchomy.

Rozpoznanie: *Chondro-sarcoma costarum.*

Operacya w znieczuleniu morfinowo-chloroformowem dnia 17 listopada, 1902 r. *Resectio quatuor costarum, resectio pleurae et diaphragmae, pleuropneumonia — wyzdrowienie.*

W linii pachowej tylnej poprowadzono prostopadle cięcie i przepiłowano żebra: 6, 7, 8 i 9. Następnie dwoma cięciami łukowatemi od obu końców cięcia poprzedniego, a schodzącymi się na przedniej stronie mostka, okrojono guz.

Żebra razem z guzem przy mostku wycięto. Przy oddzieleniu guza okazała się potrzeba otworzenia opłucnej, jakoteż przepony, a to z powodu silnych zrostów, jak również by módz guz usunąć w częściach zdrowych. Opłucnę otworzono na przestrzeni dłoni, przeponę wraz z otrzewną na przestrzeni korony. Przeponę przyszyto napowrót szwem katgutowym do ścian klatki piersiowej. Następnie zeszyto brzegi skóry, ściągnąwszy je kilkoma szwami jedwabnymi i katgutowymi. Krwawienie przy operacyi było znaczne. Z powodu złego oddechania chorej wśród operacyi musiano chloroform usunąć.

Wieczorem ciepłota 36·8 C.°, tętno 140 bardzo słabo napięte. Zapad znaczny. Oddechów 32 na minutę. Do wdychiwania zastosowano tlen (4 balony).

18/XI. Tlen do wdychiwania. Zapad znaczny. Tętno 140, ciepłota poranna 36·8, wieczorna 37·6, oddechów 36.

19/XI. Chora uskarża się na kłócie w boku prawym. Tętno słabe 150. Ciepłota wieczorna 38·8 C. Tlen.

20/XI. Ciepłota poranna 38·0, wieczorna 38·5 C. Tętno słabe, 120. Po lewatywie — stolec, oddechów 32. Tlen. *Pleuro-pneumonia dextra, pneumonia sin.* Okłady i leki wykrztuśne.

21/XI. Stan ten sam. Nakłócie wykłazało płyn surowiczy po stronie prawej. Stale tlen do wdychiwania, który sprawia chorej znakomitą ulgę.

22/XI. Stan ten sam. Zmiana opatrunku. Ranę skórną między szwem otwarto i wypuszczono z 500 grm. płynu surowiczego.

23/XI—27/XI. Stan ten sam stale się utrzymuje.

30/XI. Tuż pod sutkiem z otworu, który zrobiono między szwami, wylewa się spora ilość płynu surowiczego.

6/XII. Stan chorej poprawia się powoli. Rana zagojona przez rychłozrost. Przetoczka tylko się utrzymuje, przez którą wycieka płyn surowiczy. *Pneumothorax* stale się utrzymuje.

15/XII. Stan chorej dobry. Przetokę przyżega się kamieniem piekielnym co kilka dni. Płynu surowiczego niema. Otwór nieznaczny, przez który wciska się powietrze do jamy opłucnowej.

17/I. Wypisana z kliniki uleczona.

Oprócz tych dwóch opisanych przypadków profesor Rydygier operował jeszcze dwa w Krakowie. (Gabryszewski: „Przegląd lekarski“, Nr. 1, r. 1894).

III. W pierwszym z tych przypadków chodziło o nowotwór: *osteo-chondro-sarcoma thoracis* III, IV i V żebra, gdzie wycięto wymienione żebra na długości około 12 cmt. razem, wycinając zarazem na całej tej przestrzeni opłucnę ścienną. Po otworzeniu jamy opłucnowej wystąpiła gwałtowna duszność, upadek tętna i sinica. Stan chorego był chwilowo groźny, lecz po usunięciu chloroformu zaczął się poprawiać. Ranę w całości zaszyto. Przebieg pooperacyjny był bez żadnych zboczeń.

IV. Drugi przypadek dotyczył chorej, cierpiącej na *sarcoma thoracis.* Prof. Rydygier wyciął dwa żebra z częścią opłucnej, a prócz tego jeszcze kawałek ściany brzusznej i przepony. Obie otwarte jamy zamknięto przy operacyi, a płuco w kilka dni potem powróciło do prawidłowych rozmiarów. Chora ta również wyzdrowiała.

W powyżej opisanych przypadkach mieliśmy więc do czynienia z nowotworami złośliwymi klatki piersiowej po stronie prawej. Tak w jednym, jak i w drugim opłucna była otwarta na przestrzeni dłoni. Natychmiast po otwarciu

staraliśmy się powstały otwór mocno tamponować gazą suchą i to gazą wyjałowioną w warstwach bardzo grubych. Jednak mimo ostrożnego otwierania opłucnej natychmiast u obydwóch chorych wystąpił zapad, duszność, tętno bardzo słabe, sinica.

W I przypadku odma piersiowa *(pneumothorax)* przybrała groźne rozmiary; mimo wstrzykiwań eteru, kamfory, kofeiny, nie byliśmy w możności poprawić tętna tak, iż chory ten zmarł wśród objawów zapadu w 2 godziny po operacyi.

W II przypadku zapad wystąpił również natychmiast po otwarciu opłucnej. Chora również dostała natychmiast podskórnie eter z kamforą. Chloroform usunięto tak, iż operacyę kończono bez znieczulenia, dopiero gdy po kilku wstrzyknięciach stan się poprawiał, duszność ustąpiła, tętno się poprawiło, zaczęto nanowo bardzo ostrożnie znieczulać podczas szycia skóry, gdyż chora bardzo oddziaływała na ból. Odma piersiowa i w tym przypadku źle zadziałała na ogólny stan chorej, jednak zdołaliśmy ją utrzymać przy życiu. Stosowanie tlenu przez szereg dni u chorej z powikłanie tak niemiłem, jak zapalenie opłucnej i płuc, nawet po drugiej stronie, oddały nam znakomitą usługę. Jednak potem zamiast odmy piersiowej dostaliśmy wypocinę opłucnową surowiczą. Mimo tego po kilkunastu dniach stan chorej zaczął się powoli poprawiać tak, iż w 2 miesiące po operacyi opuściła klinikę. Również bardzo niemiłem powikłaniem, jakie zaszło podczas operacyi, było przymusowe otwarcie jamy otrzewnowej z powodu zrostu nowotworu z przeponą.

Ranę powstałą zaszyto, rana zagoiła się bardzo rychło, gdyż objawów podrażnienia otrzewnej wcale nie mieliśmy sposobności obserwować. W obu przypadkach wycięto 4 żebra, a otwór powstały był wielkości dłoni.

Rozpoznanie w obu przypadkach było jasne, jednak mimo starań nie mogliśmy ze ścisłą dokładnością przy badaniu oznaczyć, czy są zrosty z płucem, czy też ich niema.

Jeżeli się rozpatrzymy w piśmiennictwie, to przekonamy się, jak już wspomniałem, że liczba przypadków operowanych jest bardzo nieznaczną, szczególnie z otwarciem jamy opłucnowej, osierdziowej lub jamy brzusznej, gdyż liczba ta zaledwie dochodzi do 78. Amburger zdołał zebrać do roku 1901 przypadków 68, a do tej liczby muszę dodać przypadki: 2 Dollingera, 1 Delagenièrea, 3 Trzebickyego i 4 Rydygiera. Uwzględniając wszystkie przypadki wraz z naszymi (78), stwierdzamy, że śmierć nastąpiła natychmiast po operacyi 19 razy; z powodu nawrotu 20 razy, a 27 operowanych pozostało przy życiu.

U 19 operowanych chorych śmierć nastąpiła 6 razy z powodu zapalenia płuc lub opłucnej, 9 razy z powodu zapadu, w pozostałych zaś przypadkach nie można dokładnie określić przyczyny śmierci.

W przypadku Langenbecka śmierć miała nastąpić z powodu przewlekłego zatrucia karbolem przy przepłókiwaniu codziennem rany. W kilku tylko sprawozdaniach jest mowa o powikłaniach ze strony płuc i opłucnej, a chorzy po operacyi wrócili do zdrowia.

Najżywotniejszą sprawą, obchodzącą chirurga, jest opanowanie zranienia i otwarcia opłucnej, wskutek którego powstaje odma piersiowa. W ostatnich czasach zajmowali się tą sprawą Gerulanos *(Eine Studie über den operativen Pneumothorax im Anschluss an einen Fall von Lungenresection wegen Brustwandsarcoma D. Z. f. Ch. B. 49. H. 4. 5.)* i Gross *(Erfahrungen über Pleura u. Lungenchirurgie. Bruns. Beitr. 24 Band. 1, 2 Heft).*

Wiemy dobrze, jakie zmiany powstają w ustroju po otwarciu choćby najmniejszem jamy opłucnowej i jak ustrój udzki na nie oddziaływa. Otwieramy przecież opłucnę bardzo często w sprawach chorobowych opłucnej, jak np. w otoku opłucnowym, a nie spostrzegamy takich zmian po otwarciu nawet szerokim. Mamy tu do czynienia z silnymi zrostami, z jamą otorbioną, wypełnioną ropą, a same płuco skurczone, uciśnięte przez ropę. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy płuco jest zupełnie wolne. Tutaj powietrze, dostawszy się do jamy opłucnowej z powodu ciśnienia ujemnego, panującego w klatce piersiowej, wpada szybko, wywołując natychmiastowe zapadnięcie się. Jakiż skutek pociąga za sobą ten stan rzeczy? powstaje duszność, sinica i zapad. Przez tę nagłą zmianę jest upośledzone w swej pracy nie tylko zapadnięte płuco, ale także i płuco po stronie zdrowej, nie otwartej, płuco, które ma nagle zastąpić swą czynnością płuco drugostronne. Przez przesunięcie i napięcie śródpiersia i panujący nierównomierny ucisk na obie strony, wielkie naczynia, jak również i serce doznają znacznego podrażnienia tak, że nawet w największej części przypadków serce oddziaływa na to wstrząsem, przestaje się kurczyć, może być zahamowane w swej czynności i może nie przetrzymać tego bodźca i sprowadzić śmierć operowanego (Weil, Sackur i inni). Gdy zaś powstaje nagle duży otwór w opłucnej, nagła zmiana ciśnienia powietrza, bądź na drodze odruchowej, bądź jako następstwo podrażnienia wprost nerwu błędnego, przez niewyrównane ciśnienie atmosferyczne z obu stron śródpiersia, powstaje natychmiast zahamowanie czynności serca i oddechania, jak to wykazały doświadczenia Gerulanosa, Maasa, Tietzego i Witzela.

We wszystkich prawie przypadkach operowanych spostrzegano przyśpieszenie tętna, a w 3 przypadkach zahamowanie czynności serca. Ciężki zapad spostrzegano w 6, jak również i w naszym, a tętno było zaledwo wyczuwalne.

Niebezpieczeństwo to zwiększa się tem więcej, gdy operuje się po stronie prawej klatki piersiowej, gdzie chirurg zmuszonym jest otworzyć szeroko opłucnę.

Doświadczenia, przeprowadzone przez Sackura, wykazały, iż otwarcie prawostronne opłucnej jest zabójczem dla królików. Krause swojemi doświadczeniami przeprowadzonemi na królikach wykazał, że płuco lewe jest o jedną trzecią mniejsze, niż prawe. Zawartość tlenu również została oznaczona drogą doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, a mianowicie: krew aorty po otwarciu lewostronnem opłucnej zawiera 76% tlenu, przy otwarciu prawostronnem tylko 58%. Przeto nie jest obojętną rzeczą dla ustroju ubytek tlenu we krwi, tem więcej, że po otwarciu prawostronnem przedewszystkiem *vena cava* i prawy przedsionek serca o cienkich ścianach zostają przesunięte na lewo (Gerulanos), przez co wessanie krwi żylnej jest utrudnionem. Przeciwnie, gdy odma piersiowa dotyczy płuca lewego, narażona jest bardziej oporna lewa komora serca.

Do tego przyłącza się jeszcze oziębienie płuca, wyschnięcie jego na powierzchni (Maas, Weinlechner). Doświadczenia Grossa wykazały zastój krwi w płucu niezapadniętem, co pociąga stany zapalne w płucu lub opłucnej.

Do uniknięcia tych tak groźnych objawów polecano

przedtem, jak i w ostatnich czasach, różne środki ostrożności, z których jedne się utrzymały, inne zarzucono. Richeraud, który pierwszy wykonał tę operacyę z powodu raka w roku 1878, wyciął 2 żebra, 6 i 7, użył kompresów napojonych oliwą, na otwór wycięty w opłucnej. Chory jego po 27 dniach opuścił szpital, jako uleczony. Maas zalecał „spray“ z octanu glinowego, jednak nie znalazł naśladowców, tak samo jak Witzel, który zamieniał odmę piersiową na puchlinę piersiową (*hydrothorax)* płynami aspirowanymi. Słusznie Tietze zarzuca przepłókiwanie jamy opłucnowej płynami antyseptycznymi, drażniącymi opłucnę, a mogącymi nawet wywołać zatrucie, jak w przypadku Langenbecka kwasem karbolowym. Doyen, Tuffier, Bartlett, Quenu i inni polecali drogą intubacyi lub tracheotomii sztuczne oddechanie, do którego to O'Dwyer polecił osobny przyrząd.

Najlepszym sposobem zdaje się być tamponowanie gazą, zalecane z kilku stron, a stosowane i w naszym przypadku.

W ostatnich czasach Bayer, Gross, Krause polecają nanowo przyszycie płuca, co Hueter już dawno zalecał, a to w celu, by płuco mimo otwarcia swoją funkcyę spełniało; zabieg ten wykonał również Trzebicky z doskonałym skutkiem i oświadczył, że mu oddało znakomitą usługę przy wycięciu dwóch żeber z powodu mięsaka.

Do tych sposobów chirurgicznego leczenia groźnych objawów odmy piersiowej należy jeszcze dodać jeden, w ostatnich latach stosowany przez Delageniera i Dollingera. Mianowicie na podstawie doświadczeń Sackura Gerulanosa i Reinbacha, którzy dowiedli, że im większy otwór w opłucnej, tem szybciej wciska się powietrze do jamy opłucnowej i tem prędzej następuje zapadanie się płuca, zaproponowali na 24 godzin przed operacyą sztuczne wytworzenie odmy piersiowej, zakładając małą przetokę, któraby mogło się dostawiać do jamy opłucnowej powietrze bardzo powoli i w ten sposób przyzwyczaić ustrój do odmy piersiowej. W ten sposób Dollinger operował 2 chorych, którzy przyzwyczaiwszy się do zmiany ciśnienia atmosferycznego, znieśli znakomicie operacyę w znieczuleniu. Sposób ten Delageniere zastosował również z dobrym skutkiem przy operacyi, trwającej dwie godziny.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć parę słów, jak zachowuje się płuco po operacyi. Gabryszewski (Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrod. polsk. z r. 1895), na podstawie kilku doświadczeń na psach, doszedł do pewnych wniosków i wyjaśnień, a mianowicie: płuco w miejscu ubytku klatki piersiowej przylepia się wkrótce do skóry, która również jak i krawędzie ściany klatki piersiowej pokrywać się zaczyna nową ziarniną. Płuco tylko w miejscu bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem ulega niedodmie (*atelectasis*) i częściowemu zbliznowaceniu; wogóle jednak po pierwszem zapadnięciu powoli się rozszerza i wypełnia powietrzem tak, iż mała tylko jest różnica w porównaniu z drugiem płucem. Zmniejszenie płuca jest tem większe, im większy ubytek w ścianie, a zatem większe wpuklenie skóry do jamy opłucnowej. O jakiejś rozległej niedodmie płuca mowy niema.

Nie mogę pominąć w przypadku drugim otwarcia jamy brzusznej od strony klatki piersiowej przez otwarcie przepony na przestrzeni korony, a to z powodu zrostu nowotworu.

Same operacye na przeponie należą do zabiegów bardzo rzadkich i w piśmiennictwie mało się spotyka przypadków opisanych.

Amburger zestawił operacye, wykonane na przeponie, a to z powodu: zranień przepony, bądź przez uraz, działający wprost lub pośrednio; przy ropniach podprzeponowych, bąblowcu wątroby i przy guzach klatki piersiowej, które tutaj nas najwięcej zajmują. Wykonano dotychczas przy nowotworach 7 operacyi na przeponie, a mianowicie Leisrink, Humbert, Hahn, Mikulicz, König, Leier, Marwedel i Rydygier 2, t. j. razem przypadków 9 wycięcia części przepony z powodu nowotworów klatki piersiowej.

W naszych przypadkach można było dokładnie widzieć wątrobę, jej ruchy przy oddechaniu; wypełniała ona ściśle otwór w przeponie.

Zeszyto przeponę (II, IV) kilkoma szwami katgutowymi (4), jednak otrzewnej samej nie zeszyto osobno. Szyto w przebiegu włókien mięśni, nie obawiając się, by kiedyś powstała przepuklina przeponowa, bo jak słusznie Frey podnosi, tak samo i w naszym przypadku wątroba chroni trzewa od dostania się ich do jamy opłucnowej. W przypadkach n. p. Mikulicza zeszyto przeponę z mięśniami jamy brzusznej; Hahn, Marwedel ze ścianą klatki piersiowej.

Powikłanie otwarcia jamy otrzewnowej staje się jeszcze groźniejszem, gdy nowotwór jest rozpadający się, przez co trudno uniknąć mimo zachowania wszelkiej ostrożności zakażenia jamy brzusznej i następowego zapalenia otrzewnej. Również, gdyby zakażenie nie nastąpiło wśród operacyi, to jak w kilku przypadkach (König, Heinecke, Israel, Czerny i inni) powikłanie zapaleniem opłucnej ropnem, spowodowało śmierć operowanego mimo tego, iż jama brzuszna nie była zakażoną; chorzy tego powikłania nie przetrzymali. W tych razach nie można nawet przypuścić, by drobnoustroje, zakażając ranę w przeponie zeszytej, nie wtargnęły do jamy brzusznej, która ropiejąc, otwiera się sama, torując drogę dla ropy wprost do jamy brzusznej, jako miejsca najniżej położonego. U naszej chorej mieliśmy zapalenie surowicze płuc i opłucnej, które wystąpiło na trzeci dzień po operacyi. Przy zmianie opatrunku wykonano nakłócie, które potwierdziło nasze rozpoznanie wypociny opłucnowej po stronie prawej. Małym otworem, zrobionym między szwami, wypuściliśmy płyn, który potem ustawicznie wypływał na zewnątrz i swą objętością w klatce piersiowej nie uciskał na zeszytą przeponę.

Co do samego cięcia, to tu nie można dać pewnych ścisłych wskazówek, gdyż to zależy od przypadku. Większe zachodzą trudności przy pokryciu rany po operacyi. W naszych obydwóch przypadkach mogliśmy brzegi zeszyć bez wielkiego napięcia skóry. Gdyby zaś brakowało jej na klatce piersiowej, to można pokryć brak przez przeszczepienie (Weinlechner, Gerulanos, Quenu, Lonquet, Brand), lub też starać się przez silny ucisk opatrunku o zamknięcie jamy opłucnowej.

Do następstw po rozległem wycięciu należą przepukliny płucne (Heinecke), najczęściej wytwarzające się w bliźnie. By się ustrzedz tego następstwa, należy polecić choremu po całkowitem zaciągnięciu się blizny noszenie dobrze przylegającej peloty (Czerny).

Ostateczne wyniki tego zabiegu są mało zachęcające, gdyż bardzo niewielka liczba chorych pozostaje wolną od nawrotu. O niewielu chorych można mieć wiadomość; do

przypadków, które najdłużej po operacyi zostały wolnymi od nawrotu nowotworu należy chory Peana (1 rok po operacyi), Mikulicz (1 rok 2 miesiące), Müllera (2 lata), Hartleya ($3^1/_2$ lata), Alsberga (5 lat), a chora Czernego (2 lata 2 miesiące) po operacyi zaszła w ciążę, porodziła i sama karmiła dziecko.

W przypadku Tietzego chora uległa w przeciągu 9 lat trzem nawrotom, zaszła w ciążę, z czego ten autor wnosi, iż ciąża z jednej strony usposabia do nawrotu, z drugiej zaś, że połóg i ciąża osłabiają złośliwość nowotworu. Że nawroty następują dość szybko, świadczy o tem przypadek Krönleina, który operował 2 razy z powodu nawrotu; Königa, który operował z tegoż powodu 3 razy. Ciekawy jest przypadek Czernego, w którym operował Marwedel w 1895 r. Chory ten, będąc operowanym przez Simona z powodu mięsakowłókniaka prawej okolicy łopatki w roku 1878, zmarł po kilku nawrotach w 18 lat po pierwszym zabiegu operacyjnym na przerzut w przedniej ścianie klatki piersiowej, gdzie wykonano mu wycięcie mostka, II i III żebra i opłucnej. Chory ten przetrzymał jeszcze rok po operacyi i zmarł wśród objawów nawrotu mięsaka. O chorych, operowanych w Krakowie przez prof. Rydygiera, nie mogłem się dowiedzieć dokładnie, jednak ci żyli dłuższy czas, o ile mi wiadomo; mimo wielkiego bezpośredniego niebezpieczeństwa samego zabiegu i mimo dość częstych nawrotów, dotychczas wyleczone przypadki zachęcają do dalszego starania się około wydoskonalenia sposobów operowania, a jeszcze bardziej do wcześniejszego rozpoznawania choroby i zalecania zabiegu operacyjnego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Dölger. **Die Mittelohreiterungen. Auf Grundlage der statistischen Berichte Bezold's (1869—1896 incl.) und einer eigenen Fortsetzung derselben bis zum Jahre 1901 incl.** *(Monachium 1903, Lehmann).*

W książce tej znajdzie czytelnik przeglądowe streszczenie i dalszy ciąg ogłoszonych dotychczas sprawozdań i prac Bezolda, o ile dotyczą chorób ucha środkowego i już z tego względu zasługuje ona na uwagę. Zasadom podziału tych chorób, przyjętym przez Bezolda, nie można wprawdzie odmówić pewnej logiczności, a nawet zalet w porównaniu do podziału, którego trzymają się inni autorowie; atoli wyznać należy, że podział ten nie grzeszy zbytnią jasnością i pożądanem uproszczeniem. Zasadnicze odróżnienie chorób trąbki od chorób ucha środkowego musimy uznać za słuszne. Odróżnienie zaś aż trzech postaci zamknięcia trąbki nie da się w praktyce zawsze ściśle przeprowadzić i zdaje się być zbytecznem i zbyt wikłającem sprawę. Nieżytu usznego autor w swoim podziale wcale nie uwzględnił, czego za wadę wcale uważać nie możemy; owszem, wszystko, co przyczynić się może do uproszczenia podziału, tak zawiłego w różnych podręcznikach, witamy z zadowoleniem, jako cenną zaletę i bardzo pożądany postęp. Nieżyt suchy autorów uważa D. jako „proste przewlekłe zapalenie ucha środkowego z objawami wklęsnięcia błony bębenkowej“, a t. zw. nieżytowi surowiczemu czyli wypocinowemu autorów odpowiada u niego „zamknięcie trąbki z nagromadzeniem surowicy“.

Zresztą praca ta poświęcona wyłącznie ropnemu zapaleniu ucha środkowego i jego następstwom. Na wstępie roztrząsa autor znaczenie chorób usznych dla słuchu, umysłu i dla życia; przytem wskazuje na ważne znaczenie chorób usznych u dzieci i na konieczność poddania dzieci szkolnych regularnym badaniom i stosownemu leczeniu. Następują wykazy statystyczne i rozdział o sposobie badania narządu usznego, w którym autor zapoznaje czytelnika z próbami słuchu, podanemi przez Bezolda. Nareszcie przedstawia autor różne postacie ropnego zapalenia ucha środkowego pod względem etyologicznym, patogenetycznym, objawowym i leczniczym, a to na podstawie statystyki i ze szczególnem uwzględnieniem postępowań i metod, stosowanych w klinice Bezolda. Wpływ pory roku na częstość ostrych spraw zapalnych w uchu potwierdza spostrzeżenie, że w miesiącach wiosennych choroby te występują najczęściej, co się zgadza ze statystyką innych autorów i z doświadczeniem, że także zaziębienia i zajęcia gardła i nosa również najczęściej spostrzegają się o tej porze. Występowanie chorób usznych podczas ciąży i porodu tłómaczy autor tem, że wysiłki przy wymiotach i bólach porodowych wpierają poniekąd cząstki wymiocin, względnie śluzu do jamy nosopołykowej, a ztąd przez trąbkę do ucha środkowego. Do zabiegów leczniczych w nosie, które dają najczęściej powód do zapalenia uszów, należy tylne tamponowanie i tuszowanie nosa. Żółciołojakowi, jak również zapaleniu ropnemu suchotników *(otit. media purul. phthisica)* poświęcił autor osobny rozdział, który należy do najlepszych tego dzieła. Ze spraw towarzyszących i następowych po ropnem zapaleniu ucha środkowego wymienia autor: 1) zmiany zapalne w przewodzie ucha zewnętrznego; 2) ziarniny i ukleje; 3) porażenie nerwu twarzowego; 4) zajęcia kości. W zmianach kostnych wymienia autor jako osobne postacie: *a)* sprawy niszczące *(Einschmelzungsprozesse); b)* sprawy twardzielowe *(Sklerosierungsprozesse); c)* sprawy zanikowe *(Usurierungsprozesse); d)* próchnicze i zgorzelinowe. Sprawę śmiertelnych powikłań śródczaszkowych oparł autor na wykazach statystycznych, zaczerpniętych z kliniki i prywatnej praktyki Bezolda, z uwzględnieniem statystyki innych autorów. Zaznaczone przez Körnera większe niebezpieczeństwo choroby po stronie prawej znajduje uderzające potwierdzenie w statystyce autora, według której 62·6% powikłań śmiertelnych miało punkt wyjścia z ucha prawego, a 37·4% z lewego i wszystkie zapalenia zatok żylnych, z wyjątkiem jednego, wyszły ze strony prawej.

Rozdział o leczeniu różnych postaci ropnego zapalenia ucha środkowego ma również na względzie głównie sposoby, stosowane w klinice Bezolda. Jeżeli Bezold poleca bezwarunkowo kwas borowy, a usuwa bezwarunkowo leczenie suche, to z tem zgodzić się nie możemy. Według zdania naszego istnieją dla jednego i dla drugiego postępowania warunki korzystne i niekorzystne: należy właśnie nie postępować szablonowo, lecz tu, jak wogóle w medycynie, indywidualizować i uwzględnić, że poszczególne przypadki wymagają osobnego właściwego leczenia, na którego wyłuszczenie nie tu miejsce. Z tego samego powodu nie możemy się zgodzić z leczniczem postępowaniem szkoły Bezolda, które tak w ostrem, jak w przewlekłem ropieniu usznem polega na 1) przepłókiwaniach ucha; 2) zabiegu Politzera; 3) dokładnem wysuszeniu. 4) wdmuchiwaniu proszku borowego i 5) zatkaniu watą. Zwłaszcza o ile się tyczy używania w ostrem zapaleniu sposobów wymienionych pod 2) i 3), postępowanie to na pewno u większej części autorów napotka na opór.

Książkę zamykają uwagi o pozostałościach po ropnych zapaleniach ucha środkowego, t. j. o przedziurawieniu suchem i o bliznach.

Aczkolwiek całość pracy przedstawia nam rzecz niejako podmiotowo i pod pewnym względem jednostronnie, to jednak przyznać należy, że książka ta jest tak pod względem treści, jak i sposobu przedstawienia bardzo pouczająca i godna przestudyowania. *Spira.*

IV. Wyciągi.

II. Füth. **Cukrzyca a operacye ginekologiczne.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 4 i 5) W r. 1894 ogłosił E. Becker ciekawą pracę o niebezpieczeństwie znieczulania chorych, dotkniętych cukrzycą; oprócz przypadków chirurgicznych podał także jeden ginekologiczny, gdzie chodziło o chorą, cierpiącą na raka macicy, zmarłą w 48 godzin po operacyi wśród objawów śpiączki cukrzyczej. Wytwarza się ta śpiączka zapewne na drodze chemicznej, gdyż i u zdrowych, operowanych w uśpieniu, występuje w przeważnej liczbie przypadków acetonurya i diaceturya. F. dodaje od siebie trzy klasyczne przypadki raka szyjki macicznej, powikłane cukrzycą. Operacya i przebieg pooperacyjny przez pierwszych kilka dni były bardzo pomyślne; w szóstym, siódmym, lub ósmym dniu wystąpiły objawy znużenia, braku łaknienia, śpiączki, wreszcie śmierć. Sekcya nie wykazała wybitniejszych zmian narządów wewnętrznych. Zejście śmiertelne przypisywano w tych przypadkach środkom, używanym do znieczulenia (chloroform, eter, lub mięszanina), to też tembardziej nie spodziewano się śmierci w przypadku raka macicy, operowanego w znieczuleniu lędźwiowem eukainą. Operacya prawie bezkrwawa trwała zaledwie 30 minut, a mimoto chora zmarła w krótkim czasie wśród objawów ciężkiej śpiączki cukrzycowej. Inni autorowie przytaczają również nierzadkie podobne przypadki z zakresu chirurgii i okulistyki.

Powinno się zatem u chorych, dotkniętych cukrzycą, ścieśnić jak najbardziej wskazania do operacyi; u bardzo podupadłych będzie przeciwwskazanem nawet przecięcie zwykłego ropnia. Dlatego trzeba naprzód takich chorych przygotować odpowiednią dyetą o tyle, żeby zniknął cukier z moczu, a u ciężko chorych zmalał wysoki odsetek do możliwie najniższego stopnia. Następnie operować tylko w koniecznej potrzebie, gdzie dłuższa zwłoka zagraża życiu, o ile możności bez znieczulenia, lub w znieczuleniu tropakokainą. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Prof. O. Heubner. **Choroba Barlowa.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 13, 1903). Choroba Barlowa nawiedza głównie oseseków, a wogóle dzieci małe; w piśmiennictwie znany jest jedyny przypadek, opisany przez Schödel-Nauwercka, który dotyczył dziecka, liczącego dwa lata i 11 miesięcy; choroba występuje przeważnie u dzieci zdrowych, które nagle zaczynają mizernieć, chudnąć i dostają przy ruchach i dotykaniu silnych bólów, szczególnie w kończynach dolnych; następnie występują obrzęki w okolicy stawów; cierpienie to przenosi się na kończyny górne, a stanowi temu towarzyszą krwawe podbiegnięcia na dziąsłach. Autor spostrzegał 65 przypadków choroby Barlowa, z tego $^3/_4$ przypadków przypada na ostatnie cztery miesiące pierwszego roku życia; zaś co do pory roku, to największej liczby dostarczyła późna wiosna i późna jesień. Wszystkie te przypadki dotyczyły dzieci, będących w korzystnych warunkach ogólno-społecznych, lecz karmionych sztucznie.

Badanie wykazało, że wessanie i zatrzymanie związków wapniowych zostaje upośledzone u osesków, zbyt długo karmionych gotowanem mlekiem, również że mleko, zawierające rozmaite fermenty, traci je przez długie gotowanie i ustrój oseska musi za stępczo wytwarzać te substancye z własnych komórek. Jeżeli ustrój dziecka nie jest w możności przez swoją czynność trawienną — w najdalszem zrozumieniu tej funkcyi — wyrównać te zmiany, jakie powstają w mleku, a nawet w innych rodzajach pożywienia, wtedy wytwarzają się ogólne zaburzenia ustrojowe, dające powód do powstania choroby Barlowa. Zmiany anatomiczne w chorobie Barlowa polegają na 1) swoistem zaburzeniu odżywienia, połączonem z wstrzymaniem wzrostu i budowy układu kostnego; 2) na skłonności do wybroczyn z naczyń, głównie w zakresie szpiku kostnego i okostnej, lecz mogące przechodzić i na inne narządy, jak skóra, błony śluzowe, nerki itd.

Te zmiany wykazują, iż choroba Barlowa niema nic wspólnego z krzywicą.

Leczenie choroby Barlowa polega li tylko na przepisach dyetetycznych. Zamiast stosowania mleka wyjałowionego, lub pasteuryzowanego podaje autor mleko nader krótko gotowane, t. j. aż do chwilowego wrzenia, a jeszcze lepiej mleko zupełnie surowe, lecz w takim razie mleko to ma pochodzić z mleczarni, dającej pewną rękojmię, że jest wolne od zarazków chorobotwórczych. Przepis dyetetyczny Heubnerowski jest następujący: podaje on w 5-ciu porcyach $^3/_4$ do 1-go litra mleka samego, lub gdy tego ustrój nie znosi, to mięsza go z 5% do 7% rozczynem cukru Soxhleta, lub proszkiem Soxhlet-Liebiga, lub wreszcie z „mellins food“ w stosunku do $^1/_3$ lub $^1/_2$ płynu. Mleko to, względnie rozczyn, ogrzewa do ciepłoty ciała ludzkiego, mięsza je razem. Jeżeli ten płyn odżywczy przygotowuje się naraz na cały dzień, to ma on cały dzień być trzymany na lodzie. Oprócz mleka dostaje dziecko 3 razy dziennie po 2 do 3 łyżeczek kawowych soku mięsnego (każdorazowo zużywa się 40 do 50 gramów mięsa wołowego), jakoteż po 2-giem, 4-tem i 5-tem jedzeniu w ciągu dnia każdorazowo łyżeczkę kawową świeżo wyciśniętego soku z jabłek, wiśni lub malin, zaś po 3-ciem jedzeniu kilka łyżeczek szpinaku, lub soku, wyciśniętego z ziemniaków, lub z marchwi. Jeżeliby zaś wystąpiło rozwolnienie, to należy podać dziecku przez parę dni mleko rozpuszczone z mączną zupą. Przy tem leczeniu następuje w krótkim czasie zupełna poprawa.

Dr. Bolesław Komorowski.

Reitzenstein. **Niedrożność jelit w następstwie zakrzepu żyły krezkowej.** (*Münchener med. Wochenschr.* 1903, Nr. 6). Deckart zebrał z piśmiennictwa 14 przypadków niedrożności jelit, wywołanej zakrzepami lub zatorami naczyń krezkowych; jednakże w żadnym, prócz zwykłej niedrożności jelit, nie rozpoznano zaczopowania naczynia; raz tylko podczas operacyi, a w reszcie przypadków — przy sekcyi. W przypadku autora na obraz kliniczny składały się następujące objawy: 1. powolne wystąpienie bólów i czyszczenia; 2. gwałtowne ustanie bólu; 3. brak miejscowego lub ogólnego wzdęcia kiszek; 4. wystąpienie oporu po prawej stronie dopiero trzeciego dnia; 5. znaczne czyszczenia krwią i wogóle oznaki wewnętrznego krwawienia. Przez wykluczenie doszedł autor do przekonania, że ma do czynienia z typowym obrazem poraźnej niedrożności jelit, powikłanym objawami krwotoku wewnętrznego, jaki się wydarza tylko przy zakrzepie żyły bramnej lub zatorze tętnicy krezkowej górnej. Znaczne żylaki na kończynach dolnych, przebyte poprzednio krwawienie pęcherzowe, nadto bóle po lewej stronie brzucha utwierdzały jeszcze rozpoznanie zakrzepu żyły krezkowej, tembardziej, że ze strony żołądka i dwunastnicy żadnych objawów nie było, co wykluczało i zakrzep żyły bramnej. Chory umarł, a przy sekcyi znaleziono w żyle krezkowej zakrzep, zamykający zupełnie światło żyły, wskutek czego odpływ krwi żylnej z jelit był uniemożliwiony, a w następstwie zastój żylny z pękaniem naczyń włosowatych żylnych i krwawienia. Ściany jelitowe były obrzękłe, krwawo nastrzykane, powstała niedrożność dynamiczna, krwawo-kałowe wymioty i krwawe stolce. Żołądek był niezmieniony, gdyż zakrzep sięgał tylko do dopływu żyły żołądkowej. *B. Żmigród.*

Lavandal. **O chirurgicznem leczeniu guzów krwawnicowych.** (*Wiener med. Presse* 1903, Nr. 8). Używane dotychczas operacyjne sposoby usuwania guzów krwawnicowych mają tę ujemną stronę, że muszą być robione w uśpieniu, powodują następowe bóle i wymagają kilkudniowego leżenia w łóżku, przez co chory staje się na czas jakiś niezdolnym do pracy. Prócz tego nie są one zupełnie pozbawione przykrych następstw, a nawet niebezpieczeństw. Autor postępuje więcej zachowawczo, nie niszczy guzka krwawnicowego odrazu, lecz stara się wywołać jego skurczenie zapomocą pędzlowania, wskutek czego powstaje zapalenie guzka i skrzepnięcie krwi, a następnie i skurczenie. Po ciepłej kąpieli układa się chorego na bok i każe guzy krwawnicowe wewnętrzne wyprzeć; wyparty guz, najwyżej znajdujący się w odbytnicy, przesuwa się przez pierścień walcowaty z twardego kauczuku, podobny do obrączki używanej do serwet i to tak, że guz jest zupełnie poza pierścieniem i nie może się cofnąć. Do pędzlowania guza używa się brunatnego dymiącego kwasu azotowego, którym pomazuje się tak długo, aż guz przybiera barwę szarołupkową; walec przeszkadza nietylko cofaniu się guza, lecz także spływaniu kwasu poza granice oznaczone. Potem osusza się guz watą, smaruje wazeliną lub oliwą, usuwa walec i odprowadza guz; w tensam sposób na jednem posiedzeniu postępuje się z trzema lub czterema guzami. Po 10 lub 20 minutach chory wraca do domu. Co najmniej przez 36 godzin potrzeba zapobiedz wypróżnieniu; przy pierwszem oddawaniu stolca wypadają już guzy mniejsze, a chory, po oczyszczeniu, odprowadza je i bierze ciepłą lewatywę. Guzy coraz bardziej się zmniejszają, aż w końcu zupełnie się kurczą. Zewnętrznych guzów lub takich, które leżą na przejściu skóry w błonę śluzową, nie powinno się pędzlować kwasem, gdyż powstają bardzo znaczne bóle. Autor zauważył, że chociaż guzów zewnętrznych nie dotyka, to przy pędzlowaniu wewnętrznych obrzękają i zewnętrzne, a potem się zmniejszają wraz z wewnętrznymi. Jeśli krwotok z guzów jest silny, to nie powinno się ich pędzlować kwasem; wtedy należy chwycić się przypalania. Dobre strony tego sposobu leczenia, który autor praktykuje już od lat 10, są te, że nie trzeba usypiania, ani asysty, niema żadnego niebezpieczeństwa i może tę metodę stosować każdy lekarz. *B. Żmigród.*

Blumreich. **O wzajemnym stosunku wypociny przymacicznej z ciążą, porodem i połogiem.** (*Archiv f. Gyn.*, tom 68, zeszyt 1, 1903). Świeże zapalenia przymaciczne są rzadkiem powikłaniem ciąży; odpadają bowiem najważniejsze i najczęstsze czynniki wywołujące, jak: zakażenie połogowe i wszelkie większe, a nawet i mniejsze zabiegi ginekologiczne, których się podczas ciąży —

o ile możności nie wykonuje. Natomiast zdaje się, że zapalenie wyrostka robaczkowego odgrywa wcale nie małą rolę w powstaniu świeżego zapalenia przymacicznego w ciąży; przyczyną w jednym przypadku był zamiar wywołania poronienia zbrodniczego, przyczem wprowadzono przedmiot do tylnego sklepienia, zamiast do macicy. Badając wpływ ciąży na wypocinę nie ropną, zauważył autor, podobnie jak inni, że w pierwszych 4-ch miesiącach jest on dodatni, potem zaś ujemny. W pierwszych bowiem miesiącach ciąży łatwo przychodzi do wessania wytworów zapalnych z powodu zwiększonego dopływu krwi tętniczej, przyśpieszonego prądu krwi żylnej i znacznego rozwoju narządu chłonnego. W późniejszych zaś miesiącach ciąży występuje wskutek ucisku macicy ciężarnej na pnie żylne — zastój żylny w całej miednicy, który dla sprawy wessania jest wprost szkodliwy, gdyż usposabia nawet w wysokim stopniu do ropienia. Na wypocinę ropną zdaje się ciąża nie mieć żadnego wpływu; jeżeli zaś wpływ istnieje, to raczej ujemny w tem znaczeniu, że przez przemieszczenie narządów brzusznych wskutek rosnącej macicy, mogą się otworzyć dla ropy świeżo drogi do dalszego wędrowania. Przy porodzie możemy mieć do czynienia albo z wypociną ropną, najczęściej w postaci otorbionego ropnia, albo z pozostałością po przebytem zapaleniu w postaci blizn i zrostów. Na ropnie, pozostające z macicą w mniej lub więcej ścisłym związku, wpływa akt porodu bardzo niekorzystnie. Skurcze i rozkurcze macicy, zstępowanie płodu, możebne zabiegi w celu ukończenia porodu, mogą wywołać pęknięcie ropnia, przebicie do narządów sąsiednich lub wreszcie wtargnięcie ropy do tkanki obok leżącej. Może się także zdarzyć, że tkanka, oddzielająca ropień od otrzewnej, gdzieś zostanie naddartą albo nawet pęknie i otworzy ropie wolną drogę do jamy brzusznej. Na wypociny stare w postaci blizn, zrostów wpływa poród dodatnio; rozciągając je bowiem i rozpulchniając, przygotowuje korzystne warunki dla sprawy wessania w połogu. Wypocina ropna, utrzymująca się w połogu, może się stać przyczyną ogólnego zatrucia lub zakażenia ustroju, o ile wskutek szybkiego krążenia krwi i chłoni w połogu łatwo przychodzi do wessania jadów, a nawet żywotnych drobnoustrojów. Badając na odwrót wpływ wypocin zapalnych przymacicznych na przebieg ciąży, porodu i połogu, zauważył autor, że istotnie ciąża zostaje niejednokrotnie przerwaną, jeżeli wypocina sięga dosyć wysoko, a tem samem przeszkadza macicy odpowiednio się rozwinąć. Przy wypocinie ropnej, połączonej z wysoką ciepłotą, może jeszcze odgrywa pewną rolę wpływ stanu ogólnego. Także i przy porodzie mogą wystąpić powikłania, zmuszające nas do operacyjnego ukończenia porodu. Zależą one od umiejscowienia i wielkości wypociny, a dalej od czasu, w którym poród nastąpił. Im bliżej prawidłowego końca ciąży, tem większe mogą być przeszkody porodowe, a nawet może wystąpić niemożność ukończenia porodu drogami naturalnemi. Wpływ wypociny przymacicznej na połóg zależy od tego, czy ona jest zropiała, czy nie. Wypocina nieropna zmniejsza się wprawdzie w połogu, a nawet może zniknąć wskutek szybkiego i łatwego wessania; macica jednak źle się zwija i przez długi czas po porodzie kobieta narażoną jest na następstwa tej *subinvolutio uteri* (krwotoki). Ropne wypociny otorbione mogą w połogu z powodu szybkiego wessania samych drobnoustrojów i wytworów ich przemiany materyi wywołać zaburzenia stanu ogólnego. Przy wypocinach ropnych, pękniętych lub sztucznie otwartych do pochwy, zachodzi znowu niebezpieczeństwo przeszczepienia ropy na świeże rany, wywołane porodem, a więc niebezpieczeństwo zakażenia ustroju. Leczenie wypocin nieropnych świeżych, czy starych, powinno być o ile możności wyczekujące; tylko w razie gdyby badanie wykazało bardzo duży guz wypocinowy tak, że poród drogami naturalnemi już z góry można uważać za wykluczony, należy albo czekać — jeżeli się chora na to zgodzi — i w odpowiedniej chwili wykonać cięcie cesarskie, albo też ciążę przerwać. Wypocinę ropną należy jak najwcześniej naciąć — o ile możności od pochwy — nigdy zaś nie wolno z tego powodu ciąży przerywać. Takież jest leczenie ropnia przymacicznego przy porodzie. W połogu lepiej jest czekać aż się drogi porodowe zagoją i macica się zwinie, chyba, że stan ogólny chorej (tętno, ciepłota) zmuszą nas do natychmiastowego działania. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Ronald Ross. **Ulepszony sposób drobnowidowego rozpoznania zimnicy.** (*The Lancet*, 10 stycznia, 1903 r.). Zwykłe sposoby badania krwi w cienkiej warstwie przy poszukiwaniach plazmodyj zimniczych mają tę niedogodność, że w razie niewielkiej liczby pasorzytów badanie staje się bardzo długiem i nieraz trzeba przygotować kilka preparatów, nim się dojdzie do pomyślnego wyniku. Z drugiej strony przy większej grubości preparatu przeszkadza badaniu nieprzeźroczystość hemoglobiny krwi. Przekonawszy się, że pasorzyty zimnicze, nawet najmniejsze, przytykają się do ścian krwinek czerwonych, wpadł Ross na myśl przygotowywania grubych preparatów krwi z usunięciem hemoglobiny. Sposób, zalecony przez autora, polega na następujących zabiegach: robimy nakłócie palca igłą, lub końcem lanceta. Dużą kroplę krwi, zawierającą, dajmy na to, 20 mlm.³, bierzemy na szkiełko przedmiotowe lub pokrywkowe i lekko je rozsmarowujemy igłą lub nożem tak, żeby kropla rozeszła się na przestrzeni, którą można przykryć zwykłem szkiełkiem pokrywkowem. Następnie pozostawiamy preparat do wyschnięcia wprost w powietrzu, lub nad ogniem (nie rozgrzewając jednak aż do tego stopnia, żeby hemoglobina utrwaliła się). Otrzymujemy wtedy grubą wysuszoną warstwę krwi, w której około 20 mlm.³ (zamiast zwykle branego (1 mlm.³) znajduje się na przestrzeni nie większej od tej, którą zwykle mamy przy badaniu krwi. Gdy krew zupełnie wyschnie, puszczamy na nią przy pomocy pręcika szklannego niewielką ilość roczczynu eozyny tak, żeby pokryć całą warstwę krwi. Barwiki używają się takie, jak zawsze przy barwieniu według Romanowskiego. Eozynę pozostawiamy na szkiełku w ciągu mniejwięcej kwadransa (długość barwienia jest w odwrotnym stosunku do mocy roczczynu). Ponieważ warstwa krwi nie utrwalona na szkiełku, więc eozynowy roczczyn wyciągnie hemoglobinę z wysuszonych ciałek krwi i jednocześnie zabarwi resztę, składającą się z podścieliska (stroma) ciałek, leukocytów, płytek krwi, oraz pasorzytów. Po upływie czasu, potrzebnego do zabarwienia, zmywamy eozynę bardzo delikatnym strumieniem wody. Wobec nieutrwalenia krwi jest to sprawą pierwszorzędną miarkować siłę strumienia wody, żeby nie zmyć całego preparatu. Po usunięciu eozyny, puszczamy na preparat słaby roczczyn błękitu metylenowego, według Romanowskiego. Błękit pozostawiamy zaledwie kilka sekund, gdyż przebarwienie preparatu ogromnie zaciemnia obraz. Barwik zmywa się, jak wyżej, bardzo ostrożnie, poczem preparat staje się gotowy. Można go następnie wysuszyć i położyć do balsamu kanadyjskiego: można też badać wprost w kropli olejku cedrowego, lub w wodzie. Preparat różnić się będzie od przygotowywanych zwykłą drogą pod dwojakim względem: po pierwsze nie będzie on zawierał hemoglobiny i składać się będzie tylko z przeźroczystego podścieliska krwinek, leukocytów, płytek i pasorzytów; powtóre — dwadzieścia razy większa ilość krwi będzie rozpostarta na przestrzeni, zajmowanej przez szkiełko pokrywkowe; inaczej mówiąc, w każdem polu widzenia ujrzymy 20 razy więcej pasorzytów, niż na zwykłym preparacie. Jeżeli zabarwienie według Romanowskiego uda się, to widzieć będziemy nawet najdrobniejsze pasorzyty w postaci małych niebieskich kółek z szkarłatną plamką wewnątrz kółka, lub na niem; plamka ta jest to oczywiście jądro. W nieprzebarwionym preparacie widzialny jest i barwik pigmentowanych plazmodyj. Dla ilustracyi opisanego sposobu przytacza Ross następujące przykłady: u tego samego chorego w tymże czasie przygotowano preparaty krwi zwykłą drogą, oraz w grubej warstwie: gdy w pierwszych po 5-ciu minutach znaleziono 15 pasorzytów, w drugim, w ciągu jednej minuty, naliczono 76 plazmodyj (w jednem polu widzenia było ich około 70). W innym przypadku Ross na kilku zwyczajnych preparatach znalazł po długich poszukiwaniach tylko jeden półksiężyc, a w dehemiglobinowanym po 5-ciu minutach naliczył 5 pasorzytów.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Finkelstejn. **Nadmanganian potasowy, jako odtrutka swoista w ostrych otruciach morfiną i przetworami makowca.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). F. opisuje przypadek otrucia morfiną, w którym otrzymał świetny wynik po zastosowaniu sposobu Moora. Autor został zawezwany do młodej osoby, która przed 2 godzinami przełknęła prawie 1,0 chlorku morfiny. Chora znajdowała się w stanie nieprzytomnym, oddech był zwolniony (8 na 1′) o typie Cheyne-Stokesa, tętno 38 na 1′, małe, nieprawidłowe; źrenice, w wysokim stopniu zwężone, nie oddziaływały na światło. F. wstrzyknął pod skórę 1,0 4% roczczynu nadmanganianu potasowego: już po 10′ nastąpiło wyraźne polepszenie: oddech stał się prawidłowszy, tętno częstsze i prawidłowsze; po 30′ wstrzykiwanie powtórzono. Stan chorej zaczął szybko polepszać się po upływie 3 godzin można było chorą uważać za uratowaną.

Witold Orłowski (Ptbg.).

H. Quincke. **Białaczka i gruźlica prosówkowa.** (*Deutsches Archiv f. klinische Medicin* Tom 74, Zeszyt 5, 1902). Trzy przypadki gruźlicy prosówkowej, wikłającej białaczkę, szczegółowo badane przez Quinckego, uprawniają go do twierdzenia, że pomiędzy temi chorobami istnieje pewna zależność. Mianowicie, jeżeli w przebiegu białaczki rozwinie się gruźlica prosówkowa, to obrzęk śledziony i liczba ciałek białych znakomicie się zmniejszają. Ponieważ i inne choroby zakaźne (grypa) wywierają podobny wpływ na białaczkę, rodzi się zatem przypuszczenie, że albo drobnoustroje same przez się, lub przez swe wytwory życia wywierają wpływ niszczący na białe ciałka we krwi i w śledzionie. Dotychczas główną uwagę badaczy pochłaniała wprost przeciwna własność drobnoustrojów — hiperleukocytoza i obrzęk śledziony w przebiegu wielu ostrych

chorób zakaźnych. W końcu swej pracy Quincke rzuca myśl, czyby nie można było zastosować tuberkuliny przeciwko białaczce z tej wychodząc racyi, że tuberkulina musi w sobie zawierać chociaż część tych toksyn, które w gruźlicy prosówkowej wpływają na zmniejszenie się objawów białaczki. Quincke próbował tych wstrzykiwań w dawkach stopniowo rosnących od 1—60 mg. u 6-ciu chorych na białaczkę, ale wyniki istotnego znaczenia mieć nie mogą, gdyż jednocześnie podawano tym chorym arsen. *Z. Czaplicki.*

Docent Dr. Karplus (Wiedeń). **Rozpoznanie i leczenie migreny.** (*Klinisch-therapent. Wochenschrift* Nr. 5, 1903). Migrena jest po większej części cierpieniem dziedzicznem, odznaczającem się bólem głowy, występującym napadowo i okresowo przy współudziale pewnych objawów drugorzędnych, jak nudności, wymioty i inne wstępne zaburzenia, szczególniej naczynioruchowe. Zbliżający się napad przeczuwają chorzy po różnego rodzaju oznakach zwiastunowych, n. p. mroczkach, ciemnych płatkach, gwiazdkach, obłoczkach itd., okazujących się w polu widzenia, trwających od 10—20 minut, a przechodzących następnie w typowy zazwyczaj jednostronny ból głowy, utrzymujący się prawie w jednostajnem natężeniu, czem wybitnie się różni od neuralgicznego bólu głowy, występującego w krótko trwających napadach i nasileniach. Drugą ważną cechą rozpoznawczą jest okoliczność, że cierpiący na migrenę zupełnie odmiennie określają istotę bólu głowy przy ucisku na nerw nadoczodołowy i wreszcie prawie zawsze podczas napadu usuwają się do samotności i jak największego spokoju.

O leczeniu nie da się wiele powiedzieć, prócz ochraniania chorych od wszelakiego rodzaju wzruszeń nerwowych; z leków aptecznych można się jeszcze spodziewać dobrych wyników po przetworach bromu, oprócz tego nie źle działa z nowszych środków pyramidon (0·30) w połączeniu z kofeiną. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Ricek. **Wczesne rozpoznawanie raka macicy.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 4, 1903). Mimo najdoszczętniejszych zabiegów operacyjnych odsetek śmiertelności z nawrotów raka macicy jest jeszcze olbrzymi. Przyczyny tego nie należy szukać w samej chorobie, lub w zabiegu operacyjnym, ale w okresie rozwoju raka, w którym się operacyę wykonuje. Jeżeliby operacya wykonywana była w samym początku choroby, wtenczas wyleczenie byłoby prawie w każdym przypadku zupełne. Zdaniem autora kobieta, która dłużej, jak 14 dni krwawi, powinna poddać się skrobance. Jeżeli badanie mikroskopowe skrobanki wykryje raka, natychmiast przystąpić do operacyi doszczętnej. *P.*

Dr. Borchand. **O leczeniu złamań.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 5). B. złamaną kończynę układa w szynie Volkmanna i przez pierwszych 12 dni robi tylko okłady wysychające, mięsi i wykonywuje bierne ruchy stawów. Dopiero po 12-tu dniach zakłada po należytem przystosowaniu odłamków, względnie w uśpieniu chloroformowem opatrunek ustalający gipsowy, lub na trykocie. Opatrunek ten leży około 14 dni, poczem autor rozpoczyna napowrót gimnastykę stawów i mięsienie. *Herman.*

Dr. v. Brunn. **O gruczołach chłonnych w ślinniankach podżuchwowych.** (*Archiv Langenbecka*, T. 69, Z. 3). Badając ślinianki, znalazł B. w paru przypadkach wprysnięte w nie gruczoły chłonne, umiejscowione nie we właściwej tkance gruczołowej, lecz w przegrodzie łączno-tkankowej, dzielącej ślinniankę na płaty. Ponieważ przy nowotworach warg, języka i t. d. gruczoły te mogą być zajęte, radzi B. w każdym przypadku wyłuszczać obie ślinianki podżuchwowe i to tem bardziej, że niema żadnych ujemnych objawów ani następstw z braku ślinianek. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Goldman. **Leczenie ichtyolem ran po oparzeniach.** (*Wiener med. Presse* 1903, Nr. 9). Mięszanina wody wapiennej z oliwą nie odpowiada swemu celowi z powodu rozkładu oliwy, przez co sprowadzić można zakażenie rany oparzelinowej. Nadawałby się do tego celu jodoform lub karbol, które działają przeciwgnilnie i znieczulająco, jednakże stosowanie tych środków jest połączone z niebezpieczeństwem zatrucia. Wszelkim wymaganiom odpowiada, zdaniem autora, ichtyol: jest środkiem przeciwgnilnym, działa z powodu swego wpływu na nerwy zwężające naczynia anemizująco i znieczulająco. Zatrucia nie należy się obawiać, gdyż można i 5 grm. stosować bez wywołania jakichś objawów ubocznych. W dwóch przypadkach rozległych ran po oparzeniach 2-go i 3-go stopnia stosował autor 5% maść ichtyolową z bardzo dobrym wynikiem; rany były po czterech tygodniach zagojone. Autor poleca bardzo gorąco stosowanie ichtyolu w tych przypadkach. *Dr. Żmigród.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 1 kwietnia 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 66.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący oznajmia, że zapowiedziany Zjazd lekarzy austryackich w Wiedniu nie odbędzie się.

III. Kol. Prof. Edward Korczyński wygłosił odczyt: »O chorobie Kahlera«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Hirsch przypomniał analogiczny do podanego w odczycie przypadek, opisany przez Nothnagla i wyraził zdanie, że nazwa schorzenia imieniem Kahlera jest niewłaściwą.

Prócz tego zabierali głos w dyskusyi koll. Gertler, doc. Seńkowski, przewodniczący i prelegent.

IV. Kol. Latkowski demonstruje: 1) *M. S.*, liczącego lat 25, robotnika kopalni w Jaworznie, okazującego *ophtalmoplegiam progressivam*. Choroba ta zaczęła się przed 13 laty porażeniem powieki górnej prawej. W r. 1898 z powodu opadania tej powieki był operowany pierwszy raz w klinice okulistycznej w Krakowie, a w kilka miesięcy potem powtórnie. Od roku chory mówi mniej wyraźnie, a od kilku miesięcy doznaje suchości w gardle, skarży się na duszność i bóle głowy, występujące w okolicy czoła. Badanie wykazuje: opadanie górnej powieki oka prawego tak, iż szpara powiekowa wynosi zaledwie 3 mm. Ruchomość gałki ku górze zniesiona, ku skroni, ku dołowi i ku nosowi znacznie upośledzona tak, iż środek rogówki wykonuje ruchy zaledwie na $^1/_2$ mm. Na oku lewem szpara powiekowa wynosi 7 mm. Ruchomość gałki ku górze, ku wewnątrz i ku zewnątrz również upośledzona, ku dołowi utrzymana. Źrenice obie dobrze oddziaływują. Dno oka prawidłowe. W zakresie średniej i dolnej gałązki n. twarzowego ruchomość mięśni upośledzona, chory gwizdać nie jest w stanie, przy śmiechu tworzą się zaledwie drobne fałdy koło kątów ust. Wydzielanie śliny czasami nadmierne, częściej uczucie suchości w ustach i gardle. Wymawianie głosek zębowych utrudnione. Bark prawy chudszy, niżeli lewy. Mięsień kapturowy prawy również słabiej rozwinięty, aniżeli lewy. Ruchomość klatki piersiowej po stronie prawej upośledzona. Pobudliwość naczynioruchowa na skórze twarzy i tułowia wygórowana. Mamy więc do czynienia z porażeniem niezupełnem w zakresie nerwów: oko ruchowego i odwodzącego po obu stronach, dalej w zakresie n. twarzowego, podjęzykowego również po obu stronach i w zakresie n. dodatkowego Willizyusza, jak i nn. szyjnych po prawej stronie. Porażenia te mają charakter postępujący, lecz bardzo powolny. Podnieść zaś należy wysokiego stopnia opadnięcie powieki oka prawego, które prawie nigdy tak wysokiego stopnia nie osiąga przy porażeniu mięśni ocznych postępującem, jak też wyjątkowe zajęcie n. dodatkowego Willizyusza i n. szyjnych. Porażenie to wywołane jest przez zajęcie jąder tych nerwów na dnie komory IV-tej, za czem przemawia obustronność porażenia i brak zmian w czuciu jak i w sferze odżywczej, powolny rozwój porażeń i przejście ich na inne jądra nerwowe na dnie komory IV-tej i na jądra nerwów szyjnych.

2) Chorego *A. Ch.*, liczącego 30 lat, wyrobnika z Borzęcina z syringomyelią. U chorego, dziedzicznie nie obciążonego, wystąpiło przed 3-ma laty osłabienie kończyn górnych po urazie, mianowicie po spadnięciu bron na plecy. W kilka miesięcy później wystąpiło osłabienie kończyn dolnych, a wkrótce potem znaczne utrudnienie w chodzeniu i bóle w stawach. Badanie wykazuje zniesienie czucia i ciepłoty na barku prawym, upośledzenie na lewem do $^1/_3$ wysokości ramion, obok prawidłowego czucia dotyku; na kończynach zaś dolnych i górnych upośledzenie czucia ciepłoty przy zupełnie prawidłowem zachowaniu czucia dotyku. Zanik mięśni opuszki palca wielkiego i mięśni międzykostnych na obu kończynach górnych, jak również zanik mięśni naramiennych. Zgrubienie skóry na ostatnich falangach palców obu rąk. Tworzenie się pęcherzy i blizn z nadmiernem bujaniem tkanki łącznej na łokciach i na barkach. *Kyphoscoliosis thoracica sinistroversa.* Porażenie spastyczne kończyn górnych i dolnych ze sztywnością mięśni i wygórowaniem odruchów ścięgnistych. Zesztywnienie i upośledzenie ruchomości stawów barkowych i kolanowych, wraz z chrzęszczeniem w stawach przy ruchach. Mowa zacinająca się. Odczynu zwyrodnienia w mięśniach zanikłych brak. Odruch Babińskiego wyraźny na obu kończynach. Za syringomyelią przemawia tu: powolny przebieg choroby przy ciągłem postępowaniu jej, porażenie kończyn dolnych, zmiany

w stawach, zaniki mięśniowe na obrzękach, częściowe porażenie czucia, zmiany odżywcze, *kyphoscoliosis*, brak odczynu zwyrodnienia. Sprawa chorobowa zajęła nietylko szarą istotę rdzenia, lecz i białą, czego dowodzi spastyczne porażenie kończyn. Guz w rdzeniu i zapalenie wielokrotne nerwów da się z łatwością wykluczyć.

3) Chorego *A. K.*, liczącego l. 17, z rozpoznaniem *epilepsia idiopathica*. Chory, dziedzicznie nie obciążony, miewa od lat 4 napady kurczów drgawkowych z utratą przytomności, poprzedzane zawsze zawrotem głowy. Na 2 tygodnie przed przyjęciem chorego do kliniki napady powtarzały się kilkanaście do kilkadziesiąt razy na dobę, a chory był zupełnie nieprzytomny i pozostawał stale w *status epilepticus*. Badanie wykazywało, iż napady kurczów występowały tylko w prawej połowie ciała, przy końcu napadu przechodziły na kończynę dolną lewą. Utrata przytomności była zupełna. Źrenice nie oddziaływały na światło, moczu i kału nie oddawał pod siebie, również nie toczył piany z ust. Dno oka prawidłowe. Po 5 dniach trwania napadowych kurczów drgawkowych napady zupełnie ustąpiły i chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym. W 3 tygodnie później wystąpiły raz drgawki w kończynie górnej prawej, a po kilku tygodniach pojawiły się zawroty i bóle głowy ze zwróceniem głowy na lewo, trwające kilkadziesiąt sekund, a powtarzające się codzień. W czasie wolnym od zawrotów głowy chory zachowywał się zupełnie prawidłowo.

Za padaczką przemawia młody wiek chorego, brak przebycia jakichkolwiek chorób (kiła), zupełnie prawidłowe zachowanie się chorego w czasie wolnym od napadów, brak trwałych porażeń i zmian w czuciu, brak ciągłych bólów głowy, brak tarczy zastoinowej. Na uwagę zaś zasługuje występowanie kurczów drgawkowych tylko w jednej połowie ciała.

4) Chorą *K. M.*, liczącą lat 30, z Hubenic, z *morbus Raynaudi*. Choroba zaczęła się na 3-cim palcu ręki prawej, gdy wśród objawów ropienia odpadła ostatnia falanga palca. Potem sprawa chorobowa przeszła na 4 i 5-ty palec ręki prawej, obecnie jest zajęty palec wielki. Przed rokiem cierpienie przeszło na rękę lewą, zaczynając się od palca wskazującego i przechodząc na resztę palców.

Badanie wykazuje zanik ostatnich falang na palcu wielkim ręki prawej i na 1, 4 i 5-tym ręki lewej, z zanikającymi i zgrubiałymi paznogciami. Na palcu 5-tym ręki prawej i 3-cim ręki lewej falanga 3-cia zanikła bez paznogcia. Na 3-cim i 4-tym ręki prawej brak ostatniej falangi, zaś na palcach wskazujących obu rąk brak obu ostatnich falang. Resztki falang są zgrubiałe. Na opuszce palca wielkiego zanik mięśni u obu rąk. Stopy sine, chłodne, paznogcie zgrubiałe, rowkowane. Pnie nerwowe są niebolesne, zmian w czuciu niema. *(Autoreferat)*.

W dyskusyi zabierali głos koll. prof. Kader, Hirsch i Puzon.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Z dziejów medycyny w Polsce*).

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

Pierwsze ślady medycyny w Polsce, jako sztuki leczenia chorób, kryją się w mroku, który poprzedził wszelki zawiązek życia społecznego i umysłowego śród plemion szczepu słowiańskiego. Leczenie chorób przez czarownice, baby stare, zażegnywania, zachuchiwania, zgoła całe lekarstwo magiczne ma początek zachodni, stanowiąc mieszaninę wyobrażeń starożytnych, nakręcanych do pojęć chrześcijańskich i z niemi ściśle zespolonych. Wątły nader jest domysł, oparty na opisie, podanym przez Kadłubka, iż otruci stryjowie Popiela popadali w sen, zachwiali się i na ziemię się powywracali, jakoby do ich zgładzenia użyto makowca. Cóżby jeszcze odszukać się dało z owej mrocznej przeszłości? Chyba najdawniejsza pieśń obrzędową, której początek zachował nam Bielski: „Śmierć wije się po płotu, szukając kłopotu“, dodając, „iż jeszcze za jego pamięci był ten zwyczaj po wsiach, iż na białą niedzielę po poście topili ludzie bałwan jeden (Marzannę), t. j. śmierć, ubrawszy snop konopi albo słomy w odzienie człowiecze, który wszystka wieś prowadziła, gdzie najbliżej było jakie jeziorko albo kałuża, tamże zebrawszy z niego odzienie człowiecze, wrzucili go do wody, śpiewając żartobliwie. „śmierć wije się po płotu, szukając kłopotu“. Potem najprędzej do tego miejsca bieżeli: „który albo która się tenczas powalił albo powaliła, wróżbę tę mieli, iż tego roku umrze“.

Więcej jeszcze dochowało się podań z czasów przedchrześcijańskich u Litwinów, nawróconych o wiele później do wiary chrześcijańskiej, jako to: że Wajdeloci, t. j. kapłani i lekarze zarazem, zaradzali chorobom popiołami, zbieranymi ze znicza, czyli ze świętego ognia.

Hieronim z Pragi, którego Władysław, król polski, posłał na Litwę dla rozszerzenia wiary chrześcijańskiej, opowiada o tychże Wajdelotach, że, pytani o radę, przystępowali do ognia w nocy, zrana zaś dawali odpowiedź, że widzieli przy święconym ogniu cień chorego, który, kiedy się ogrzał, pokazywał znaki śmierci albo życia; gdy chory miał żyć, twarz była obrócona do ognia; gdy stał do ogniska zwrócony tyłem, umrzeć miał niechybnie. Inny rodzaj wieszczków, zwanych „Pustones“, leczył rany zachuchiwaniem, a mocą słów tamował krwotoki z ran; „Scytones“ uzdrawiali obwieskami (amuletami), „Labdaryssy“ czarami.

Gdy kościół katolicki objął panowanie nad umysłami, zastąpił pogańskie zabobony obrzędami chrześcijańskimi. Święci i ich relikwie darzyły życiem i zdrowiem. Modlono się do św. Walentego dla zażegnania padaczki; do św. Apolonii w cierpieniach zębów; obrazy cudami słynące nadawały swojemu siedlisku moc uzdrawiającą.

Obrządek rzymski, a zarazem pierwsze zarody polsko-łacińskiej oświaty przynieśli do Polski przybyli z Dąbrówką księża czescy; Jordan, pierwszy biskup polski, nawracał Wielkopolan, św. Wojciech, czech, Krakowian. Zakładane następnie biskupstwa, opactwa i klasztory były pierwszemi gniazdami nowego prądu, ograniczonego zrazu tylko do stanu duchownego, gdyż szkoły pozaprowadzane przeznaczone były do kształcenia jedynie przyszłych księży. Aż do Bolesława Szczodrego nie było nawet biskupów rodem Polaków, lecz najwięcej cudzoziemcy, którzy albo sami wyuczali się po polsku, albo posługiwali się księżmi czeskimi. Pierwszym arcybiskupem gnieźnieńskim z Polaków był w r. 1027 mianowany Bossuta, herbu Wieniawa, pochodzenia czeskiego, lecz w Polsce urodzony. Bolesław Chrobry sprowadził Benedyktynów r. 1008 i 1009 i osadził w Sieciechowie na Łysej Górze i na Tyńcu; lecz niema dowodu, aby ten zakon tu krzewił naukę, albo pielęgnował sztukę lekarską, czem odznaczał się na zachodzie, bo podobno wówczas nie czynił już wogóle zadość temu pierwotnemu swojemu powołaniu, a w Polsce stawała jeszcze temu na przeszkodzie nieznajomość języka krajowego.

Wogóle przez napływ obcych tak do klasztorów, jak do miast i osad, język polski tak poszedł w poniewierkę, że biskupi w celu skutecznego nauczania brać go w obronę musieli.

Przy katedrach powstawały szkoły; najdawniejszą założył w Smogrowie na Szląsku biskup Urban I, rzymianin, za Bolesława Chrobrego, a przy końcu XI wieku musiały już być dosyć dobre szkoły, powiada M. Wiszniewski, (T. I str. 328), kiedy Laurentius, syn wieśniaka, został roku 1106 biskupem, a Jakób ze Znina, syn włościanki, został r. 1118 arcybiskupem gnieźnieńskim. Jedną ze szkół, które się znacznie w krótkim czasie rozwinęły, była szkoła P. Maryi (Zakłady Uniwersyteckie w Krakowie. Kraków 1864, str. 3. 4) w Krakowie, powstała w wieku XIII z farnej dominikańskiej, założonej przy kościele św. Trójcy przez Iwona, biskupa krakowskiego w r. 1227, która skutkiem rozwoju swojego była poniekąd zawiązkiem i kolebką oświaty, a co do nauk filozoficznych nawet uzupełnieniem późniejszej szkoły głównej. W niej, według świadectwa Kołłątaja, miał uczyć słynny Vitellio. (Ciąg dalszy nastąpi).

*) Z obszernego rękopisu bł. p. J. Oettingera pod tyt. »Rys historyi medycyny powszechnej«, będącego własnością »Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniw. Jag.«, a łaskawie nam udzielonego przez prof. Walerego Jaworskiego, podajemy urywki, dotyczące dziejów medycyny w Polsce. Na tej drodze pragnęlibyśmy ocalić chociaż cząsteczkę wielkich rozmiarów rękopisu i złożyć hołd pamięci sumiennego badacza, głębokiego znawcy historyi medycyny powszechnej, wytwornego stylisty, męża tyle zasłużonego około polskiego słownictwa lekarskiego. (*Red.*).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

II. Zakłady humanitarne i lecznicze.

A) Szpitale.

Z końcem r. 1898 było w Galicyi szpitali publicznych 28, zaś prywatnych 56, obejmujących razem 5,178 łóżek. Wykazem tym nie zostały objęte łóżka w klinikach obu uniwersytetów, gdyż c. k. Namiestnictwo nie otrzymało dotąd (do daty wydania Sprawozdania) wykazów o ruchu chorych w tych zakładach (!)

W roku 1899 szpital powiatowy husiatyński, otwarty w roku 1898, zamieniono na szpital publiczny. W końcu więc roku 1899 było szpitali publicznych 29; z liczby prywatnych ubył jeden (husiatyński), przybyło zaś trzy: w Gorlicach — powiatowy, w Drohobyczu — nowy szpital żydowski i mały szpital fabryczny w Rożniatowie, — było więc z końcem roku 1899 szpitali prywatnych 58, liczących 5,340 łóżek. Wypadało więc jedno łóżko szpitalne (tak w szpitalach publicznych, jak i prywatnych) na 1353 mieszkańców. Przypominamy, że nasza prowincya stoi pod tym względem najgorzej z całej monarchii, cośmy liczbowo wykazali w roku zeszłym. Gdyż nie mówiąc już o krajach, gdzie jedno łóżko wypada na 100 do 300 mieszkańców (Tryest, Tyrol, Austrya niższa itd.), nawet Dalmacya ma jedno łóżko na 1000 mieszkańców, a w Czechach, Morawie, Śląsku i t. d. wypada jedno łóżko przeciętnie na 700 mieszkańców.

Wyniki leczenia w szpitalach podali i w tym roku niektórzy lekarze w liczbach, nie wzbudzających zaufania. Podajemy tu więc tylko sumy zebrane, ze wszystkich szpitali z których w r. 1899 wyszło:

z publicznych:	wyleczonych	41,155,	z prywatnych:	11,222
„	z polepszeniem	6,177,	„	1,715
„	niewyleczonych	2,713,	„	658
„	zmarło zaś	3,813,	„	1,241

Liczby te tylko nieznacznie różnią się od liczb w roku 1898. Największą liczbę leczonych i wypuszczonych ze szpitali stanowili

chorzy na choroby weneryczne:	15·64%
Dalej — chorzy na choroby narządu oddechowego	10·92%
„ „ „ „ „ pokarmowego	7·80%
„ „ cierpiący na gruźlicę i zołzy	7·13%
„ „ „ „ rany	4·74%
„ „ na choroby zakaźne	4·35%

Chorzy weneryczni dostarczali zatem szpitalom największego kontyngentu. Zwłaszcza zaś w powiatach stanisławowskim, kosowskim i okolicznych szerzy się kiła od lat kilku. Wydelegowany do tych miejscowości krajowy referent sanitarny radzi, aby w celu zwalczania w tych okolicach chorób wenerycznych i kiłowych:

1) Powiększyć liczbę lekarzy okręgowych i to przedewszystkiem lekarzami, wykazującymi się praktyką w oddziałach syfilitycznych.

2) W miejscu zamieszkania lekarza utworzyć bezpłatne ambulatorya z lekami i t. d.

3) Lekarzy okręgowych wysyłać do różnych gmin, położonych w okolicy ich miejsca zamieszkania, w celu badania i leczenia chorych także po domach.

4) Założyć choćby tylko filialne szpitale w Kosowie i Nadwórnej.

5) Na kierowników tych zakładów wybierać lekarzy, posiadających dłuższą odpowiednią praktykę szpitalną.

Takie szpitale mogłyby być choćby tymczasowo (np. w barakach) pomieszczone i przyjmować także chorych na inne choroby.

„Rozstrzygnięcie co do tych wniosków nie nadeszło dotąd (do daty druku Sprawozdania) ani od Ministerstwa spraw wewn., ani od Wydziału krajowego".

Jednak w r. 1902 zostało wreszcie delegowanych do tych powiatów paru lekarzy.

Koszta leczenia chorych małym tylko podlegały zmianom. Najtaniej kosztowało utrzymanie chorego przeciętnie dziennie w szpitalu w Lubaczowie (39·1 cnt.), w Żółkwi (42·2 cnt.) i t. d.; najdrożej w Bochni (69·8 cnt.). (Dzienny przeciętny koszt utrzymania chorego na klinikach uniwersyteckich obraca się około 3 koron).

B) Zakłady dla obłąkanych.

Opłakane stosunki, dotyczące braku pomieszczenia dla obłąkanych w Galicyi, pogarszają się z roku na rok coraz to bardziej w miarę przyrostu ludności i, co za tem idzie, przyrostu liczby obłąkanych, a niezmienionej od lat (w r. 1882 zmniejszonej przez zwinięcie zakładów w Przemyślu i Żółkwi o łącznych 150 łóżkach), liczby krajowych zakładów i łóżek w nich, a mianowicie w Kulparkowie 560 łóżek i w szpitalu św. Łazarza 115 łóżek, a w dwóch zakładach prywatnych 24 łóżek. To też w Galicyi przypada jedno łóżko dla obłąkanych na 9372 mieszkańców (w całej Austryi na 1943).

W Galicyi 72·8% obłąkanych jest bez pomieszczenia, a więc i bez opieki; zaś w całej Austryi tylko 46·5%. Oba też zakłady krajowe są stale przepełnione; w Kulparkowie jest miejsce na 560 chorych, a tymczasem z końcem r. 1898 było chorych 706, z końcem r. 1899 nawet 729. W Krakowie jest miejsce na 115 chorych, było zaś z końcem r. 1898 aż 133 chorych, z końcem 1899 r. 129 chorych. A świeżo napływających chorych jest tak wielu, że z konieczności wypuszcza się chorych zawcześnie, zupełnie nie wyleczonych. Jest to wprost upokorzeniem, ale i ciężkiem nieszczęściem Galicyi, o czem kronika kryminalna i ogniowa dowodnie przekonywa.

Na jedną jeszcze okoliczność zwrócić musimy uwagę, t. j. na znaczny odsetek izraelitów, pomieszczonych w naszych zakładach (w Kulparkowie 19·4%, w Krakowie 18·3% wszystkich chorych), choć odsetkowy stosunek liczby umysłowo chorych izraelitów do chrześcian jest wogóle mniejszy. Z tego wynika, że izraelici oddają swych obłąkanych o wiele częściej do zakładów, aniżeli chrześcianie, bo umieją lepiej ocenić dobrodziejstwo pomieszczania takich chorych w zamkniętym Zakładzie leczniczym, tak samo, jak rozumieją też lepiej potrzebę leczenia swych chorych wogóle i dlatego daleko częściej wzywają pomocy lekarskiej, niż ludność wiejska chrześciańska.

Wyniki leczenia w Zakładach naszych są dobre, skoro na 2031 chorych, leczonych w ciągu r. 1902 w obu zakładach, wypuszczono wyleczonych 362, t. j. około 18%. Z braku miejsca musiano wypuścić prawie dwa razy tyle, t. j. 539 chorych, niewyleczonych zmarło zaś 258 chorych.

Sprawozdanie zawiera wreszcie, jak corocznie, liczne tablice, dotyczące wieku, zajęcia, pochodzenia chorych, rodzajów choroby, ich przyczyn itd.

C) Zakłady położnic.

Z powodu utworzenia Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie lwowskim urządzono tamże nową klinikę położniczo-ginekologiczną, będącą w połączeniu ze szkołą położnych z 51 łóżkami i oddziałem szpitalnym dla chorób kobiecych. Natomiast szkoła akuszerek w Krakowie ma tylko 30 łóżek, na których przeciętnie przebywa dziennie 42·9 matek! Gdybyż przynajmniej sale tego lokalu były widne, obszerne, dobrze przewietrzane. Lecz są to maleńkie, nizkie, sklepione celki klasztorne, każda o jednem małem okienku i jednych małych jednoskrzydłowych drzwiach. Działalność dydaktyczna i lekarska personalu lekarskiego jest naturalnie w tych warunkach szalenie trudną, warunki dla chorych nadzwyczaj przykre. Mimo to wyniki dobre, jak świadczy Sprawozdanie. Ile jednak te wyniki wymagają wysiłków, zupełnie zbytecznych w dobrze urządzonych zakładach, o tem tylko naocznie przekonać się można

We Lwowie na 51 łóżkach było przeciętnie 32 matek; w Krakowie na 30 przeciętnie 42·9 matek. We Lwowie odbyło się porodów 737, w Krakowie 625. Z ogólnej liczby dni leczenia we Lwowie (11,656) wypada na jedną położnicę 13·7 dni, w Krakowie (15,668), średnio 16·4 dni. Koszt dzienny jednej położnicy we Lwowie 2 K. 18 gr., w Krakowie 1 K. 64 gr.

Rozdziały następne ze stanowiska higieniczno-lekarskiego mniej ważne, a dla spostrzeżeń ogólno-społecznych zbyt lakoniczne i niedokładne pomijamy. Należą tu ustępy o zdrojowiskach, domach zaopatrzenia, domach ubogich i podrzutkach.

III. Ułomni.

a) Obłąkanych, nie pomieszczonych, wykazano z końcem r. 1899 tylko 2659.

Na 100,000 mieszkańców przypada w całej monarchii 72 obłąkanych, w Galicyi tylko 40 (!?)

b) Matołków w r. 1899 wykazano 3847, z których tylko jeden był umieszczony w zakładzie zaopatrzenia. Najwięcej matołków wykazały powiaty górskie Galicyi zachodniej.

c) Głuchoniemych wykazały tesame powiaty również najwięcej. W całej Galicyi było ich z końcem 1899 r. 10.731, t. j. 161 na 100.000 mieszkańców.

d) Ciemnych wykazano w Galicyi z końcem 1899 r. 4810. I pod tym względem zajmuje Galicya ze wszystkich krajów monarchii drugie najniekorzystniejsze miejsce. Z wywodów dalszych Sprawozdania zdaje się wynikać, że największa liczba tych nieszczęśli-

wych ociemniała wkrótce po urodzeniu (*blenorrhoea neonatorum* Patrz „Przegl. lek.“ Nr. 1, z r. 1903).

e) Nałogowych pijaków wykazano w Galicyi z końcem 1899 roku 5464, (o 379 mniej, niż w roku zeszłym). Czy jednak można polegać na tych wykazach, jeśli np. Kraków wykazał 506, a Lwów tylko 58? Tem wątpliwsze są naturalnie liczby z powiatów.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Liczba dzieci, obowiązanych do szczepienia, wynosiła w 1899 roku 263.585; z tych zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym 212.591 (80.6%), bez skutku 9863 (3·7%), ze skutkiem nieznanym zaś 16.185 (6·1%). Wreszcie 24.944 (9·5%) pozostało nieszczepionych. I znowu należy wyrazić wątpliwość, ażali liczby te są prawdziwe. Samo Sprawozdanie podnosi poważne wątpliwości co do liczb wykazanych ze Lwowa i Krakowa. I tak, we Lwowie miało pozostać nieszczepionych 46·9% obowiązanych do szczepienia, w Krakowie aż 58·2%. Wysokość tych liczb tłómaczy może ta okoliczność, że zamożniejsza ludność obu stolic wzywa do szczepienia swych dzieci lekarza domowego. Władza miejska zaś może mieć wiadomość o szczepieniu tylko tych dzieci, które zostały zaszczepione przez lekarzy miejskich darmo. Inaczej rzecz się ma na prowincyi. Tu liczba rodzin zamożniejszych, starających się własnym kosztem o szczepienie swych dzieci, znacznie jest mniejszą, to też liczby obowiązanych do szczepienia, a nieszczepionych, na pewne więcej zbliżają się do prawdy, a są także dość znaczne. Dzieci takich wykazały powiaty: podhajecki 22·8%, sądecki 20·8%, rzeszowski 18·8%, stryjski 16·7%, gródecki 16·3%, tarnowski 16·1% itd.

W roku 1899 rewakcynowano w całym kraju 215.472 osób i to 164.070, tj. 76·1%, ze skutkiem dobrym, 30.630 bez skutku, a 20.722 ze skutkiem niewiadomym. Szczepienia z konieczności dokonano u 10.791 osób i to u 9349 ze skutkiem dobrym. Dzieci szkolnych wcale, albo bez skutku szczepionych, zaszczepiono w 1899 roku 9325 i to 8335 z dobrym skutkiem.

Koszta szczepienia wyniosły w roku 1899 w całym kraju 140.863 koron; średnio więc wypada na jedno szczepienie 26 groszy.

Zakładów wyrobu krowianki było 3 we Lwowie, a jeden w Lisku, z których każdy około 100.000 jednostek szczepienia w porcyach wydał. Według Sprawozdań c. k. lekarzy urzędowych wahają się wykazane odsetki przyjęcia się szczepienia krowianką z tych zakładów między 93·1%, a 97·6%; wyniki więc są prawie jednakowe. (Ciąg dalszy nastąpi).

† Władysław Ściborowski.

doktor medycyny, b. prezes i członek honorowy Towarzystwa lekar. krakowskiego, członek Towarzystw lekarskich: w Wilnie, Kamieńcu, Warszawie, Lwowie; członek nadzwyczajny Akademii Umiejętności w Krakowie; b. prezes Towarzystwa dobroczynności i radca Arcybractwa miłosierdzia w Krakowie i t. d. — zakończył życie w Krakowie d. 26 kwietnia, licząc lat 70.

Ś. p. Dr. Władysław Ściborowski przyszedł na świat w Krakowie r. 1833; nauki średnie odbył w gimnazyum św. Anny; w r. 1848 wstąpił na Wydział filozoficzny Uniw. Jagiell., lecz po dwóch latach przeniósł się na Wydział lekarski, który ukończył r. 1856 ze stopniem doktora medycyny i chirurgii, poczem zamieszkał w Wilanowie, gdzie objął obowiązki lekarza szpitala św. Aleksandra. W r. 1864, w którym zamknięto szpital wilanowski, przeniósł się do Krakowa, w którym żył, działał i dokonał zasłużonego żywota. W r. 1865 mianowany został lekarzem przysięgłym przy sądach krakowskich. Po śmierci Dr. Trembeckiego objął obowiązki lekarza zdrojowego w Szczawnicy i do rozwoju tego zakładu nie szczędził sił; podupadające zdrowie zniewoliło ś. p. Ściborowskiego do opuszczenia tego stanowiska. Od r. 1880 przewodniczył Komisyi balneologicznej Tow. lekar. krakowskiego. Na polu filantropii naszego miasta był wielce czynnym i bardzo zasłużonym, jako prezes Towarz. dobroczynności i radca Arcybractwa miłosierdzia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, którego zmarły kolega był członkiem założycielem, zawdzięcza Mu swoją organizacyę, którą, jako sekretarz stały w ciągu 11 początkowych lat, przeprowadził i postawił na podstawach, niezmiennie trwających do dnia dzisiejszego. Po złożeniu czynności sekretarza stałego wybrany został na wiceprezesa, w roku 1879 na prezesa, a w 1880 na przewodniczącego Komisyi balneologicznej. Uznając niespożyte zasługi śp. Ściborowskiego dla swego bytu i rozwoju, Towarzystwo lek. krak. mianowało go członkiem honorowym.

Wysoce i wszechstronnie wykształcony, rozmiłowany w pracy i skutecznie pracujący, pozostawił śp. Ściborowski bogaty dorobek literacki, 78 rozpraw różnej treści z zakresu medycyny. Zdrojowiska polskie we wczesnym okresie swego rozwoju zawdzięczają Zmarłemu ścisły naukowy opis i oznajomienie szerokiego ogółu o krajowych zakładach leczniczych, o wartości mineralnej zdrojów, klimacie, urządzeniach i t. d.

Zmarł mąż sędziwy, świadek wielu przeobrażeń społecznych i naukowych, wzór pracy i wytrwałości, zasłużony filantrop, lekarz o szerszym zakresie działania. Usiłowanie naśladowania tego wzoru lekarza-obywatela, kroczenie po drodze pracy obywatelskiej i zawodowej, którą On szedł, to jedyne, lecz godne Zmarłego uczczenie niespożytej pamięci zasłużonego i wysoce cenionego Kolegi.

Dr. A. Kwaśnicki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30. kwietnia.

Towarzystwo lekar. krak. odbyło d. wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorego przez kol. Dr. Spirę, odbył się odczyt kol. Dr. Biera: »O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych«.

* Redakcyę „Przeglądu zdrojowego“ objął Dr. Zygmunt Wąsowicz.

* D. 4 maja odbędzie się we Lwowie Zjazd delegatów galicyjskich Towarzystw lekarskich. Celem Zjazdu będą obrady i uchwały, zmierzające do poprawy bytu wdów i sierót po lekarzach.

* Dziś w Warszawie kończy obrady Zjazd zwołany przez miejscowe Towarzystwo higieniczne, w celu przedyskutowania, powzięcia uchwał i postanowień, zmierzających do poprawy stosunków higienicznych w miastach i wsiach Królestwa polskiego. Zjazd trwał 4 dni. Program podpisali: Dr. J. Polak i Dr. Palmirski. Prócz odczytów, których zapowiedziano 52, odbyło się kilka posiedzeń ogólnych w celu sformułowania wniosków. Tematy odczytów i wnioski dotyczyły pierwszorzędnych zagadnień asanizacyi kraju.

Ze Zjazdem połączoną była Wystawa higieniczno-dydaktyczna.

* XIV-ty międzynarodowy Kongres lekarski rozpoczął się d. 23 b. m. w Madrycie pod przewodnictwem p. Silveli, prezydenta ministrów. Przybyło członków do 7,000.

Na kilka dni przed rozpoczęciem się Kongresu w Madrycie (19—21 b. m.) odbył się międzynarodowy Kongres talasoterapii. Obrady ukończono na trzech posiedzeniach, na których przewodniczyli: Robin, Winternitz i Casse. Przyszły Kongres odbędzie się za trzy lata w Abbazyi.

* Wydział krajowy mianował dyrektorami szpitali powszechnych: Dra Tadeusza Fechtera w Jarosławiu i Dra Bolesława Gierzabka w Husiatynie.

* Kierownictwo oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Braci miłosierdzia w Krakowie objął Dr. Józef Rożecki.

* W oddziale ocznym szpitala powszechnego w Rzeszowie (16 łóżek) leczono w r. 1902 chorych stałych 314, przychodnich 1253. Większych operacyi wykonano 56. Oddział ten znajduje się pod kierunkiem Dra Zagórskiego.

* Rak w Anglii staje się z roku na rok częstszym: w ostatnich 36 latach z 2,7‰ podskoczył odsetek na 6,5‰, a w niektórych hrabstwach dosięgnął 9‰.

* VII-my międzynarodowy Kongres otologów odbędzie się w Bordeaux między 1 a 4 sierpnia 1904 r. W sprawach tego Kongresu należy adresować listy do sekretarza jeneralnego Dra Lermoyez (Paryż, 20 *bis*, r. de la Boëtie).

* Prof. Flügge z Wrocławia nie przyjął posady profesora higieny w Wiedniu. Z tego powodu minister Hartel zamianował zastępczo na letnie półrocze prof. nadzwyczajnego Schattenfroha do wykładów higieny i kierownictwa prac w zakładzie higienicznym. P. Minister ma przekonanie, że wybudowanie i urządzenie nowego zakładu

higieny w Wiedniu, które ma być ukończone w r. 1904, zdecyduje prof. Flüggego do objęcia tego stanowiska.

* Na posiedzeniu paryskiej Akademii lekarskiej Dr. Parmentier zdawał sprawę ze swoich badań nad kryoskopią mleka, jako z sposobu wykazania domieszki wody do mleka. Z doświadczeń Wintera (1895) już było wiadomo, że mleko zamarza przy —0,55 C., a właściwie między —0,54° a —0,57 C. Mleko, które zamarza przy wyższej lub niższej ciepłocie od stopni wyżej przytoczonych, zawiera na pewno przymieszkę.

* Między 8 a 14 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: w m. Lwowie 1 przypadek; w powiatach: brzeskim (2 gm.), czortowskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), husiatyńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), myślenickim (3 g.), nadworniańskim (1 g.), niskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), przemyślańskim (1 g.), przeworskim (2 g.), rawskim (1 g.), rudeckim (1 gm.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (5 g.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIV (5—11—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 151. zmarło osób 44, a mianowicie: z gruźlicy 6 (1 zam.), z zapalenia płuc 6, z krzuśćca 2, z płonicy 4 (2 zam.), z cholery niemowląt 1.

Nekrologia. Dr. Franciszek Czapla, zasłużony lekarz, zmarł w Chełmnie. — Dr. Wład. Jasiński zmarł we Lwowie, w 76 r. życia. (Życiorys podamy w następnym Nrze).

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Witkowski: Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic. Brzozowski: Kilka uwag krytycznych o praktyce lekarskiej wśród ludu wiejskiego. Pełczyński: W sprawie walki z ospą. Lidmanowski: Kilka słów o leczeniu niedrożności jelit więcej niż najwyższemi dawkami atropiny. Arnstein: Kilka uwag o kąpielach nasyconych kwasem węglowym (gazowych) przy chorobach serca i naczyń. Rozenfeld: W sprawie leczenia polucyj. Rosenfeld: Przypadek duru brzusznego o przebiegu bezgorączkowym. Rząd: Przypadek srebrzycy (Argyria).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Nartowski: Światło i jego działanie lecznicze. Wąsowicz Wieliczka — miejscem kąpielowem.

— *Medycyna* Nr. 16 Majkowski: O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (ciąg dalszy).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 2. Krakowski: Nowe leki. zalecane do celów dentystycznych (dok.). Nr. 3. Zieliński: Kilka słów z historyi zębów sztucznych.

— *Przegląd higieniczny* Nr 4 Sprawozdanie fizykatu m. Lwowa z oględzin lekarskich w szkołach miejskich, przeprowadzonych w roku szkolnym 1899—1900. 2) Wychowanie fizyczne młodzieży szkół ludowych we Lwowie i starania około jej do ra cielesnego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka. Koenigstein: O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa gardła i krtani. Saks: O śródmacicznem stosowaniu balonów gumowych w położnictwie.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16. Merhaut: O výživě nemluvňat škrobovinami vůbec a moučkami dětskými zvláště (dok.). Cisler: K pathologii laryngealních poruch u paralysis agitans. (dok). Slavík: Vražda udušením z utopení či smrt přirozená?

— *La Presse medicale* Nr. 31. Desfosses i Martinet: O lawatywach.

— Nr. 32 Luys: Leczenie i rozpoznanie uretroskopijne przewlekłych zapaleń cewki moczowej. Letulle: Autopsia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Brieger i Diesselhorst: Badanie trucizn używanych do strzał w niemieckiej wschodniej Afryce. Huber: O niektórych zjawiskach przy leczeniu zapalenia płuc. Liepelt: Mesotan, zewnętrzny lek przeciwgośćcowy. Cohn: Czy można zastąpić kateteryzowanie moczowodów segregatorem moczu? Salzwedel: Zadania lekarzy w zreformowaniu opieki nad chorymi (c. d.). Sukiennikow: Anatomia topograficzna tchawiczych i oskrzelowych gruczołów chłonnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Pick: Żółtaczka dziedziczna. Weiss: Otyłość bolesna (Choroba Dercuma). Holub: Przypadek tężca głowy z porażeniem nerwu podjęzykowego, wyleczony wlewaniami pod oponę twardą antytoksyny Behringa. Hibler: Opadnięcie torbielowato rozszerzonego przez pęcherz i cewkę moczowodu do sromu u dziewczynki 6-tygodniowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Zangenmeister i Meissl: Porównawcze badania krwi matki, dziecka i wody płodowej, oraz uwagi nad moczem płodu. Schenk: Leczenie krwisteku przy ciąży zamacicznej. Holzapfel: Wyjaławianie materyału opatrunkowego w małej ilości. Galli: Uderzenie serca i koniuszka serca w niedomykalności zastawek aorty. Rautenberg: Spostrzeżenia nad zmianami we krwi po wycięciu śledziony. Hösslin: Dwa przypadki niedokrewności złośliwej. Wolf: O przewietrzaniu. Gossner: Prawidła do przyrządzania mięszanin o rozmaitem stężeniu. Berka: Otrucie dwuchromanem potasowym: Kantorowicz: Nowa strzykawka do parafiny. Bruns: Niebezpieczeństwo zakażenia się tęgoryjcem dwunastnicy w kopalniach. Kronenberg: Leczenie gruźlicy krtani (dok.)

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17. Körte: Przypadek zaczopowania nerwu twarzowego i podjęzykowego. Beckmann: Czy należy użyć poprzedniego ogrzewania w sterylizatorze parowym? Koreck: Technika barwienia pasorzyta zimnicy. Oberwarth: Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła u dziecka.

Redakcya otrzymała. Popielski: Fizijołogiczeskija osnowanija racijonalnoj raskładki piszczewaho dowolstwija. Stołyhwo: Czaszka z Gadomki. Dr. Presch: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Zeszyt VI. Nakład A. Stubera w Würzburgu. — Trzydzieste Sprawozdanie Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1902. Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 6 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dr. Bochenek będzie miał wykład na temat: „Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie?“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 751. **Konkurs.**

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.

Dyrekcya Zakładu sierót i ubogich Fundacyi hr. Stan. Skarbka w Drohowyżu p. Mikołajów nad Dniestrem ogłasza konkurs na posadę lekarza Zakładu.

Pobory wynoszą 2.000 koron rocznej płacy, pomieszkanie z opałem, trzy pięciolecia w wysokości 10% pobieranej płacy i prawo do emerytury w razie stabilizacyi.

Podania należycie dokumentowane nadsyłać należy do 10 maja na ręce Dyrekcyi Zakładu. W Drohowyżu 16 kwietnia 1903. *Schmid.*

Rok XLII. Kraków 9 Maja 1903. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Dwa dalsze przypadki wycięcia śledziony.

Podał

Dr. Edward Cetnarowski,

lekarz oddziału.

Rozejrzawszy się w opisach wszystkich chorób śledziony, leczonych chirurgicznie w ostatnich czasach, a zwłaszcza jej wycięcia, musimy przyjść do przekonania, że zabieg ten chirurgiczny nabrał dziś istotnego i doniosłego znaczenia. Z jednej bowiem strony wzbogacił obficie zasób środków leczniczych w przebiegu bardzo wielu i to poważnych cierpień tego gruczołu, z drugiej zaś przyczynił się całym szeregiem następowych badań i spostrzeżeń do rozświecenia fizyologicznego zadania śledziony w ustroju, że wspomnę tu tylko o spostrzeżeniach Jonnesci co do wpływu śledziony na toksyczność moczu itp.

Zestawiając ze sobą wszystkie te przypadki, zauważyć również należy, że splenektomia dawała przeważnie pomyślne wyniki, o ile robioną była przy uwzględnieniu pewnych ściśle określonych wskazań i przeciwwskazań. Do rzędu pierwszych zaliczyć wypada: zimniczy obrzęk śledziony, jeżeli inne środki lecznicze, jak chinina, stosowana wewnętrznie lub podskórnie, zimne natryski na okolicę śledziony, elektryzowanie guza, zupełnie nie skutkują, a obrzęk sprawia znaczne dolegliwości choremu, dalej — nowotwory śledziony, gruźlica, bąblowiec, samoistny przerost, krwotoki przy zranieniach i pęknięciach śledziony, o ile w inny sposób utamować się nie dają. Do przeciwwskazań należą: zwyrodnienie skrobiowate śledziony, zastoinowy jej obrzęk, białaczka rzekoma i prawdziwa. Podczas gdy śmiertelność w ostatnich latach w pierwszej grupie wynosiła 18—19%, w drugiej natomiast wahała się od 96% do 100%. — liczba zastraszająca, która powinna być poważnem upomnieniem dla każdego chirurga. Jeżeli weźmiemy do rąk statystykę splenektomii specyalnie przy białaczce, przekonamy się, że na 42 chorych, operowanych do roku 1900, czterech tylko przetrzymało operacyę, z tych jeden tylko cieszyć się miał trwałą poprawą; trzech innych natomiast w ciągu krótkiego stosunkowo czasu zmarło wśród gwałtownego upadku sił (Bessel-Hagen). Dlatego też w najnowszych czasach cały szereg autorów, jak Ehrlich, F. Kraus, Braun i wielu innych, stanowczo przestrzega przed tym zabiegiem w podobnych przypadkach — może słusznie, o ile na razie sądzić można. Wycięcie śledziony już samo przez się jest zabiegiem operacyjnym bardzo ciężkim, tem cięższym jeszcze i niebezpieczniejszym, jeżeli uwzględni się, że operuje się osobnika wyniszczonego tak ciężką chorobą, jaką jest białaczka. Największe niebezpieczeństwo stanowi jednak brak należytej krzepliwości krwi, co powoduje czasami już wśród samej operacyi trudne do zatamowania krwotoki, a najczęściej daleko groźniejsze krwotoki pooperacyjne. Przypuśćmy, że chory szczęśliwie to niebezpieczeństwo ominął; zachodzi teraz pytanie, czy usunięcie śledziony wpłynęło na dalszy przebieg białaczki, czy też nie? Na to znowu cały szereg badaczy odpowiada stanowczo „nie“, gdyż niestety, nawet ten jeden powyżej przytoczony przypadek trwałego polepszenia miał miejsce w przebiegu bardzo wątpliwej białaczki (Bessel-Hagen), a w przedstawionym w ubiegłym roku na Zjeździe chirurgów polskich przypadku Pomorskiego kontrola następowa zbyt jeszcze była krótką.

I nie można absolutnie dziwić się ostremu zdaniu Bessel-Hagena, które wygłosił na 29-ym Kongresie chirurgów w Berlinie 1900 r.: „Deshalb werden wir auch, solange wir nicht im Stande sind die leukaemische Blutung zu beherrschen, die Exstirpation einer leukaemischen Milzgeschwulst für einen unverzeihlichen Fehler halten müssen, für ein Vorgehen, welches mit fast unweigerlicher Sicherheit den Kranken dem Tode überliefert“, — choć zdaniem prof. Trzebickyego dalsze próby operacyjne na tem polu, wobec dotychczas niepomyślnego rokowania w tej chorobie przy leczeniu wewnętrznem, są bądź co bądź wskazane.

W oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w roku ubiegłym na 5 splenektomij *) wykonano jedną z powodu białaczki. W naszym przypadku nienajgorszy zasób sił chorej i niezbyt wielkie nasilenie sprawy chorobowej, jak to z poniższego opisu, a zwłaszcza z dokonanych badań krwi łatwo wnioskować można, mogły skusić do spróbowania zabiegu operacyjnego; a choć bardzo rychłe zejście śmiertelne było jedynem efektem, to przecież zdaniem prof. Trzebickyego nie można go kłaść w zupełności na karb samej sprawy chorobowej; współwinę ponosi choć w części i technika operacyjna, jak to poniżej wykażę.

I. *Katarzyna Majewska*, l. 40, żona rolnika z Kamienicy.

Wywiady: W młodości nie przebywała żadnych chorób. Obecne cierpienie trwa od lat dwóch; ogólne osłabienie, częste kłócie w boku, duszność, bicie serca, ucisk w okolicy żołądka, brak łaknienia, zaparcie stolca, oto cały szereg podmiotowych objawów choroby. Od roku zauważyła powiększanie się brzucha, zwłaszcza po stronie lewej, od tego czasu odczuwa ciśnienie w brzuchu ku dołowi, nierzadko silne bóle w podżebrzu lewem, zwłaszcza przy cięższej pracy i przy schylaniu się.

Stan obecny. Wzrost mały, budowa kośćca mierna, odżywienie dość dobre. Skóra i błony śluzowe blade, bardzo niedokrewne skóra sucha, bez połysku. Płuca bez zmian. Stłumienie serca na prawidłowej przestrzeni; przysłuch wykazuje: tony serca dość głuche, kró-

*) Trzy ogłoszone w artykule Dra Strycharskiego: Trzy przypadki wycięcia śledziony. (Nowiny Lekarskie 1902, Zeszyt 10).

tki szmer skurczowy z niedokrewności. Tętno regularne, dość dobrze napięte, 100. Brzuch znacznie wypuklony, zwłaszcza w podżebrzu lewem; w brzuchu daje się wyczuć guz olbrzymich rozmiarów, zbitości twardej, o powierzchni gładkiej, brzegu gładkim, tępym, dość łatwo palcami podejść się dającym. Guz ten jest nieco tkliwy; przekracza na 2 palce linię środkową ciała, a ku dołowi nie dochodzi na dłoń do kości łonowej lewej. Nad guzem wypuk wyraźnie stłumiony; guz ten niezaprzeczenie jest znacznie powiększoną śledzioną. Wątroba niemacalna, wypukiem niepowiększona. Inne narządy bez zmian. Mocz prawidłowy. Ciepłota ciała niepodwyższona.

Przedsięwzięte badanie krwi dnia 20. IX. 02. dało wynik następujący. W świeżym preparacie krwi, badanym pod drobnowidem, uderza odrazu znacznie zwiększona obecność tworów krwi białych; liczne makro- i mikrocyty, nieliczne poikilocyty, lepkość krwi zmniejszona.

Liczba ciałek krwi czerwonych = 3,400.000
» » » białych . . = 50,000
Stosunek 1:68. Hg. (Gowers) . 55%

W preparatach ustalonych przez 24 godzin w alkoholu absolutnym, barwionych 1% wodnym rozczynem eozyny, a podbarwianych błękitem metylowym, znaleziono następujący obraz: neutrofilów 47%, eozynofilów 4%, myelocytów neutrofilnych 22%, myelocytów eozynofilnych 10%, komórek tucznych 5%, limfocytów 12%; liczne normoblasty 1:280.

Na podstawie tego badania krwi nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z białaczką pochodzenia szpikowego *(leucaemia myelogenes)*.

Dnia 22. IX. przystąpiono do wycięcia śledziony. W znieczuleniu eterowem poprowadzono cięcie, rozpoczynające się 3 ctm. poniżej łuku żebrowego lewego w linii sutkowej i przebiegające skośnie ku spojeniu łonowemu; bardzo skrzętnie i dokładnie zaopatrzono wszystkie naczynia skórne i mięśniowe. Po otwarciu jamy brzusznej wyważono śledzionę ogromnych rozmiarów, co przy braku wszelkich zrostów bardzo łatwo dało się wykonać; następnie przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności, po kolejnem, bardzo dokładnem podwiązaniu wszystkich naczyń grubej, a krótkiej szypuły, wycięto śledzionę. Utrata krwi podczas operacyi była możebnie mała, nie wynosiła z pewnością nawet łyżeczki od kawy. Ranę w całości zaszyto. W dwie godziny po operacyi tętno było regularne, dość dobrze napięte, 110 uderzeń na minutę. Godzina 5-a popołudniu: chora blada, tętno nieregularne, słabo napięte, 120, ciepłota ciała 36·8° C.

23. IX. godzina 2-a w nocy. Bardzo znaczne osłabienie. Tętno słabo wyczuwalne, 140. Wstrzyknięto kofeinę. Godzina 5-a rano: chora trupio-blada, pokryta zimnym potem; tętno niemacalne. Godzina 7-a rano: śmierć wśród nader silnych potów.

Sekcya przedstawiała następujący obraz: narządy wewnętrzne blade; płuca bez zmian; serce wypełnione dość licznymi skrzepami, barwy zielonawo-żółtej, wejrzenia ropiastego; skrzepy te zupełnie nie przylegają do ścian serca. W jamie brzusznej dość obfita ilość krwi i skrzepów wejrzenia ropiastego. Wszystkie podwiązki pooperacyjne nienaruszone; mimo najdokładniejszego szukania nie można wykryć naczynia, z któregoby krwotok miał miejsce. W wątrobie i nerkach dość liczne niewielkie, ograniczone, charakterystyczne dla białaczki — nacieki. W częściach środkowych szpiku kostnego zaczerwienienie; w obwodowych naciek szary, ropiasty. Badanie histologiczne wyciętej śledziony, której długość wynosiła 38 ctm., szerokość 26 ctm., a grubość 14 ctm. i która ważyła 5,000 gramów, nie przemawia w niczem przeciwko rozpoznaniu białaczki.

Opisany wyżej przypadek, podobnie jak tyle innych poprzednio ogłoszonych, zdaje się wskazywać, że splenektomia przy białaczce, zwłaszcza przy białaczce szpikowej, powinna być stanowczo zarzuconą, jako operacya, która choremu zamiast korzyści sprowadza rychłą śmierć. Tę grupę chorób należy może w zupełności, niepodzielnie zostawić internistom, przed którymi otwiera się zupełnie nowe pole, jeszcze wprawdzie niedostatecznie wyjaśnione, ale które po wielu badaniach i próbach może w przyszłości da korzystne wyniki. Zauważono bowiem, że choroby zakaźne, jak gruźlica płuc, grypa, posocznica, róża, wywierają niezaprzeczony i to dodatni wpływ na przebieg białaczki. I tak Richter opisuje jeden przypadek, w którym u chorego, cierpiącego na białaczkę, z chwilą wystąpienia róży można było zauważyć znaczną poprawę w mięszaninie krwi, liczba ciałek białych spadła z 380.000 (!) na 29.100, również stan ogólny chorego znacznie się poprawił, odżywienie polepszyło się, chory przestał zupełnie gorączkować. Podobny, tylko jeszcze więcej pouczający przypadek, ogłasza E. Kraus; w przypadku tym równocześnie z pojawieniem się róży wszystkie objawy białaczki ustąpiły i chory żył przez pewien czas jako zupełnie uleczony z białaczki, aż uległ prosówkowej gruźlicy. Spostrzeżenia te są dosyć zachęcające do robienia nowych badań, spostrzeżeń, a nawet i prób. I nie można się dziwić zdaniu Lazarusa, które umieścił w swej pracy: „Die myeloide Leukaemie“: „Das Bestreben muss darauf gerichtet sein, bestimmte Abschwächungen der Infectionen oder Intoxicationen zu finden, die ausreichend sind, den leukaemischen Process zum Stillstand zu bringen, ohne doch das Leben des Patienten zu gefährden“.

Niepomyślny przebieg pooperacyjny przytoczonego przypadku sam przez się o tyle nie może stanowczo zaważyć na szali przeciw uprawnieniu splenektomii przy białaczce, że był to jedyny przypadek z pomiędzy 5 operowanych w naszym oddziale, w którym, wobec dokładnego i napozór absolutnego zatamowania krwotoku wśród operacyi, nie wytamponowano gazą jodoformową całej jamy, powstałej po wyjęciu śledziony, jak to robiono w reszcie naszych przypadków. Trudno dziś orzec, czy podobny tampon nie byłby zapobiegł śmiertelnemu miąższowemu krwotokowi. Bądź co bądź błąd ten techniczny zamąca zdaniem prof. Trzebickyego w niniejszym przypadku sąd o wartości operacyi przy białaczce, a niepomyślny ten przebieg sam przez się nie może jeszcze rozstrzygać w sprawie uprawnienia do tej operacyi. To też prof. Trzebicky w drugim podobnym przypadku jeszcze raz odważyłby się na zabieg operacyjny, a jedynie starałby się całe łożysko po wyjętej śledzionie, a więc głównie jamę pomiędzy przeponą, żebrami, a żołądkiem dokładnie wytamponować workami gazy jodoformowej.

Drugi przypadek wycięcia śledziony, a z rzędu 5, wykonany w naszym oddziale, był nader ciekawym z tego względu, że postawienie pewnego rozpoznania choroby było nader utrudnione. Od pierwszej chwili przyjęcia chorego na oddział podejrzywano zakażenie zimnicze, jednak tak przebieg choroby, jak i najdokładniejsze badanie krwi żadnych wyników dodatnich, przemawiających za zimnicą, nie dawały.

II. *Majer Rosenberg* l. 20, nauczyciel ludowy z Kozowy, przeniesiony na nasz oddział z rozpoznaniem: *Pseudoleukaemia* (?); *tumor lienis insignis; neoplasma flexurae coli lienalis* (?); *cachexia; enterorrhagia.*

Wywiady: choroba trwa rok; od czasu do czasu chory miewa napady dreszczów i gorączki; silne bóle w podżebrzu lewem: również od roku cierpi na silne zaparcie stolca tak, że zmuszony czasem wydobywać kał palcami; nieraz w stolcach pojawia się krew.

Stan obecny: chory dość dobrze zbudowany, licho odżywiony. Powłoki skórne ziemisto-żółte; wargi blade; język wilgotny, miernie obłożony białym nalotem. Wypuk na klatce piersiowej wszędzie jawny; granice: płuca prawego z przodu 6-te żebro, z tyłu 10-te; lewego z przodu 4-te górne, z tyłu 10-te; granice płuc ruchome. Przysłuchem stwierdza się szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone. Stłumienie serca na przestrzeni prawidłowej, tony serca głuche. Tętno dobrze napięte, regularne, 76. Brzuch wzdęty; oglądaniem zewnętrznem stwierdzić można lekkie wypuklenie brzucha w okolicy podżebrza lewego, miejsce to jest miernie bolesne W temże miejscu daje się wyczuć w brzuchu

guz znacznej wielkości, o powierzchni gładkiej, brzegu twardym, tępym; jest on miernie bolesny, sięga na cztery palce poniżej łuku żebrowego lewego, a przekracza linię środkową ciała na trzy palce. Na przednim brzegu tego guza daje się wymacać wyraźny wręb. Guz ten przy oddechaniu wyraźnie porusza się; ponad guzem wypuk stłumiony, granica stłumienia od góry i dołu daje się wyraźnie oznaczyć; od tyłu natomiast ściśle ograniczyć się nie daje. Guz ten odpowiada znacznie powiększonej śledzionie. Inne narządy bez zmian. Mocz barwy winowo-żółtej, oddziaływania kwaśnego, białka i cukru nie zawiera, chlorki prawidłowe.

Badanie krwi 29. IX. 1902. Krew blada, lepkość zmniejszona, ciałka krwi czerwone nie układają się w długie rulony. W preparacie świeżym dużo mikrocytów i poikilocytów; ciałka krwi czerwone okazują endoglobularne zwyrodnienie. Ciałek krwi czerwonych 2,506.000, białych 2600; stosunek 1: 963,8; Hg. (Gowers) 39%. W preparatach ustalanych częścią w termostacie, częścią w alkoholu absolutnym i eterze, częścią w formalinie, a barwionych raz triacydem Ehrlicha, to znów 1% wodnym rozczynem eozyny i podbarwionych błękitem metylowym, częścią barwikiem Aronsohna, stosunek ciałek białych do siebie przedstawiał się, jak następuje: neutrofilów 85%, cieniów neutrofilnych 1%, ciałek przejściowych 5%, limfocytów dużych 4%, limfocytów małych 3%, eozynofilów 3%. Pojedyncze normoblasty. Pasorzytów zimniczych lub znamion białaczki nie wykryto

Na podstawie wywiadów, ogólnego badania chorego i mimo ujemnego wyniku badania krwi, przychylano się do rozpoznania: *Tumor lienis malaricus*.

Ponieważ podawanie wewnętrzne chininy i lodowe okłady, stosowane na powierzchnię guza, nie dawały żadnych wyników, a chory ustawicznie uskarżał się na bóle w okolicy guza, prof. Dr. Trzebicky zdecydował się na wykonanie operacyi, tj. wycięcie śledziony.

Dnia 10-go października 1902 r. przystąpiono do wykonania zabiegu operacyjnego. Poprowadzono cięcie ukośne, rozpoczynające się na brzegu łuku żebrowego w linii pachowej przedniej, a kończące się w linii środkowej nieco poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono silne zrosty guza z siecią, jak również rozległe dość silne zrosty z przeponą tak, że główna część guza była wysoko ukrytą pod łukiem żebrowym, a wytoczenie go na zewnątrz trafiało na znaczne trudności, zwłaszcza, że i szypuła, zawierająca główne naczynia, była bardzo krótka. Przy oddzielaniu guza i podwiązywaniu naczyń naderwała się żyła śledzionowa, skutkiem czego wystąpił dość silny krwotok. Po dokładnem podwiązaniu szypuły i wszystkich zrostów, co sporo zajęło czasu, dla wszelkiej pewności wytamponowano jamę pod przeponą; ranę skórną częściowo zaszyto i opatrzono. Stan chorego tuż zaraz po operacyi był wcale niezły, tętno regularne, 100. Ponieważ chory skutkiem krwotoku śródoperacyjnego utracił dość znaczną ilość krwi, zrobiono hipodermoklizę z rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, w objętości jednego litra.

Guz wycięty przedstawia znacznie powiększoną śledzionę; ciężar jej wynosi 3700 gramów, długość 35 ctm., szerokość 21 ctm., a grubość 7 ctm.

11. X. 1902. Ciepłota ciała 38° C. Tętno 94. Czkawka, chory nie wymiotuje.

12. X. 1902. Stan takisam.

13. X. 1902. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno dobrze napięte, regularne, 92. Czkawka ustąpiła. Podano choremu rosół i herbatę Tego samego dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: w preparacie świeżym daje się wykazać w ciałkach krwi czerwonych endoglobularny rozpad. Ciałek krwi czerwonych 3,240.000, białych 36 000, stosunek 1: 90, Hg. (Gowers) 55%. W preparatach ustalanych przez 15 minut w mięszaninie alkoholu absolutnego i eteru aa. a barwionych triacydem Ehrlicha, stosunek ciałek białych: neutrofilów 88%, limfocytów 12%. Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

14. X. 1902. Rano: stan chorego dobry. Tętno pełne, równe, 96. Ciepłota ciała niepodwyższona. Wieczorem ciepłota 38·2° C., chory uskarża się na bóle brzucha, podano czopek z makowcem.

15. X. 1902. Ciepłota prawidłowa. Tętno dobre. Tego samego dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,480.000, białych 27.000, stosunek 1: 200, Hg. (G) 50%. W preparatach barwionych stosunek ciałek białych do siebie: neutrofilów 84%, limfocytów 12%, eozynofilów 4%. Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

16. X. 1902. Stan chorego niezmieniony.

17. X. 1902. Stan chorego takisam. Zmiana opatrunku, setony naciągnięto; rana goi się dobrze. Badanie krwi tegoż dnia dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 2,900.000, białych 21.200, stosunek 1: 136, Hg. (G) 42%. W preparatach barwionych: neutrofilów 84%, limfocytów 4%, eozynofilów 12% Pojedyncze normoblasty. Poszukiwanie posorzytów zimniczych dało wynik ujemny.

22. X. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno regularne, dobrze napięte, 94. Zmieniono opatrunek; szwy wyjęto, setony naciągnięto. Powierzchnia zewnętrzna rany znacznie zmniejszona przez silnie wybujałą ziarninę. Badanie krwi tegoż dnia wykazało: w preparacie świeżym krew blada, lepkość zmniejszona; wiele mikro- i poikilocytów; w ciałkach krwi czerwonych tu i ówdzie endoglobularne zwyrodnienie; ciałek krwi czerwonych 3,270.000, białych 28.200, stosunek 1: 116, Hg. (G) 40%. W preparatach barwionych stosunek ciałek białych krwi do siebie takisam, jak w poprzedniem badaniu. Przy dokładnem przeglądaniu preparatów barwionych daje się zauważyć zmniejszenie się liczby ciałek krwi czerwonych jądrzastych. Najdokładniejsze poszukiwanie za pasorzytami zimniczymi dało wynik ujemny.

23. X. 1902. Stan chorego dobry.

24. X. 1902. Ciepłota ciała 38·2° C. Tętno dobre, 96. Zmiana opatrunku; z głębi rany wydobywa się nieco ropy. Po wyjęciu setonów i oczyszczeniu rany wprowadzono gruby sączek (dren), który wchodzi na długość 16 ctm. Założono opatrunek.

25. X. 1902. Zmiana opatrunku codziennie. Po wyjęciu sączka wylała się z otworu rany dość znaczna ilość ropy. Ranę przepłókano 3% rozczynem kwasu borowego, przyczem z rany wyszły 2 grube podwiązki jedwabne; założono z powrotem sączek i opatrzono. Ciepłota ciała rano 37·4° C., pod wieczór 38° C. Badanie krwi: ciałek krwi czerwonych 3,100.000, białych 8300; stosunek 1: 373. Hg. (G) 40%. W preparatach barwionych: neutrofilów 74%, ciałek przejściowych 2%, limfocytów małych 22%, eozynofilów 2%. Poszukiwanie plasmodyów zimniczych dało wynik ujemny.

27. X. 1902. Chory uskarża się na ból w barku prawym; przy poruszaniu nim czuć wyraźne trzeszczenie. Podano proszek salicylowy à 0·5.

1. XI. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno dobrze napięte, regularne, 90. Po wyjęciu sączka z rany wydobywa się nieznaczna ilość ropy. Ranę dokładnie oczyszczono rozczynem kwasu borowego, wstrzyknięto do rany 5 ctm.³ zawiesiny jodoformowej, wprowadzono sączek z powrotem i opatrzono.

3. XI. 1902. Przy zmianie opatrunku daje się zauważyć stałe zmniejszanie się ilości wydzieliny ropnej.

4. XI. 1902. Stan chorego dobry. Tegoż dnia dokonane badanie krwi dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 2,664,000; białych 5,200, stosunek 1:512, Hg. (G.) 44%. W preparatach krwi barwionych stosunek ciałek krwi białych do siebie zupełnie prawidłowy. W ciałkach krwi czerwonych, mniej w ciałkach białych, tu i ówdzie dają się zauważyć wyraźne straty barwika. Krew barwi się licho.

8. XI. Przy zmianie opatrunku znaleziono tylko minimalną ilość wydzieliny ropnej w ranie. Powierzchnia rany znacznie zmniejszona; zgłębnik wchodzi w głąb na 8 ctm. (pierwotnie, pomimo wsunięcia całego zgłębnika, nie można było dotrzeć do dna rany); zewnętrzny otwór rany, jako też kanał rany, znacznie zwężone. Stan chorego zupełnie zadowalniający.

10. XI. 1902. Stan chorego dobry. Ciepłota ciała niepodwyższona. Tętno pełne, regularne. Badanie krwi. wykonane tegoż dnia, potwierdziło ostatecznie przez nas postawione rozpoznanie w kierunku zakażenia zimniczego. Ciałek krwi czerwowych 3,240,000; białych 14,200, stosunek 1:228, Hg. (G.) 42%. Neutrofilów 78%, ciałek przejściowych 4%, limfocytów dużych 11%, limfocytów małych 5%, eozynofilów 2%. W preparacie krwi świeżej można było zauważyć mikro- i makrocyty, liczne poikilocyty, tak zw. „Pessarformen“; w licznych ciałkach krwi czerwonych, silniej zabarwionych od reszty, twory kuliste, drobne, tu i ówdzie wykonujące dość wyraźne ruchy ameboidalne; w innych ciałkach czerwonych twory nieco większe, kształtem zbliżone już to do poprzednich, już też pod postacią pierścieni, ze złogami barwika; ruchów ameboidalnych w nich zauważyć nie można było. W preparatach barwionych metodą Romanowskyego (t. j. po ustaleniu wrzuca się preparaty na 2—3 godzin w mieszaninę stężonego rozczynu błękitu metylowego (1 część) i 1% wodnego rozczynu eozyny (2 części), po wy-

jęciu opłókuje się w wodzie i zalepia na szkiełko) można było stwierdzić mięszane zakażenie pasorzytami zimniczymi grupy II-giej: mianowicie niepigmentowanym i pigmentowanym pasorzytem zimnicy codziennej. Obraz mikroskopowy przedstawiał się jak następuje: w bardzo licznych ciałkach krwi czerwonych twory kuliste, niebiesko zabarwione, zajmują jedną czwartą objętości ciałka czerwonego; w mniej licznych ciałkach czerwonych, twory podobne do poprzednich kształtem i zabarwieniem, ze złogami barwika, który to barwik jest umiejscowiony już to pod postacią delikatnych słupków na powierzchni tychże tworów, już też w formie nieregularnych grudek w środku pasorzyta. Spor, jako też półksiężyców, nie zauważono, co się zgadza z spostrzeżeniami rozmaitych autorów w zupełności, że pasorzyty te rozmnażają się nie we krwi obwodowej, ale w wewnętrznych narządach.

Podano chininę po 0·40 grm., trzy proszki dziennie.

14. XI. 1902. Badanie krwi: ciałek krwi czerwonych 3,336,000, białych 8,800, stosunek 1:379, Hg. (G.) 45%. W preparatach świeżych i barwionych obraz taki sam z tą różnicą tylko, że niezaprzeczenie daje się zauważyć zmniejszenie się ilości pasorzytów, zwłaszcza pigmentowanych.

Przez cały dalszy czas pobytu w szpitalu chory nigdy nie gorączkował. Robione co trzy dni badania krwi na pasorzyty zimnicze dawały zawsze wynik ten sam, t. j. dodatni, jakkolwiek nie można było zaprzeczyć, że ilość pasorzytów znacznie się zmniejszyła. Liczba ciałek krwi czerwonych i ilość hemoglobiny stale się zwiększała tak, że robione badanie krwi 10. XII. 1902. dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,700,000; białych 8,000, stosunek 1:462, Hg. (G.) 49%.

Stan chorego przy opuszczaniu szpitala był bardzo dobry, co w równej mierze wyraźnie się odbijało na jego wejrzeniu, jak i na zasobie sił.

Jeżeli raz jeszcze rozejrzymy się w opisie choroby, nabrać musimy przekonania, że przypadek ten należy do rzędu bardzo ciekawych, gdyż mieliśmy do czynienia z ciężkiem zakażeniem zimniczem, przebiegającem bez żadnej gorączki; gdyż wzniesienie ciepłoty, jakie spostrzegano przez pierwsze trzy dni po operacyi, należy odnieść do samego zabiegu chirurgicznego, a późniejsze podwyższenia ciepłoty były w związku z ropieniem rany. Przez długi czas badania krwi, robione w kierunku pasorzytów zimniczych, nię dają żadnych rozstrzygających wyników, a krew sama przedstawia tylko obraz dość ciężkiej niedokrewności. Znanymi są podobne ciężkie, a nader rzadkie przypadki zakażenia zimniczego, w których naczynia włosowate narządów wewnętrznych są wprost zapchane pasorzytami, a we krwi obwodowej albo zupełnie ich niema, albo też w bardzo tylko nieznacznej ilości. W tych przypadkach należałoby właściwie zawsze robić nakłócie śledzionowe, zabieg bądź co bądź jednak wcale nie obojętny. Badanie histologiczne śledziony wykazało tylko rozszerzenie naczyń krwionośnych i znaczny rozwój tkanki włóknistej, a więc także do postawienia ścisłego rozpoznania się nie przyczyniło.

W cztery tygodnie po dokonanej splenektomii pierwszy raz we krwi zauważono straty barwika, przez co uczynione rozpoznanie guza zimniczego śledziony nabrało wszelkiego prawdopodobieństwa. Gdyż opierając się na tem, że barwik we krwi znachodzi się tylko w durze powrotnym, chorobie Addisona, pewnych zatruciach, a głównie w zimnicy i mogąc równocześnie wykluczyć te stany chorobowe z wszelką pewnością, pozostawało samo zakażenie zimnicze, jako czynnik powodujący pojawienie się barwika we krwi. W tydzień później robione ponowne badanie krwi stwierdziło w zupełności słuszność poprzedniego przypuszczenia.

Rozpoczęte podawanie choremu chininy nie było uwieńczone tym skutkiem, jakiego się spodziewano, gdyż aż do chwili opuszczenia oddziału przez chorego można było wykazać we krwi pasorzyty zimnicze, co prawda w bardzo małej ilości.

Samo wycięcie śledziony wpłynęło bardzo dodatnio na ogólny stan chorego; uwolniło go bowiem od guza, który swoją wielkością, umiejscowieniem i bolesnością wielkie sprawiał dolegliwości, a w przyszłości mógł chorego narazić na wiele więcej jeszcze cierpień i groźnych następstw, np. przez skręcenie szypuły.

Mięszanina krwi przez czas pobytu chorego w oddziale uległa widocznej poprawie; gdy bowiem przy pierwszem badaniu znaleziono 2,506.000 ciałek krwi czerwonych, 2600 białych, a Hg. 39% (G), — badanie ostatnie dało wynik następujący: ciałek krwi czerwonych 3,700 000 (+ 1,200.000), białych 8000 (liczba prawidłowa), a Hg. 49% G (+10%). Innę znamiona ciężkiej niedokrewności, jak wyraźna poikilocytoza, pojawianie się t. zw. „Pessarformen", endoglobularne zwyrodnienie ciałek krwi czerwonych, również zacierają się w następnych badaniach coraz bardziej. Tę poprawę mięszaniny krwi przypisać należy z jednej strony usunięciu śledziony, a więc w tym przypadku jednego z pierwszorzędnych ognisk zakażenia zimniczego, z drugiej strony lepszemu i nasilonemu odżywianiu się chorego w oddziale.

Co się tyczy samego zabiegu operacyjnego, to w opisie jego musiały uderzyć każdego dwa szczegóły, mianowicie, że istniały bardzo rozległe, silne zrosty między śledzioną a przeponą i że śledziona była bardzo wielka, ważyła bowiem 3700 grm. Zwracam uwagę dlatego na te szczegóły, że stoją one w sprzeczności z dawnemi zapatrywaniami, dotyczącemi przeciwwskazań wycinania śledzion zimniczych. Pierwotnie sądzono, że silne zrosty między śledzioną a otoczeniem, jak również nadmierna wielkość śledziony, stanowią ze względu na utrudnienie zabiegu operacyjnego dostateczne wskazanie do jego zaniechania; Péan, Adelmann, Vulpius ustanowili nawet pewną granicę dla wielkości i wagi śledziony, przy których spodziewać się można korzystnego wyniku splenektomii; według nich waga śledziony, mającej być wyciętą, nie powinna przekraczać 3 kg. Liczne spostrzeżenia, poczynione przez Jonnesco, dalej nasz przypadek obecny, jak niemniej i jeden z dawniejszych przypadków naszych, opisanych przez Dra Strycharskiego, zadają dostateczny kłam wszystkim tym twierdzeniom.

Na jedną rzecz chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, mianowicie, że w przytoczonym przypadku nie można było zauważyć tego, co spostrzegali Péan, Trendelenburg, Czerny, t. j. w pierwszych dniach po wyjęciu śledziony zmniejszenia się liczby ciałek krwi czerwonych i hemoglobiny. Owszem w tym przypadku, w 4 dni po dokonanym zabiegu operacyjnym, liczba ciałek krwi czerwonych była większą o 700.000, a hemoglobiny o 16%, aniżeli podczas badania na dziesięć dni przed operacyą. Jedna tylko leukocytoza i tu miała miejsce, podobnie jak w przypadkach powyższych autorów.

Na zakończenie pozwalam sobie złożyć serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Drowi Trzebickyemu za Jego nader cenne wskazówki, jak również za łaskawe pozwolenie mi korzystania z materyału oddziałowego.

II. Higiena wzroku w okresie szkolnym*).

Napisał

Dr. Adam Langie.

Z chwilą gdy dziecko dojdzie do wieku szkolnego rozpoczyna się nauka: oczy zaczynają ciężko pracować, a praca ta trwać ma lata, czasem całe życie, aż do śmierci. Niezmiernie jest więc ważnem, aby warunki, w jakich się nauka czy to domowa, czy szkolna odbywa, były nie tylko dla całego ustroju, ale także i dla oczu jak najkorzystniejsze i jak najmniej wzrok wysilające. Jeżeli bowiem niehigieniczne warunki szkodzą oczom zdrowym, prawidłowym, to tem więcej i prędzej szkodzić muszą oczom o refrakcyi już nieprawidłowej, albo oczom słabowitym, usposobionym do nabycia różnych wad w wieku, kiedy oczy te rosną i rozwijają się, a nie nabyły jeszcze dostatecznej odporności.

Zwłaszcza powstawanie krótkiego wzroku i coraz większy jego rozwój w miarę zwiększających się z latami wymagań, jakie mu stawia nauka, jest tak pewnem, dowiedzionem przez liczne badania, że istnieje w okulistyce osobna nazwa „myopii szkolnej“ na oznaczenie krótkiego wzroku, wytwarzającego się podczas okresu szkolnego. Oprócz myopii wytwarza się pod wpływem nauki wśród niekorzystnych warunków higienicznych także zez w oczach o refrakcyi nadmiarowej i objawy niedomogi akomodacyjnej.

Przedewszystkiem nie powinno się zanadto wcześnie zaczynać nauki i nie forsować nią, jak to bywa, gdy dziecko jest zdolne i dobrą obdarzone pamięcią. Kształcenie umysłu musi iść w parze z rozwojem fizycznym, a jednak tak często bywa ten ostatni zaniedbywanym na korzyść pierwszego. Należy wykorzenić ową fałszywą ambicyę wielu rodziców, którzy lubią chwalić się, że ich dziecko już w 5-tym lub 6-tym roku życia umie płynnie czytać. Takie przedwczesne forsowanie ani dla oczu, ani dla reszty ustroju na zdrowie wyjść nie może, a czy dziecko o rok wcześniej czyta lub nie, na dalszy jego rozwój umysłowy, zdolności i karyerę, o którą tylu rodzicom już zawczasu chodzi, zupełnie nie wpłynie.

Gdy dziecko już chodzi do szkoły, najważniejszą jest rzeczą, aby w niej przestrzegano wszystkich postulatów higieny wzroku. Idealnych szkół w pojęciu higienicznem nie mamy dziś jeszcze, jakkolwiek w ostatnich czasach znać już duży postęp, tem więc pilniej rodzice w domu, a nauczyciele w szkole powinni uważać ciągle, aby ta nauka, każdemu dziś potrzebna, która człowieka podnosi, uszlachetnia i daje chleb w rękę i stanowisko w społeczeństwie, była prowadzoną bez podkopywania zdrowia w ogólności, a wzroku w szczególności i zamiast błogich owoców nie zasiewała zarodów choroby na całe życie. Tem bardziej tam, gdzie istnieje przymus szkolny, nie ma nikt prawa żądać od rodziców, aby posyłali dzieci do szkoły tak urządzonej, że niszczy im zdrowie i o kalectwo przyprawia. Przymus szkolny jest pożyteczny i potrzebny, nikt rozsądny nie będzie mu oponował, ale niechże szkoła będzie urządzoną i prowadzoną wzorowo pod względem higienicznym, tego każdy ojciec i każda matka musi i ma prawo się domagać.

Myopia szkolna. Szkoła niehigieniczna jest po prostu fabryką krótkowidzów. Znakomity higienista niemiecki Cohn poświęcił temu przedmiotowi lata całe badań nadzwyczaj ścisłych i pracowitych, których wynikiem jest zestawiona obszernie statystyka myopii szkolnej i zbiór przepisów zapobiegawczych.

Już przed nim zwracali okuliści uwagę, że liczba ludzi krótkowidzących wzrasta w miarę, jak społeczeństwo stoi na wyższym szczeblu oświaty do tego stopnia, że niektórzy autorowie chcieli w liczbie przypadków myopii u różnych narodów widzieć miarę stopnia ich cywilizacyi. Nawiasem wspomnieć wypada, że twierdzenia tego bronili autorowie niemieccy prawdopodobnie dla tego, że istotnie wśród Niemców najwięcej znachodzi się myopów. Jest w tem pewna racya, ale nie można wysnuwać ztąd wniosków tak daleko idących, raczej przypisać to złemu systemowi szkolnemu, polegającemu na przeciążaniu dziecka nauką i złym warunkom, wśród jakich nauka ta się odbywa. Stwierdzono bowiem niezbicie w szkołach, w których zastosowane zostały wzorowe przepisy higieny wzroku, zmniejszenie się liczby krótkowidzów i że myopia tam wogóle nie dochodzi do bardzo wysokich stopni. Ja odwróciłbym twierdzenie autorów niemieckich w ten sposób, że liczba myopów jakiegoś narodu jest właśnie miarą nizkiej jego cywilizacyi, bo widocznie ma źle urządzone szkoły, zły system nauki i nie pojmuje w jaki sposób dałoby się temu zaradzić.

Z badań dokonanych w różnych szkołach wynika jasno, że nauka jest tym czynnikiem, który w pierwszym rzędzie przyczynia się do powstania myopii. Dowodzą tego następujące fakta: Im szkoła wyższa, w której nauka odbywa się dłużej i jest trudniejszą, tem większa liczba krótkowidzów między uczniami. I tak n. p. w szkołach wiejskich znalazł Cohn 1·4% krótkowidzów, w szkołach elementarnych po miastach 6·7%, w gimnazyach 26·2%, a między słuchaczami uniwersytetu 59%. Dalej w szkole tego samego typu wzrasta liczba uczniów krótkowidzących od klasy do klasy. Cohn, zbadawszy wzrok wszystkich uczniów w 24 gimnazyach i szkołach realnych, znalazł następujące odsetki krótkowidzów, od najniższej do najwyższej klasy: 15·5%, 18·2%, 23·7%, 31%, 41·3%, 55·8%. I to nie tylko rośnie odsetek myopów z klasami, ale powiększa się też w prostym stosunku i stopień krótkiego wzroku od najniższego w klasie pierwszej, do coraz wyższego w klasach wyższych.

Na podstawie tych dat śmiało wysnuć można wniosek, że z jednej strony w czasie studyów szkolnych pewna część i to znaczna dzieci, o wzroku miarowym na początku nauki, staje się z biegiem lat krótkowidzami, z drugiej strony, że u dzieci już krótkowidzących w pierwszej klasie myopia ich rośnie, dochodząc z chwilą ukończenia szkół do bardzo nieraz wysokich stopni.

Do powstawania myopii przyczynia się w pewnej części i ta okoliczność, że dzieci zwykle trzymają bliżej książkę, niż tego ich wzrok wymaga. Wielokrotnie przekonałem się o tem, gdy rodzice przyprowadzili mi dziecko ze skargą, że zbliża oczy zanadto do książki, podczas gdy badanie wykazało, że niema żadnej wady refrakcyi i że rzeczywiście może czytać w odległości dwa, nawet trzy i cztery razy większej, niż to zwykle czyni. To samo stwierdził Berlin, który znalazł w pewnej szkole żeńskiej przeciętną odległość, w jakiej uczennice trzymały głowę od zeszytu przy pisaniu, wynoszącą 11 ctm., podczas gdy większość ich nie miała wcale jeszcze krótkiego wzroku.

*) Wyjątek z większej pracy, która wyjdzie w osobnem wydaniu książkowem.

Jeżeli jednak nauka jest tym czynnikiem, wywołującym krótki wzrok, dla czegoż nie wszyscy ludzie, którzy się uczyli, stają się myopami? Widocznie muszą przy tem grać rolę jeszcze jakieś inne wpływy uboczne. I rzeczywiście jest ich cały szereg, jedne zewnętrzne, jak: złe oświetlenie, czy to dzienne, czy sztuczne, przy nauce wieczornej; zła konstrukcya ławek, niehigieniczny program nauki, niewyraźny lub zbyt mały druk, zły papier w książkach itd. Drugie są indywidualne, jak: usposobienie wrodzone, odziedziczone najczęściej po rodzicach, do nabycia krótkiego wzroku i upośledzona z jakichkolwiek powodów bystrość wzroku, np. wskutek dawniej przebytych chorób ocznych, pozostawiających zaćmienie przeźroczystych części oka, która zmusza dziecko do zbytniego zbliżania oczu do książki lub zeszytu. Oprócz wymienionych i inne jeszcze warunki ułatwiają pośrednio wytworzenie się krótkiego wzroku w oczach usposobionych do tego, jak: bezkrwistość, wyniszczenie ustroju z powodu złych stosunków higienicznych lub przebytych dłuższych ciężkich chorób. Często np. spostrzegali okuliści fakt taki: u dzieci z nizką myopią po przebytym durze, płonicy lub innej dłuższej chorobie, krótki wzrok zaczyna nagle i szybko wzrastać, zwłaszcza jeżeli dzieci te zbyt wcześnie po chorobie zaczęły się uczyć.

Że zaś krótki wzrok nie jest obojętnym, lecz jest już rodzajem kalectwa, zrozumieć łatwo. W większej części przypadków, gdy myopia jest nizkiego stopnia, niemiłem jest takiemu krótkowidzowi, że zdaleka gorzej widzi, niż inni i że musi posługiwać się szkłami. To samo byłoby jeszcze bagatelą, ale jeżeli zważymy, że krótki wzrok może się powiększać i dojść do tego, że po latach studyów człowiek stanie się niezdolnym do swego zawodu, jeżeli ten wymaga bystrego wzroku, dalej, że wysokie stopnie myopii wikłają się bardzo często w wieku już dojrzałym lub na starość ze zmianami chorobowemi w głębszych częściach oka, które wzrok albo znacznie i trwale upośledzają, albo nawet sprowadzają ślepotę, a w każdym razie trudne są do wyleczenia lub zgoła nieuleczalne, zrozumiemy, że każde oko krótkowidzące uważać należy za patologiczne i wszelkiemi siłami starać się wcześnie usunąć wszystko, co może krótki wzrok wywołać u dzieci, lub przyczynić się do zwiększenia tej wady, jeżeli już istnieje.

Dla tego wszelkie ulepszenia w szkołach, wymagane przez higienę wzroku, mają głównie na celu umożliwienie nauki w jak najkorzystniejszych dla oczu warunkach tak, aby nie dopuścić, o ile to możliwe, do powstawania myopii w wieku tym i wśród okoliczności takich właśnie, które na powstawanie jej najbardziej wpływają. (Ciąg dalszy nast.).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

II

Zapomocą szematów *) jesteśmy w stanie zrozumieć prawie wszystkie formy zboczeń mowy. Szemat umożebnia nam rozejrzenie się w objawach, wykombinowanie i oznaczenie siedziby choroby, a temsamem ułatwia rozpoznanie topograficzne afazyi. Liczne spostrzeżenia kliniczne wielu autorów dowodzą, że znaczna część obrazów chorobowych zgadza się z tymi szematami. Odpowiednie historye choroby podali Kussmaul, Lichtheim, Wernicke, Charcot, Pick, Ołtuszewski i wielu innych. Jednakże, o ile szematy mają wartość oryentacyjną i dydaktyczną, o tyle znaczenie ich naukowe jest ograniczone i przez wielu uczonych mocno zakwestyonowane. Zdarzają się bowiem i są opisane przypadki, które nie dają się podciągnąć pod żaden z wyżej podanych typów afazyi i szematów, jak np. przypadek Ołtuszewskiego. Chory, rozumiejąc mowę i czytanie, oraz piszący zupełnie prawidłowo, nie jest jednak w stanie samodzielnie mówić. Ołtuszewski zalicza ten przypadek do swojej kategoryi afazyi ruchowej zmysłowej (p. n.). Inny chory liczy od 1 do 20 kolejno bardzo dobrze, a nie jest w stanie wymówić pewnej pojedynczej liczby, np. 20; pisze ją zaś, jak wszystko inne, dobrze, a więc jest to rodzaj afazyi ruchowej bez agrafii.

Podobne obrazy chorobowe, nie zgadzające się z przyjętemi formami typowemi, dają się wytłómaczyć różnemi okolicznościami. Przedewszystkiem rodzaj i stopień zmiany chorobowej mogą być różne i wskutek tego mogą wywołać na temsamem miejscu raz podniecenie, podrażnienie któregokolwiek ośrodka, lub dróg kojarzennych; innym razem osłabienie, zniszczenie, albo wreszcie spaczenie ich sprawności, więc nadczynność, nieczynność, niedoczynność i czynność wadliwa. Zależnie od rozległości i nasilenia zmiany chorobowej objawy nie są zawsze równe. Raz sprawa chorobowa zajmuje mniejszą lub większą część ośrodka, innym razem cały ośrodek, lub też część sąsiednią; szczególnie drogi sąsiednie, łączące różne ośrodki, mogą przez jedno ognisko być przerwane, albo nadwerężone. Odpowiednie miejsce może być zniszczone, mniej lub więcej zanikłe, albo tylko źle odżywione. Ztąd pochodzi, że różne funkcye mowy, jak odruchowe powtarzanie, słyszenie i rozumienie słów (percepcya i apercepcya), mogą przez częściowe zmiany być upośledzone w różnym stopniu. Zmiany nie niszczące całkowicie funkcyi ośrodka, upośledzają przedewszystkiem jego pobudliwość samodzielną, podczas gdy jego pobudliwość przez inną sferę zmysłową jest jeszcze utrzymana. Np. chory nie może znaleźć wyrazu dla zegarka, wymawia jednak odrazu to słowo, gdy ma zegarek przed oczyma, albo umie je powtórzyć za kimś innym, który je wymówił. Nareszcie może być równocześnie zajętych kilka ośrodków i dróg, mogą zachodzić przypadki zawikłane, mięszane, skombinowane przez równoczesne ogniska rozsiane w różnych ośrodkach, w następstwie czego obrazy chorobowe stają się niejasne, zatarte.

Ośrodki korowe mowy leżą w obrębie rozgałęzienia tętnicy mózgowej średniej i zboczenie krążenia w większej gałęzi tego naczynia może wywołać niewydolność kilku ośrodków i ich dróg. Widzieliśmy też, że różne ośrodki są ze sobą w skojarzeniu fizyologicznem szlakami, którymi odbywa się rozwój i nauczenie się mowy. Tymi samymi szlakami może się udzielić podrażnienie chorobowe jednego ośrodka innemu, będącemu z nim w połączeniu. Zatem nietylko zmiany anatomiczne, lecz także czynnościowe jednej części mózgu mogą pociągać za sobą podobne zmiany i zaburzenia czynnościowe i odżywcze w innej, połączonej z nią czynnościowo części kory. Można też przypuścić, że ognisko chorobowe w jednym ośrodku mowy może uwarunkować zmiany dożywcze albo zanikowe w innym. Podobne zjawisko wi-

*) Patrz »Przegląd lekarski N. N. 1, 2, 3 i 4 t. r.

dzimy w sferze ruchowej przy doświadczeniach na zwierzętach. Podrażnienie pewnego miejsca ruchowego kory wywołuje w odpowiedniej grupie mięśni drgania, które później z jednych przechodzą do coraz innych, a nareszcie do drgań ogólnych. Krause wykazał, że podrażnienie jednostronne kory w miejscu, odpowiadającem naprężaczom strun głosowych, wywołuje także drgania po stronie przeciwnej; uszkodzenie zaś jednostronne tego miejsca nie wywołuje porażenia trwałego.

Trudność zdania sobie sprawy, z jaką formą afazyi mamy w danym razie do czynienia, może się zwiększać jeszcze z tego powodu, że objawy, na pewną formę afazyi składające się, ustępują nierównomiernie i z niejednakową prędkością i ztąd powstają obrazy przejściowe; np w głuchocie wyrazowej zrozumienie słyszanych wyrazów może powrócić, a złączona z nią utrata zdolności pisania i czytania pozostać. Nie jest też wykluczonem, że sąsiednie części kory, albo miejsca symetryczne drugiej półkuli, mogą częściowo zastępować zniszczone albo niesprawne ośrodki i drogi dla mowy półkuli lewej. W przypadkach mięszanych przeważa raz charakter ruchowy, raz czuciowy, zależnie po części od czynników indywidualnych (p. niżej). Rzadkie, a może jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie, tyczące się kombinacyi postaci podkorowej i pozakorowej afazyi czuciowej podaje Adler. Rzadkością jest t. zw. afazya zupełna, t. j. bezwzględna głuchota i afazya czuciowa, oraz ruchowa. Innym znowu razem zaburzenia mowy stanowią objaw częściowy rozleglejszej choroby mózgu, jak np. ogólnego zaniku, zaniku starczego i t. d. Obok więc anatomicznych uszkodzeń ogniskowych mogą równocześnie zachodzić niesprawności czynnościowe, dalej zaburzenia psychiczne, wikłające obraz chorobowy i utrudniające jego rozbiór i wyjaśnienie.

Odróżnienie różnych form afazyi może ulegać trudnościom jeszcze pod innym względem. Jeżeli n. p. chory źle czyta, może być trudnem do rozstrzygnięcia, czy on cierpi na paraleksyę, t. j. że obrazy optyczne liter nie są poprawne, czy na parafazyę, to znaczy, że dobrze widzi, a źle wymawia. W pierwszym razie chorą jest droga impresyjna, czuciowa, dośrodkowa, w drugim droga ekspresyjna, ruchowa, odśrodkowa. W afazyach czynnościowych, np. w nerwicy ze strachu, trudno nawet czasem odróżnić dysfazyę od dysartryi.

Bardzo ważny czynnik w obrazie chorobowym stanowi indywidualność chorego. Nie jest bowiem wykluczonem, a jest nawet prawdopodobnem, że w umiejscowieniu, przebiegu i połączeniu różnych ośrodków i dróg kojarzennych istnieją różne odmiany indywidualne. Analogicznie bowiem do makroskopowo znachodzących się odmian w przebiegu naczyń krwionośnych i nerwów, podobnie do wykazanych przez Flechsiga różnic w drogach rdzenia pacierzowego, można *à priori* przypuścić, że także w budowie histologicznej najdelikatniejszych komórek i włókien w mózgu zachodzą różne odmiany albo zboczenia u różnych osobników. Wychodząc z tego założenia należy przyznać, że także funkcye mózgowe u różnych osób odbywać się mogą różnemi drogami. A więc gdy przeważa mowa wewnętrzna, pobudzenie ośrodków słownych, czuciowego i ruchowego, zdaniem Wernickego poprzedza czytanie i pisanie; być może, że te czynności u pewnych osób odbywają się innemi drogami, w sposób odmienny, przyjęty przez innych autorów.

Nareszcie wiemy z życia codziennego, że rozwój i sprawność ośrodków podlega różnym zmianom u różnych osób. Jako dowód różnego rozwinięcia ośrodków zmysłowych może służyć n. p. zmysł wzrokowy artysty malarza, zmysł słuchowy artysty muzyka, które mogą być bardzo wysoko rozwinięte, niezależnie od sprawności narządów obwodowych oka, względnie ucha. Niemniej można uważać podobne różnice makroskopowe w rozwoju względnych ośrodków u różnych zwierząt. Tak n. p. gdy u człowieka zrazik węchowy jest zaledwie zarysowany, szczątkowy, w niektórych rodzinach ssawców znajdujemy, że płat węchowy zajmuje znaczną część mózgowia.

Różny stopień sprawności ośrodków pamięciowych zmysłowych uwydatnia się już w życiu codziennem. Jeden ma lepszą pamięć do tego, co słyszy, drugi zaś do tego, co widzi lub wymawia; trzeci znowu zachowuje dobrze w pamięci smak wina, albo jakiejś potrawy. Niejeden ma lepszą pamięć rysów twarzy, inny liczb, trzeci melodyi. Nie ulega zresztą wątpliwości, że wpływ dziedziczności, stopnia wykształcenia, rodzaju zatrudnienia i ćwiczenia odgrywa tu doniosłą rolę. Ja mam np. lepszą pamięć tego, co czytałem; ktoś inny tego, co słyszał, kiedy ktoś coś mówił, wykładał itd. Wszyscy pomagamy naszej pamięci w ten sposób, że bierzemy na pomoc inną pamięć np. dla zapamiętania adresu chorego, którego mamy odwiedzić. Jeżeli jakiś wyraz albo adres notujemy, wtedy pamiętamy go lepiej, mimo że nawet później do notatnika wcale nie zaglądamy. Uczymy się lepiej i łatwiej na pamięć wierszy, jeżeli je przepiszemy. Pochodzi to ztąd, że do wrażenia słuchowego, któregośmy doznali, słysząc adres chorego, dołączamy wrażenia wzrokowe i ruchowe, które wywołujemy przez napisanie i to już wystarcza, że go lepiej pamiętamy. Tem także wytłómaczyć można przypadek Westphala (p. niżej), tyczący się chorego, cierpiącego na aleksyę, który był w stanie czytać tylko zapomocą ruchów, zwykle używanych do pisania.

Przy mowie odgrywają główną rolę trzy składniki wyrazu: słuchowy, ruchowy i wzrokowy. Myśląc o słowie i chcąc je wyrazić, przedstawiamy sobie połączone z niem wyobrażenie słuchowe, ruchowe (narządów artykulacyjnych) i wzrokowe (piśmienne). Przytem zachodzą znowu różnice indywidualne. U jednego w pierwszym rzędzie czynne są obrazy pamięciowe akustyczne, u innego wzrokowe, u trzeciego ruchowe. Gdy ja zacząłem mówić po polsku w późniejszym wieku, miewałem przed wymówieniem każdego wyrazu zawsze przed sobą obraz wzrokowy słowa, tj. jak ono wygląda w piśmie, mówiłem zatem zapomocą pamięci wzrokowej, podczas gdy u innego przeważa pamięć słuchowa, t. j dźwięku słowa, jak je słyszał. Prawdopodobnie to zależy od sposobu, jakim się języka nauczyło. Jeżeli np. ktoś się uczy obcego języka z książki, jako autodydakt, wtedy przy mowie budzi się u niego przedewszystkiem wyobrażenie optyczne; jeżeli zaś przyswaja sobie obcy język drogą wykładu przez nauczyciela, albo praktycznie, ćwicząc się przez rozmowę z otoczeniem, wtedy wyobrażenie słuchowe odgrywa w mowie pierwszorzędną rolę. Ta różnica wyciska także swoje piętno na wymowie osobnika.

Przewagę różnych ośrodków pamięciowych mowy u różnych osób najwybitniej podniósł Charcot, odróżniając pod tym względem cztery gromady osób: *les visuels, les auditifs, les moteurs d'articulation, les moteurs graphiques,* a prócz tego

jeszcze największą gromadę, *les indifferents*, u których wszystkie ośrodki równomiernie biorą udział w tworzeniu pojęcia słownego. Ołtuszewski odróżnia „wzrokowców“, u których przewagę mają wyobrażenia wzrokowe, „osoby typu słuchowego“, przypominające sobie wyraz przez powstanie wyobrażenia dźwiękowego danego wyrazu, a które mówią, czytają i piszą zapomocą obrazów pamięciowych słuchowych, i „ruchowców“, u których wspomnienie czuć mięśniowych, wyobrażenie ruchowe, służy za podstawę dla przypomnienia sobie wyrazów. Podobnież Ziehen zaznacza, że przy pisaniu i czytaniu raz jeden, raz drugi ośrodek ma przeważający udział.

Oczywista rzecz, że zależnie od ośrodka przeważającego danej osoby wynik zmian chorobowych w tych ośrodkach będzie różnym. Najczęściej istnieją zmysły zrównoważone, gdzie wszystkie te obrazy biorą udział w mowie wewnętrznej. Ale także u tych pamięć ruchowa odgrywa zdaniem Ołtuszewskiego tak ważną rolę, że jej utrata upośledza mowę wewnętrzną, jej zniszczenie zaś upośledza także pamięć słuchową (według prawa Bastiana) tak, że własnowolne pobudzenie ośrodka słuchowego jest niemożliwe. Na tej podstawie mniema Ołtuszewski, że utrata pamięci ruchowej znosi lub upośledza mowę wewnętrzną, jak to już dawniej Stricker (p. niżej) twierdził. Pick na podstawie spostrzeżeń klinicznych zwraca uwagę na dominujące znaczenie utrzymanej identyfikacyi akustycznej, jak również ruchowego składnika mowy na czynności psychiczne wogóle.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Wilbert (Bingen nad Renem). **O wpływie przerostu migdałków gardlanych na rozwój umysłowy i cielesny dzieci.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 6, 1903). Operacyjne usunięcie tych wyrośli gruczołowatych jest wskazanem tylko wtedy, jeżeli one wywołują objawy chorobowe, bądźto w postaci utrudnienia w oddechaniu nosowem i upośledzenie słuchu, bądź też objawy odruchowe, jak lęk nocny, moczenie mimowolne, pląsawica, opóźnienie rozwoju umysłowego. Choroba ta niezawsze wywołuje wymienione objawy. Zależy to jeszcze od innych czynników, mianowicie od budowy anatomicznej nosa i podniebienia i uwarunkowanej przez nią przestronności jamy nosowo-gardlanej. Tak zwana „postać gruczołowata“ (*habitus adenoidalis*) nie jest pewną oznaką przerostu migdałków gardlanych, aczkolwiek jest nią z reguły. Badając 375 dzieci szkolnych, znajdował autor przerost migdałków w 62%; objawy zaś chorobowe, zależne od tego przerostu, w 33%. W późniejszym wieku dzieci (w 12-tym i 13-tym roku życia) częstość tej choroby, jakoteż objawów przez nią wywoływanych, znacznie się zmniejsza. Na objawy nerwowe cierpiało 5%, — na zaburzenia słuchu 27%, z tych u 8% bystrość słuchu dla szeptu wynosiła 0—1 m., u 14% 1—5 m. Przewlekłe zapalenie ropne ucha środkowego stwierdzono w 1%. Rokowanie w tych przypadkach jest pomyślne o tyle, że wczesne i stosowne leczenie łatwo sprowadza poprawę; natomiast pozostawienie naturze nie zmienia tego stanu, albo nawet on się pogarsza. Dalsze poszukiwania wykazały, że 85% dzieci niezdolnych (umysłowo słabych) i 77% źle uczących się (nieuważających i leniwych) cierpi na przerost tych migdałków.

Wyniki przytoczone powinny zwracać w wysokim stopniu uwagę lekarzy praktycznych na tę chorobę wieku dziecięcego, a jeszcze więcej zająć lekarzy szkolnych, oraz władze szkolne. *Spira.*

Meinhold. **Dalszy przypadek hemoglobinuryi w ciąży.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 6). U młodej osoby pojawiła się w pierwszych miesiącach ciąży hemoglobinurya i pomimo leczenia nie ustępowała, aż dopiero nagle znikła dobrowolnie zaraz po porodzie. Objawy kliniczne: blada, lekko żółtawa cera, bezsenność, świąd skóry, osłabienie, ciemny mocz. Stolce niekiedy odbarwione. Chemicznie: w moczu hemoglobina i białko, czasem bilirubina i urobilina; ilość moczu zmniejszona, ciężar gatunkowy nieco wyższy. Pod drobnowidem: bezkształtne pierwiastki krwi i odosobnione szkliste wałeczki. Ważnym jest brak kolki żółciowej, obrzęków, jakoteż zaburzeń podczas porodu. Przyczyna niewyjaśniona.

G. Grzybowski (Kraków).

Bruns. **Promienica środkostna szczęki dolnej.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 6). Postać ta promienicy szczęki dolnej należy do rzadkości; powstanie jej różnie tłómaczą. Niektórzy twierdzą, że punktem wyjścia promienicy kości może być ząb zepsuty; jednakże badania Bostroema i Baracza zbijają to twierdzenie; przenosi się ona zazwyczaj z części miękkich, jakkolwiek niektórzy znów znajdowali w kanałach zębowych grudki promienicze. Występuje ona w dwóch postaciach: jako próchnica i jako naciek nowotworowy wewnątrz kości; w pierwszej wytwarzają się jamy wypełnione swoistą ziarniną, które zapomocą przetok łączą się z innemi jamami, zamienionemi w ropnie. Takie przypadki opisują Israel, Guder, Murphy i Février. Druga postać polega na wytworzeniu się nacieku nowotworowego, któryby można nazwać według autora „actinomycoma“ („promieniak“ według sprawozdawcy). Charakterystycznem jest dla niego zgrubienie szczęki dolnej, w okolicy kąta szczęki, nadto brak lub też nieznaczne zajęcie pokrywających części miękkich. Zgrubienie to powstaje z blaszki kostnej mniej lub więcej ścieńczałej, zamykającej kilka jamek, wypełnionych tkanką promieniczą, już to rozmiękłą, już też twardą, mięsakowatą. Dotychczas był tylko jeden przypadek, podany przez Ducor-Ponceta, gdzie guz był wielkości głowy dziecka, zajmował prawy kąt szczęki dolnej, a pokrywała go skóra niezmieniona. Po przecięciu znaleziono tuzin jamek oddzielonych przegrodami, zamiast kości była skorupa włóknistokostna. Autor zalicza przypadek swój do tej postaci promienicy: u 30-letniego chorego znalazł guz w lewym kącie szczęki dolnej, twardy, zbity, w niektórych punktach bolesny; skóra nad nim niezmieniona, dobrze przesuwalna. Rozpoznano mięsaka kości; guz szybko rósł, stawał się coraz bardziej bolesnym. Przy operacyi natrafiono na jamkę, wypełnioną miazgą, która pod drobnowidem dała obraz typowy promienicy. Wyskrobano doszczętnie i wymyto wacikiem sublimatowym. Od 10 lat nawrotu niema. Przypadek ten poucza, iż przy guzach szczęki dolnej powinno się myśleć o promieniaku, gdyż możnaby czasem zupełnie niepotrzebnie wyciąć szczękę.

B. Żmigród.

Dr. Schwarz (Praga). **O odsetkowym stosunku poszczególnych postaci bocznych zboczeń kręgosłupa.** (*Časopis lekařů českých*, 1903 Nr. 12.) Schwarz zwraca uwagę, że przeważna liczba dzieci ulega w pierwszych miesiącach życia lekkiemu całkowitemu lewostronnemu wygięciu kręgosłupa, które zostaje wywołane noszeniem dziecka na lewem ręku matki lub piastunki. Wygięcie to u dzieci krzywiczych jest rozwinięte znacznie silniej, a od chwili, gdy dziecko zaczyna uczyć się chodzić, wyrównywa się powoli. U niektórych dzieci utrzymuje się jednak bez zmian aż do czasu uczęszczania do szkoły. W pierwszym roku szkolnym dzieci takie przeważnie mają jeszcze mniej lub więcej wyraźnie lewostronne całkowite wygięcie kręgosłupa. Jako następstwo zajęć szkolnych występuje w dalszym ciągu zmiana w wygięciu kręgosłupa: część grzbietowa przegina się więcej w stronę prawą, natomiast część lędźwiowa zatrzymuje swe lewostronne wygięcie. Tym sposobem przychodzi do tego, że w wyższych klasach przeważa u uczniów prawostronne grzbietowe boczne wygięcie kręgosłupa; znika zaś całkowite lewostronne.

Po wprowadzeniu w szkołach pisma prostopadłego, zapomocą którego zapobieżono wytwarzaniu się grzbietowego prawostronnego wygięcia kręgosłupa, zauważył Schwarz, że liczba całkowitych lewostronnych wygięć się zwiększyła właśnie dlatego, że zmiana ich na wygięcia prawostronne grzbietowe była uniemożliwiona. Wogóle podnosi Schwarz, że nasza statystyka nie jest jeszcze należycie opracowana i dlatego nie może się w wielu miejscach zgadzać.

Chlumský (Kraków).

Sacharow. **Chirurgia śledziony wędrującej.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). S. opisuje przypadek wycięcia śledziony wędrującej, której objętość przewyższała 4 razy prawidłową; obrzmienie wywołała zimnica; śledzionę można było z łatwością przesuwać w różnych kierunkach i na znacznej przestrzeni. Chora uskarżała się na nieznośne bóle, zwłaszcza podczas pracy fizycznej; w ostatnich 2½ latach bóle okresowo znacznie przybierały na sile; okresy nasilenia trwały od trzech dni do dwóch tygodni. W dwa tygodnie po wycięciu śledziony krew zawierała 60% hemoglobiny, 2,840.000 krwinek czerwonych i 24.800 białych; stosunek wzajemny krwinek wynosił 1: 115; wśród krwinek białych było dużo jednojądrowych. W pięć tygodni po operacyi ilość hemoglobiny wynosiła 78%, krwinek czerwonych 3,200.000, białych 18.000; stosunek 1: 180; liczba jednojądrowych zostawała jeszcze zwiększoną. W cztery miesiące po operacyi chora czuła się zupełnie zdrową. Z objawów pooperacyjnych S. zaznacza znaczne wzmożenie łaknienia, które zauważali i inni chirurdzy.

Witold Orłowski (Ptbg.)

Prof. Popow. I. **Niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej.** (*Wojenno-Medicinskij Żurnal*, 1902). — II. **Czasowe czynnościowe zwężenie lewego ujścia żylnego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej w przypadkach przewlekłego zapalenia śródsierdzia i serca zmęczonego** (*cor lassum*). (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 3—5). Według prof. Popowa szmer przedskurczowy może być czynnościowy, jak to stwierdziła w jednym przypadku sekcya. Słyszy się go w niektórych przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej; powstaje zaś w ten sposób, że wskutek upośledzonej czynności mięśni brodawkowatych serca i rozkurczowego rozluźnienia mięśnia sercowego wogóle, zwrotna fala krwi z tętnicy głównej wypycha w niedomykalności zastawek tętnicy głównej zastawkę dwudzielną w górę, w kierunku przedsionka lewego; zmienione wskutek tego położenie zastawki dwudzielnej stanowi razem z krwią, znajdującą się w lewej komórce, przeszkodę dla postępującego prądu krwi z przedsionka lewego do komory podczas skurczu przedsionka. Przedskurczowy szmer czynnościowy może również wystąpić w przypadkach zaburzenia czynności serca i znacznego jego osłabienia w razie niedomykalności zastawki dwudzielnej pochodzenia organicznego. Tenże objaw spostrzegał wreszcie P. i w przewlekłem zapaleniu śródsierdzia. W tych razach nie zwrotna fala krwi z tętnicy głównej wypycha zastawkę dwudzielną, lecz krew, pozostała w lewej komorze podczas skurczu, wskutek słabego i niezupełnego skurczu. Ten więc objaw spostrzega się w tych przypadkach, w których skurcze serca są nadzwyczaj słabe, niemiarowe i częste (120—140 na 1'); przeszło połowa skurczów w tych przypadkach nie wywołuje zwykle tętna w tętnicy sprychowej. Rzecz prosta, że wskutek nadzwyczaj osłabionej czynności serca lewa komora rozciąga się w znacznym stopniu i jest w stanie wyrzucić podczas skurczu tylko część tej krwi, która się w niej zawiera. Reszta krwi, pozostając w komorze lewej osłabionego serca, utrzymuje zastawkę dwudzielną w położeniu podniesionem; zastawka więc razem z pozostałą krwią stoi na drodze prądowi krwi, dążącemu podczas rozkurczu z lewego przedsionka do lewej komory. Okoliczność ta sprowadza szmer przedskurczowy. Do niego dołącza się zwykle natychmiast szmer skurczowy, powstający podczas skurczu komory, wskutek przedostawania się krwi do przedsionka, wywołanego osłabieniem mięśni brodawkowatych serca. W ten sposób wytwarza się całokształt objawów ze strony serca, właściwy dla organicznego zwężenia lewego ujścia żylnego, powikłanego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, z tą jednak różnicą, że te objawy czynnościowe odznaczają się słabszą siłą, mniejszą stałością i nie wywołują objawów następowych, n. p. wzmocnienia drugiego dźwięku nad tętnicą płucną. Zdanie swoje P. popiera przytoczeniem jednego ze swoich spostrzeżeń, w którem szmery przedskurczowy i skurczowy znikły z poprawą śródmiąższowej sprawy zapalnej w śródsierdziu. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. C. Lauenstein. **W sprawie uśpienia tlenowo-chloroformowego.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 6). L. używał przez dłuższy czas przyrządu Dräger-Rotha do znieczulenia mieszanego tlenem i chloroformem. Wykonał tym przyrządem około 120 uśpień bez przypadku i bez złych następstw. Gdy się jednak pojawiła rozprawa Dra L. Michaelisa, wskazująca na to, że chloroform pod wpływem tlenu zmienić może swój skład chemiczny, odstąpił od tej metody całkowicie i powrócił napowrót do czystego chloroformu. *Herman.*

Dr. O. Bender. **Nerka wędrująca i skrzywienie boczne kręgosłupa.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 2). Dziewczyna 22-letnia zgłosiła się z powodu silnych bólów lędźwiowych. Znaleziono skrzywienie kręgosłupa w części lędźwiowej na prawo, w części piersiowej na lewo i okręcenie się jego wzdłuż osi prostopadłej. Obok tego znaleziono nerkę ruchomą prawostronną. Z przebiegu cierpienia, gwałtownych bólów itd. wnosi autor, że skrzywienie boczne kręgosłupa w tym przypadku pozostaje w związku przyczynowym z nerką wędrującą. Dowodu przekonywującego nie dostarcza, gdyż chora na przyszycie nerki nie zgodziła się. *Herman.*

A. Moeller (Belzig). **W jakim stanie chorego można przyjąć do sanatoryum?** (*Zeitschrift f. Tuberculose*, Tom 4, Zeszyt 2, 1903). Z punktu klinicznego Moeller uważa jako zdatnych do leczenia sanatoryalnego chorych, dotkniętych następującemi chorobami: 1) nieżytem jednego szczytu, lub naciekiem jednego szczytu z objawami nieżytowymi, albo bez nich; 2) jednem z powyższych dwóch cierpień w jednym szczycie, obok zmienionych szmerów oddechowych w drugim; 3) zmienionymi szmerami w obu szczytach; 4) wreszcie naciekiem połowy jednego górnego płatu z objawami nieżytu lub bez nich. Przytem wymaga, żeby wszystkie inne narządy były zupełnie zdrowe, ciepłota ciała prawidłowa, a mocz żeby nie zawierał białka ani cukru i nie wykazywał reakcyi diazowej. Pod uwagę należy brać nie tylko stan płuc, lecz i wiele innych okoliczności, które mogą świadczyć na korzyść chorego, nawet gdy cierpienie jego jest rozleglejsze, niż to podano na wstępie, a więc przedewszystkiem trwanie choroby, jeżeli gruźlica trwa już lat kilka, nie wzmagając się wybitnie, co wskazuje na pewną odporność ustroju, na którą można liczyć podczas leczenia; następnie uwzględnić należy dziedziczność, warunki ekonomiczne, charakter i usposobienie chorego, wreszcie jego wiek. Jeżeli wszystkie te dane wypadną na korzyść chorego, to Moeller decyduje się przyjąć na pewien czas tytułem próby takich chorych, którzy okazują: nieżyt obu szczytów lub jednego całego płata, naciek górnego lub dolnego płata z objawami nieżytu, lub bez nich. Ponieważ do sanatoryów powinno się przyjmować wyłącznie chorych gruźliczych, przeto dla uniknięcia pomyłek autor radzi wyczerpać wszystkie środki i metody rozpoznawania i uważa, że należałoby przy poliklinikach i sanatoryach urządzić kursa uzupełniające dla młodych lekarzy, aby mogli wyćwiczyć się w najdrobniejszych szczegółach i metodach klinicznego i bakteryologicznego badania. *Z. Czaplicki.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 22 kwietnia 1903.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 28.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęcił kilka słów ku uczczeniu pamięci zmarłego ś. p. kol. Filimowskiego, które obecni wysłuchali stojąc.

III. Kol. Gliński demonstrował i omówił: *a*) przypadek samoistnego pęknięcia jelita u $2^1/_2$ rocznego dziecka z wytworzeniem się nieprawidłowego odbytu sztucznego wewnętrznego. Celem porównania przedstawił jednocześnie kol. prelegent dwa analogiczne przypadki ze zbiorów muzealnych zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jag.; *b*) dwa przypadki niedrożności jelit cienkich u noworodków. (Rzecz przeznaczona do druku).

IV Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia i omawia

1) okaz wrodzonej niedrożności dwunastnicy powyżej ujścia przewodu żółciowego wspólnego;

2) dwa uchyłki prawdziwe dwunastnicy; jeden z mężczyzny 77 letniego, usadowiony w sąsiedztwie ujść przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustki, wypuklający się ku głowie trzustki, a zawierający zgęstniałe masy żółciowe i drugi z kobiety 46-letniej, usadowiony tuż pod odźwiernikiem, wywołany, jak się zdaje, przez trzustkę dodatkową, co rozstrzygnie badanie mikroskopowe.

3) kilka okazów rzadszej lokalizacyi gruźlicy (gruźlica nerki, moczowodu, gruczołu krokowego, pęcherza, pęcherzyków nasiennych i całej cewki moczowej u mężczyzny 40-l. z dawniejszą gruźlicą płuc i świeżą ogólną gruźlicą prosówkową; gruźlica macicy i jajowodu, oraz gruczołów zaotrzewnowych u kobiety 52 letniej bez znaczniejszych zmian gruźliczych w innych narządach; pierwotna gruźlica jelit u mężczyzny 20 letniego, zmarłego z zapalenia otrzewnej).

V. Doc. Dr. Marchlewski wygłosił odczyt: »O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi«. (Rzecz przeznaczona do druku). *Dr. Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VI. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Pierwsze szpitale w Polsce, lekarze, badacze. Najdawniejszy szpital w Polsce powstał, — jak podaje Gąsiorowski, — w Poznaniu roku 1170 za Mieczysława Starego; był to szpital św. Michała, potem nazwany św. Jana Jerozolimskiego. W Krakowie (Zieleniewski: Notatki do hist. akuszeryi w Polsce. Warszawa 1862 str. 7) Jan Prandota z Białaczewa, biskup krakowski, pospolicie ojcem ubogich nazwany, wybudował szpital, klasztor i kościół pod wezwaniem św. Ducha przy kościele św. Krzyża, oddając

wszystko w r. 1244 pod zarząd braciom szpitalnym, zwanym Duchakami: *Fratr. hospitalarii ordinis St. Spiritus in saxia de urbe*, ustanowionym w Rzymie między 1198 a 1216 roku przez Innocentego III, sprowadzonym do Polski z Wiednia do Sławkowa przez Petkę, biskupa krakowskiego, w r. 1203, a przeniesionym do Prądnika przez biskupa Iwona w r. 1220.

Zakład ten zwyczajem ówczesnym miał cechę przeważnie religijną, a przeznaczony był na schronienie dla podrzutków, tudzież dla kalek, starych i chorych, wreszcie dla ciężarnych i położnic.

W kronikach znajdują się dość częste wzmianki o lekarzach w ogólności, niosących pomoc chorym królom i panom. Kształcili się oni zapewne w szkołach zagranicznych, głównie włoskich, a może i w paryskiej. Oprócz Polaków rodowitych było bez wątpienia wielu cudzoziemców, już to duchownych, którzy jak wiadomo w owych wiekach leczeniem się trudnili, już to świeckich, a między tymi może i żydowskich, których spółplemieńcy już w XII wieku, chroniąc się przed prześladowaniem, znaleźli byli gościnny tu przytułek. Byli między nimi zapewne i wychowańcy szkół arabskich, zwłaszcza, że znajdowało się ich wielu w Czechach, skąd wraz z duchownymi przenieść się mogli do Polski.

Długosz, mówiąc o śmierci Mieczysława w r. 1034, dodaje, że ani kilkomiesięczne zabiegi lekarzów, ani moc ziół, nie zdołała odwrócić skonu.

Gallus, kronikarz z XII wieku, wspomina biegłego lekarza, który stolnikowi (dapifer) Wojsławowi, skaleczonemu przy obleżeniu Międzyrzecza w ciemię *(in vertice)*, kości zręcznie powyjmował. Gąsiorowski, na mylnych opierając się źródłach, a raczej w swej gorliwości o pomnożenie starożytnej sławy narodu, czyni wzmiankę o pierwszym rzekomo lekarzu Polaku: Janie Smerze z r. mniej więcej 900, wszelako Dr. Adr. Baraniecki dowiódł niewątpliwie, co zresztą już był wypowiedział Lelewel, że cała powiastka o tym lekarzu księcia Włodzimierza I w Kijowie, wyprawionym niby na Wschód dla zbadania najlepszej wiary i o liście pisanym przez tegoż z Aleksandryi o najlepszych chrześcijanach, z całem mistycznem jego zakończeniem, jest zmyśleniem późniejszych polskich sekciarzy, usiłujących zohydzić obrządek łaciński i grecki. Tem mniej zaś przemawiać to źródło może za lekarzem Polakiem, gdyż tylko przez nieuwagę i nieznajomość niemieckiego tłómacza wyraz „Polovacius" (Połowczanin) oddany został przez „Polak" *(Johannem Smeram Polovacium Medicum doctum et probum virum)*.

Z XIII wieku wspomniany jest przez dominikana Nowowiejskiego w dziele jego *Phoenix* lekarz poznański Jan z powodu, iż wdowa jego zapisała zakonowi kamienicę, a w archiwach poznańskich w w. XIV lekarz Mikołaj.

Chlubą nie tylko narodu, ale wieku swojego, który światłem swej nauki o wiele prześcignął spółczesnych, był badacz przyrody, Vitellio, jak dodaje Wiszniewski w nawiasie (zapewne Ciołek), urodzony w Polsce, podobno w Krakowie, z ojca Turynga, który tu osiadł za Bolesława Wstydliwego, a matki Polki, żył około r. 1270, za czasów Baszkona i Marcina Polaka.

Niemcy chcieliby go sobie, jak i Kopernika, przywłaszczyć i do swojego policzyć narodu; jednakże pochodzenia jego polskiego dowodzą zbyt oczywiście szczegóły, aby w tej mierze mogła pozostać jakaś wątpliwość. Jakoż był nauczycielem w szkole P. Maryi, jak świadczy w rękopiśmie Kołłątaj; sam w dziele swojem, traktującem o optyce, mówiąc o tęczy tak się wyraża: *„in terra nostra Polonia circa elevationem quinquaginta graduum"*, często wspomina puszczę Borek pod Krakowem. Montukla, autor historyi nauk matematycznych, nazywa go Polakiem; w bibliotece laureańskiej we Florencyi rękopis dzieła jego ma napis: Vitellionis Poloni. Uczył się w Rzymie i Padwie; zapoznał się także z piśmiennictwem arabskiem, poświęcając się z zamiłowaniem matematyce i fizyce. Zasłynął dziełem swojem o optyce, nauce, wówczas ledwie znanej, a tem mniej uprawianej. Składa się ono z 10 ksiąg. Pierwsza zawiera twierdzenia geometryczne w zastosowaniu do światła, dodając do zaczerpniętych z Euklidesa, Ptolomeusza, Apolloniusza i innych własne autora. W 2-giej księdze jest mowa o świetle, idącem w prostej linii i odbiciu się jego od przedmiotów na utworzenie obrazów. Korzystał w niej z Alhazena, lecz rzecz uprościł. Mówi tu także o cieniu i jego kształtach. W 3-ciej księdze opisany jest skład oka i sprawa wzrokowa; w 4-tej zastanawia się nad złudzeniami wzrokowemi. O zwierciadłach i ich skutkach optycznych prawi w księdze 5-tej, mianowicie zaś głównie o płaskich; w 6-tej o wypukłych; w 7-mej o walcowatych i ostro-kręgowych; w 8-mej o wklęsłych; w 9-tej o walcowatych i ostro-kręgowych, mających powierzchnię wklęsłą, o kulistych i parabolicznych.

Dziesiąta księga poświęcona jest rozbiorowi światła, przechodzącego przez ciała przejrzyste i tu najwięcej swoich własnych pomysłów rozwinął, torując drogę wynalazkom Newtona, do których już nader się zbliżył, zwłaszcza co do rozdzielenia się światła na barwy tęczowe. Mylnie zatem niektórzy twierdzili, że Vitellio Alhazena przełożył tylko lub wyjątki z niego podawał; wszakże wydawca obudwu w XVI stuleciu Fryderyk Risner słusznie powiada: *„Si artis opifex atque autor habendus sit, qui arti formam animampue dedit, Vitellio iure optimo artis opticae autor habeatur"*. Nie wiem, na jakiej zasadzie utrzymuje Wiszniewski, że Vitellio robił doświadczenia optyczne przy mogile Krakusa na górze Lasota i że go lud ciemny, jak w Anglii Rogera Bakona, poczytywał za czarnoksiężnika. Wnosi on stąd, iż może on był owym czarnoksiężnikiem Twardowskim, co Zygmuntowi Augustowi postać Barbary po śmierci ukazał, zwłaszcza, że w Węgrowskim kościele wisi w zakrystyi nade drzwiami zwierciadło metalowe z napisem łacińskim, że jest własnością Twardowskiego.

Jak powszechnej optyka Vitelliona używała powagi, dowodzi o tem ta okoliczność, że słynny Kepler dzieło swoje nazwał: *„Paralipomena in Vitellionis opticam"*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

V. Służba zdrowia.

Tablica ułożona roku zeszłego przez piszącego te słowa, a uzupełniona liczbami za rok sprawozdawczy, przedstawia się jak następuje:

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Było w Galicyi: Magistrów i patronów chirurgii	Było w Galicyi: Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada na ... mieszkańców: w Galicyi	Jeden lekarz przypada na ... mieszkańców: w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonom. prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	188
1894	910	168	1078	6130	2938	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5821	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259
1899	1190	129	1319	?	?	775	544	206	1982	265

Jak w roku zeszłym ma i tegoroczne Sprawozdanie dział zatytułowany „Publiczna ochrona zdrowia“, w tym roku nawet obszerniejszy, w którym inne szczegóły, dotyczące „Służby zdrowia“, będą omawiane.

VI. Parowe aparaty desinfekcyjne.

Przyrządów takich (stałych i ruchomych) było w roku 1899 w Galicyi 202, t. j. o 15 więcej, niż w roku 1898. Sprawozdanie przytacza, ile przyrządów miały gminy, sądy, szpitale i t. p., jakie systemy były używane (najwięcej Rychnowskiego 59). Natomiast brak wszelkiej wzmianki, w jakim te przyrządy były stanie, czy miały odpowiednio wyćwiczoną posługę, czy należycie i z jakim skutkiem były używane itp.

Publiczna ochrona zdrowia.

1. Asanacya.

Rok 1899 wyróżnia się nadzwyczaj korzystnie dążnością nie tylko władz, większych miast, starostw, rad powiatowych, lecz nawet gmin wiejskich, ba nawet pojedynczych wieśniaków, do zaopatrywania się w dobrą wodę. Na czele idą obie stolice, w których rozpoczęta w r. 1898 budowa wodociągów raźnym krokiem postępuje. I Biała przeprowadza roboty wstępne, celem zaopatrzenia się, jeśli już nie we wodę źródlaną, jak w roku zeszłym mylnie doniesiono, to przynajmniej w wodociąg, dostarczający wody rzecznej z mało zamieszkanego okręgu Straconki. Kamionka zrekonstruowała swe wodociągi, zakładając 3 betonowe zbiorniki, kładąc 2750 m. nowych rur żelaznych i otwierając w mieście kilka studni publicznych. Ulepszył też swój wodociąg i Sędziszów, kładąc rury kamienne w miejsce drewnianych.

Energiczną czynność rozwijają też niektóre Rady powiatowe, budując znacznym nieraz kosztem liczne studnie w pewnych gminach. Tak n. p. w powiecie liskim wybudowano w r. 1899 studni nowych 102 i, jak mówi Sprawozdeani, „przerwano w ten sposób z roku na rok szerzące się epidemie tyfusu brzusznego“.

W powiecie łańcuckim wybudowano 44 studni, podobnież w tłumackim i stanisławowskim. Rada powiatowa tego ostatniego powiatu zawarła układ z pewnym studniarzem, który za pewnem wynagrodzeniem podjął się budować w gminach powiatu studnie abisyńskie pompowe. Przeciętna cena takiej studni wynosi około 60 koron, a zbudowano ich w tym powiecie i roku 128. Wydział powiatowy wadowicki udziela gminom, w których z powodu położenia nad Wisłą koszta budowy studni są duże, pożyczek do wysokości połowy kosztów. W powiecie chrzanowskim postawiła sobie komisya zdrowotna za główne zadanie, aby wszystkie gminy miały dobrą wodę. W budżecie rocznym powiatu husiatyńskiego znajdujemy kwotę 1596 złr. wstawioną w tym celu, aby 15 gminom tego powiatu dostarczyć dobrej wody, a oprócz tego w 3 gminach 324 złr. dla dozorcy studzien.

Przytoczyliśmy ustępy te, jako nadzwyczaj pocieszający objaw zrozumienia potrzeb zdrowotnych ze strony coraz to szerszych kół ludności. Dodajemy, że w roku 1899 przybyło 963 nowych studni (w r. 1898 tylko 603), a oczyszczono, przerobiono lub ulepszono 3376 starych (w roku 1898 tylko 321). Dla dokładności obrazu nie możemy jednak pominąć następującego ustępu sprawozdania:

„Aby zapobiegać brakowi dobrych studzien i powstrzymać szerzenie się epidemii tyfusu brzusznego i czerwonki w powiecie wielickim, zebrało k i l k a g m i n tego p o w i a t u na zachęcenie obecnego c. k. lekarza powiatowego dość znaczną kwotę pieniężną i oddało ją Radzie powiatowej. Pomimo tego, że od tego czasu już kilka lat minęło, pomimo kilkakrotnych urgensów c. k. starostwa do Rady powiatowej i c. k. Namiestnictwa do Wydziału krajowego, nie podjęto żadnej roboty w tym kierunku, a zebrane pieniądze (kilka tysięcy złr.) leżą bez użytku“. Rzecz to wprost oburzająca i prawie nie do wiary!

Również w sprawie kanalizacyi miast rok 1899 znaczny wykazuje postęp; tak samo sprawa bruków w miastach. Natomiast brak nam wiadomości o poprawie stosunków po wsiach. W Sprawozdaniu zeszłorocznem czytaliśmy, że choć w jednym powiecie (krakowskim) usunięto około 400 gnojowisk z bezpośredniego pobliża mieszkań. Czy zbawienna ta akcya zresztą w żadnym innym powiecie podjętą nie została?

2. Pokarmy, używki i napoje.

„Do wypełniania nadzoru policyjnego nad artykułami spożywczymi niema dotąd w kraju żadnych organów pomocniczych, niema również ustawy krajowej co do wykonywania nadzoru podczas targów gminnych“.

„Kontrola państwowa polega na tem, że lekarze powiatowi zwiedzają od czasu do czasu sklepy i biorą próbki celem zbadania. W roku sprawozdawczym jednak zaniedbywało wielu lekarzy urzędowych i ten sposób kontroli“.

„Sprawozdanie roczne za r. 1899 przedłożył c. k. Zakład dla badania środków spożywczych (w Krakowie) wprost c. k. Ministerstwu spraw wewn., nie uwiadomiwszy o tem c. k. Namiestnictwa nawet w odpisie i z tego też powodu nie można podać żadnych danych co do czynności tego Zakładu“.

Pracownie chemiczne miast Lwowa i Krakowa rozwijają się i wykazują wcale pokaźne liczby rozbiorów. Po powiatach badanie środków spożywczych, jak to już z przytoczonego wyżej dosłownie ustępu wynika, znacznie rzadziej się odbywa, choć i z powiatów przytacza Sprawozdanie liczne drastyczne przykłady fałszowania win, wódek, octu, herbaty i t. d., jak również konfiskat zepsutych ryb, serów, owoców niedojrzałych itp. Lecz Sprawozdanie czyni słuszną uwagę, że c. k. sądy nie zawsze występują z należytą surowością przeciw winnym.

Prawie wszędzie żalą się lekarze urzędowi na liczne pod względem sanitarnym braki w piekarniach, a wszelkie usiłowania, aby pod tym względem osiągnąć jaką poprawę, są prawie bezcelowe, gdyż przeciw każdemu zarządzeniu wnosi się natychmiast rekurs, który się ciągnie przez lata...

W końcu podnosi Sprawozdanie widoczny postęp na polu gospodarstwa mlecznego, gdyż liczba spółek mleczarskich stale się powiększa, co wpływa korzystnie na jakość masła i zachęca włościan do większej staranności około nabiału.

Na 736,566 sztuk bydła rogatego, zabitego w r. 1899 w rzeźniach, znaleziono 3,451, t. j. 4·8‰ sztuk gruźliczych, z których tylko 290 sztuk zniszczono, resztę uznano możliwą do użytku. Sprawozdanie jednak podnosi przypuszczenie, że gruźlica u bitego bydła zdarzała się częściej, aniżeli te przytoczone liczby wykazują.

3. Hygiena budowy mieszkań.

„Ustawa budowlana dla wsi i małych miasteczek Galicyi, której projekt od roku 1887 sześć razy przedkładano Sejmowi, otrzymała wreszcie sankcyę i obowiązuje od 20 marca 1900 r. Natomiast przygotowania do reformy istniejącej ustawy budowlanej dla Lwowa i Krakowa ani na krok w tym roku nie postąpiły.

Zresztą ruch budowlany coraz to mniejszy, choć te nowe domy, które powstają, zwłaszcza w obu stolicach, wykazują widoczny postęp. W Przemyślu zburzono 8 domów mieszkalnych i 11 zabudowań ze względów asanacyjnych. Miasteczko Jagielnica po pożarze odbudowało się podług nowo uregulowanego planu ulic; wybudowano około 250 domów z kamienia ciosowego.

Po wsiach postęp w budowaniu chalup chłopskich jest tylko w niektórych powiatach widoczny. Podobnież w małych miasteczkach. Sprawozdanie wyraża nadzieję, że nowa ustawa sprowadzi w tym kierunku zmiany na lepsze.

Podnieść należy, że aby zapobiedz dotkliwemu brakowi mieszkań dla robotników w Schodnicy i Borysławiu powstaje tam co roku po kilka domów na ten cel budowanych. Nowopowstała fabryka surogatów kawy w Horodence ma wzorowo urządzone mieszkania dla robotników. Podobnież przy tartakach w powiecie tureckim. Natomiast w fabryce sanockiej panują jak i w zeszłym roku smutne stosunki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Program kursów wakacyjnych dla lekarzy,

które odbędą się od 8 do 29 lipca 1903 r. w Krakowie.

Zgłoszenia się i opłatę czesnego przyjmuje kwestura Uniw. Jag

1) Prof. Dr. K o s t a n e c k i: Anatomia narządu moczopłciowego od 6 do 11 lipca codziennie. Czesne 20 koron.

2) Doc. Dr. B o c h e n e k: Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej. Czesne 20 koron.

3) Prof. Dr. B u j w i d: *a)* Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 20 koron.

b) Rozpoznawanie najważniejszych bakteryj i pasorzytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 8 koron.

c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i: Dyagnostyka anatomo-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach; 6 godzin tygodniowo, codziennie prócz niedziel od godziny 8 do 9 rano. Czesne 20 koron.

5) Prof. Dr. K o r c z y ń s k i: Praktyczny kurs dyagnostyki chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem klinicznych sposobów badania krwi, wydzielin i wydalin; przy współudziale asystentów: Dra Latkowskiego (badanie moczu), Dra Flisa (badanie plwocin, treści żołądkowej i kału), Dra Mięsowicza (badanie krwi i płynów wypocinowych); 3 razy tygodniowo po 2 godziny, tj. we

wtorki, czwartki i soboty od godziny 8 do 10 rano. Czesne 24 koron.

5) Prof. Dr. Kader: *a)* Specyalna chirurgia i *practicum* ortopedyczne; 3 razy tygodniowo od godziny 11 do 1. Czesne 40 koron.

b) Kurs praktyczny operacyj na zwłokach i zwierzętach ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej; 3 razy tygodniowo od godziny 11 do 1. Czesne 90 koron.

7) Prof. Dr. Trzebicky: Ćwiczenia w operacyach chirurgicznych w zakresie potrzebnym dla lekarzy praktycznych; codziennie od godziny $7\frac{1}{2}$ do 10 rano w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Czesne 40 koron.

8) Doc. Dr. Chlumsky: *a)* Praktyczny kurs miesienia (masażu); codziennie od godziny 11 do 12. Czesne 60 koron; liczba uczestników ograniczona.

b) Rozwój ortopedyi chirurgicznej w ostatnich latach; w soboty od godziny 3 do 5 popołudniu. Czesne 5 koron. Godziny wykładowe mogą być według umowy zmienione.

9) Prof. Dr. Wicherkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacyj ocznych; 3 razy tygodniowo od godziny 8 do 10 rano. Czesne 24 koron.

10) Prof. Dr. Jordan: *a)* Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób ginekologicznych; 5 razy tygodniowo od godziny 10 do 12. Czesne 40 koron. Najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

b) Z pomocą asystentów klinicznych: Ćwiczenia w badaniu ciężarnych rodzących i położnic; 5 razy tygodniowo od godziny 9 do 10 rano, i — o ile będzie materyał — popołudniu o godzinie 4; dyżury. Czesne 40 koron. Najmniej 12, a najwyżej 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

11) Prof. Dr. Jakubowski: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatoryum pedyatrycznem; 3 godziny tygodniowo od godziny 9 do 10 rano (w poniedziałki, wtorki środy). Czesne wraz z następnym kursem.

12) Prof. Dr. Raczyński: *a)* Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacyi. Od godziny 9 do 10 rano we czwartki, piątki i soboty. Czesne za oba te kursa tj. 11) i 12) razem 30 koron.

b) Choroby przewodu pokarmowego i dyetetyka żywienia osesków; w niedzielę od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron.

13) Doc. Dr. Krzyształowicz: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych; 5 godzin tygodniowo, od godziny 9 do 10 rano na materyale kliniki dermatologicznej. Czesne 20 koron.

14) Prof. Dr. Domański: O badaniu i rozpoznawaniu chorób układu nerwowego; 3 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Po porozumieniu się może nastąpić zmiana godzin. Czesne 12 koron.

15) Prof. Dr. Browicz: Kurs otyatryi; 5 godzin tygodniowo od godziny 12 do 1 w południe. Czesne 20 koron.

16) Prof. Dr. Pieniążek: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; przy współudziale asystenta Dra Nowotnego; 5 godzin tygodniowo od godziny 10 do 11 rano. Czesne 20 koron.

• • •

† Dr. Władysław Jasiński.

D. 26 kwietnia zakończył życie bodaj że najstarszy wiekiem lekarz we Lwowie, dr. Władysław Jasiński, człowiek bardzo znany i uznany dla swej wszechstronnej działalności na różnych polach zawodu lekarskiego.

Zmarły urodził się r. 1827 w obwodzie jasielskim; nauki średnie pobierał w Drohobyczu i Brzeżanach; dwuletni kurs filozoficzny odbył we Lwowie. W r. 1849 udał się do Wiednia, gdzie obok nauk lekarskich z zamiłowaniem zajmował się klasykami greckimi i piśmiennictwem angielskiem. Osiągnąwszy w r. 1855 stopień doktora medycyny, chirurgii i magistra położnictwa, powrócił do Lwowa i objął obowiązki asystenta w klinice prof. Ducheka. Party żądzą dalszego kształcenia się, wrócił r. 1857 do Wiednia i tam doskonalił się w sztuce lekarskiej. W r. 1858 wstąpił do wojska austryackiego, jako lekarz; w 1859 odbył kampanię włosko francusko-austryacką, następnie bawił w Tryeście, później w Moguncyi, skąd odbył dłuższą podróż po zdrojowiskach niemieckich, zwiedził Szwajcaryę, Francyę i Anglię. W końcu r. 1860, uwolniwszy się ze służby wojskowej, osiadł we Lwowie, gdzie od r. 1866 pełnił szereg lat obowiązki kierownika szpitala więziennego. Przed kilku laty, zmęczony życiem i obarczony wiekiem przeszedł w stan spoczynku, obdarzony przy tej sposobności tytułem i dekoracyą, lecz zaszczytów tych umysł jego jakoś docenić nie potrafił. Po za czynnościami lekarza szpitalnego i praktykującego, z zamiłowaniem oddawał się piśmiennictwu: wrażenia z licznych podróży, spostrzeżenia poczynione w zdrojowiskach, zakładach i t. d. znalazły swój wyraz w liczących publikacyach, pomieszczanych w dziennikach zawodowych i politycznych. Prócz ścisłości człowieka nauki, w pracach ś. p. Jasińskiego górowała zdolność popularyzowania, właściwy mu styl obrazowy, a często i poetyczne odczucie piękna przyrody. Żyjąc w odosobnieniu, ze swojemi myślami, przemyślał wiele, wyrobił własny pogląd na sprawy tego świata, był indywidualistą, nie hołdującym doktrynie i żadnemu dogmatyzmowi. W piersiach jednak Zmarłego kolegi spoczywało wielkie miłosierne serce ludzkie: odosobniony w pojęciu towarzyskiem, duszą zespalał się ze społeczeństwem, nasłuchując jego skarg i żalów; powoli gromadzony kapitał, grosz do grosza, urósł do kwoty przeszło ćwierć miliona koron, którą zapisał Tow. lekarzy galicyjskich, opiekującemu się, jak wiadomo, losem podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach. Ten dar wspaniały, przykładu którego naprożnobyśmy szukali w dziejach naszych Tow. lekarskich, przychodzi w chwili najcięższej dla stanu lekarskiego, w chwili wprost przełomowej, co właśnie podwaja jego wartość. Czyn ten szlachetny przekaże Jego imię późniejszym pokoleniom, a wdzięczna pamięć przetrwa wieki w sercach kolegów. Pokój Jego popiołom *Dr. A. Kwaśnicki.*

• • •

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęło w poczet członków czynnych Dr. J. Frączkiewicza; następnie miał wykład kol. doc. Bochenek na temat „Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie?“

* Donoszą nam z Madrytu, że organizacya Kongresu lekarskiego była w wysokim stopniu niedołężną i wywołała cierpkie uwagi członków zagranicznych. Przewodniczących Komitetów narodowych, polskiego i czeskiego, niedopuszczono do słowa powitalnego, a w imieniu wszystkich lekarzy austryackich przemawiał prof. Schrötter, po nim zaś..... reprezentant Bośni. Więc narody wielomilionowe, polacy i czesi, posiadający 2 Akademie umiejętności, 3 uniwersytety i liczne towarzystwa naukowe, nie mają tych praw reprezentacyi na Kongresie naukowym, które posiada Bośnia, będąca w świecie ducha jeszcze mgławicą bez krystalicznego jądra. Co i kogo właściwie reprezentuje taki przedstawiciel Bośni? Snać tyle wytwarzamy chaosu w Austryi, że mamy go i na eksport.

Zapewne, jest to w gruncie rzeczy sprawa podrzędna; lecz naród, pozostający w tak trudnem, jak nasze, położeniu nie powinien rezygnować z żadnego objawu swego istnienia: polski komitet narodowy na Kongresie następującym ma obowiązek wspólnie z Komitetem czeskim tę sprawę wyjaśnić, mianowicie, czy to usuwanie reprezentacyi polskiej i czeskiej od praw, które już posiadała, jest centralistycznem zarządzeniem rządu austryackiego, czy też są to postanowienia Komitetów, organizujących Kongresy. Wysunięcie reprezentacyi bośniackiej na widownię Kongresu naukowego przemawia raczej za dyplomacyą i logiką austryacką.

* Rada m. Krakowa na posiedzeniu d. 30 kwietnia mianowała lekarzami miejskimi: Dr F. M. Bernacińskiego i Dr. A. Zopotha.

* Kierownictwo oddziału chorób wewnętrznych w krakowskim szpitalu Braci Miłosierdzia objął prof. Pareński, sekundaryuszem został mianowany Dr. Frączkiewicz. Podana przez nas wiadomość o objęciu tego stanowiska przez Dr. Rożeckiego okazała się mylną.

* Warszawskie Towarzystwo higieniczne wybrało nowy zarząd: prezesem został wybrany Dr. J. Polak, wiceprezesem Dr. Palmirski, sekretarzem Białobrzeski.

* Dr. Stanisław Kaczkowski mianowany został etatowym ordynatorem kliniki okulistycznej w Warszawie.

* Profesor J. Mierzejewski mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Tadeusz Pisarski.

* Wyroby p. Mikolascha „syrop sulfogwajakolowy“, oraz tenże syrop z dodaniem kola, upoważniło ministeryum spraw wewnętrznych do sprzedaży aptecznej, o ile przetwory te będą zapisywane przez lekarzy.

* Profesor Neusser wyjechał z Wiednia na dwumiesięczny urlop.

* Związek wiedeńskich słuchaczów medycyny, który już wiele zadał sobie trudu dla poprawy bytu starszych swoich braci — lekarzy, zwołuje w tej sprawie wiec do Wiednia w dniu Zielonych Świątek i wzywa członków rakuzkich Izb lekarskich do wzięcia udziału, a w szczególności do wygłoszenia odczytów z zakresu społeczno-lekarskiego.

* XV międzynarodowy Kongres lekarski odbędzie się r. 1906 w Lizbonie.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XV (12—18—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 82, zmarło osób 74, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 17 (6 zam.), z płonicy 4 (3 zam.), z duru brzusznego 2 (zamiejscowi), z cholery niemowląt 5.

* Między 15 a 21 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (3 gm.), lwowskim (4 gm.), myślenickim (1 g.), nadworniańskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (2 g.), przeworskim (4 g.), rawskim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), tarnopolskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (2 g.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Ławrow — prof. nadzwyczajnym farmakologii w Dorpacie. Dr. Bartels w Berlinie otrzymał tytuł profesora za prace z dziedziny antropologii. Dr Chłopin mian. profesorem higieny w Odesie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Veit, b. profesor ginekologii w Bonn.

Bibliografia.

— *Zdrowie* Nr. 5. J. Piotrowski: O hartowaniu ciała. Kopczyński: Nerwowość młodzieży szkolnej. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy. H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.). Koenigstein: O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, gardła i krtani (dok.).

— *Medycyna* Nr. 17. Majkowski: O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego (dok.). Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 8. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką a histeryą (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17. Brabec: O empyemu dutiny čelni. Kutwirt: Polypus plicae salpingofaryngeae. Crha: Léčeni vlákninového zánětu plic kreosotalem. Chalupecký: Depresse a reklinace katarakty.

— *Lékařské rozhledy* Z. 4. Ostrčil: Jakým způsobem možno si v některých případech usnadniti embryotomii. Mladějovski: Zásaditě salinické vody lázni Marianských při diabetu. Vitek: Několik poznámek ku symptomatologii tabes dorsalis.

— *La Presse médicale* Nr. 33. 1) XIV Congrès international de medecine. 2) III Congrès international de thalassothérapie.

— Nr. 34. Lévy: Leczenie psychiczne histeryi. Ponowne wychowanie *(rééducation)*. Hallé: Powikłania nerwowe grypy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Oppenheim: Ogólne zapalenie mięśni. Pfister: Zaburzenia przy budzeniu się ze snu. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności. Ascoli i Bezzola: Zachowanie się przeciwgorączkowej siły surowicy krwi w dławcowem zapaleniu płuc. Rothmann: Ostra przemijająca afazya (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Schmidt: Wykazanie i oznaczenie indolu w kale za pomocą dimetylamidobenzaldehidowego odczynu Ehrlicha. Baumstark: Oznaczenie produktów gnicia w moczu i kale przy użyciu aldehidowego odczynu Ehrlicha. Goetjes: Przyczynek do sprawy leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Kehr: W których punktach ja różnię się od poglądów Riedela na chirurgię kamieni żółciowych? Schmidt: Dwa przypadki podskórnego zgniecenia nerek z zejściem pomyślnem. Fraenkel: Niektóre prawa zasadnicze dla ocenienia i leczenia urazu brzucha. Wieting i Effendi: W sprawie wyjęcia pocisku z mózgu przy przeszywającym postrzale czaszki. Heller: Kiła sutka. Gutkind: Wynik sekcyi przypadku z wrodzoną wadą serca. Sachs: Nowa prześwietlająca lampa i jej zastosowanie w okulistyce. Mohr: Ulepszony skraplacz dla wyjaławiania płynów, używanych do oczów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Mraček: Kiła matek i noworodków. Przyczynek do nauki o kile dziedzicznej. Kretz: Teorya hemoglobinuryi napadowej. Kapsammer: Samoistne kruszenie się kamieni pęcherzowych. Lorenz: Przyczynek do nabytych zniekształtnień stawu łokciowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Brieger i Mayer Dalsze doświadczenia nad wydobyciem substancyi swoistych z bakteryi. Kayser: Paratyfus. Spengler: Torakoplastyka i odkażanie jam w suchotach płucnych. Lilienfeld: Leczenie rwy nerwu trójdzielnego. Reckzeh: O miejscowem zakażeniu zimniczem i o cherze zimniczej. Oberwarth: Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła u dziecka (dokończenie).

Redakcya otrzymała. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy na podstawie własnych spostrzeżeń. — Materyały antropologiczno-archeologiczne i etnograficzne, wydawane staraniem komisyi antropologicznej Akademii Umiej. w Krakowie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg mówić będzie: „O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

W gminie **Trawnik** w Bośnii obsadzoną będzie obecnie wolna posada drugiego lekarza gminnego, który wykonywać będzie służbę sekundaryusza w tamtejszym szpitalu gminnym i prowadzić wspólnie z dyrektorem szpitala sprawy administracyjne.

Z posadą tą związana jest roczna pensya 1200 koron, wolne mieszkanie (urządzony pokój w budynku szpitalnym) wraz z opałem, obsługą, oświetlenie w szpitalu samym — jak również całe utrzymanie, względnie miesięczne relutum 60 koron, bez zwrotu kosztów przyjazdu.

W czasie wolnym od służby, wolno jest lekarzowi wykonywać prywatną praktykę, w pierwszym rzędzie musi on jednak leczyć bezpłatnie ubogich chorych miejskich.

Również musi drugi lekarz gminny brać udział w badaniu publicznych prostytutek, za co otrzymuje 30% z przypadającej w badaniu należytości.

Drugi lekarz gminny obowiązany jest dalej do spełnienia służby sądowo-lekarskiej i sanitarno-policyjnej i po za granicami miasta a w tym ostatnim przypadku za wynagrodzeniem przynależnym mu według unormowanych przepisów (zwrotu kosztów podróży, dyety, należytości, za rzeczoznawstwo).

Drugi lekarz gminny musi być doktorem wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów austro-węgierskich — musi być poddanym państwa austryackiego lub krajów okupowanych i musi wykazać znajomość jednego z języków słowiańskich. Nie żonaci będą mieli przy równych kwalifikacyach pierwszeństwo.

W razie zerwania umowy z jakiegokolwiek powodu nie będzie miał mianowany kandydat do żądania odprawy pieniężnej lub zwrotu kosztów podróży.

Podania należycie udokumentowane odpowiednio opatrzone bośniacko-hercegowińskimi stemplami należy wnosić najdalej do 31 maja 1903 do magistratu miasta **Trawnika** w Bośnii.

Trawnik dnia 28 kwietnia 1903.

Burmistrz *Hadżi Rifat eff. Smajlhadić*

L. 751.

Konkurs.

Wydział Rady powiatowej w Żydaczowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Nowemsiole** z płacą roczną 1.000 Kor. i ryczałtem na podróże służbowe 600 Kor. rocznie.

Okręg sanitarny w Nowymsiole obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Ruda, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów, z ludnością 13.471 dusz.

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać mają: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu lekarskiego, lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Żydaczowie najdalej do dnia **31 maja 1903.**

Żydaczów, 31 marca 1903.

C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu.

Do L. 944/M. I.

ROZPISANIE KONKURSU.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, dz. pr. p. nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada inspektora, ewentualnie adjunkta i asystenta z systemizowanemi poborami VIII klasy rangi pobór początkowy 3600 kor. dodatek aktywalny 720 kor., względnie IX klasy rangi, pobór początkowy 2800 kor., dodatek aktywalny 600 kor., względnie X klasy rangi, pobór początkowy 2200 kor. dodatek aktywalny 480 k.

Podania o udzielenie tych posad należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 25 maja 1903 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też we wspólnej c. k. służbie państwowej, winni wnosić podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1. Metrykę urodzenia;

2. Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, mianowicie też w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3. Dowód naukowego wykształcenia przyrodniczego uniwersyteckiego a zwłaszcza w tych działach, które stanowią przedmiot egzaminu dyplomowego dla znawców środków spożywczych, rozporządzenie ministeryalne z dnia 1 sierpnia 1900 r. Dz. pr. p. nr. 133. Dowód ten należy ewentualnie uzupełnić odnośnymi alegatami w razie gdyby petent pracował w zawodzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, nie pozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, mają dostarczyć urzędowego świadectwa moralności oraz świadectwa zdrowia, wystawionego przez rządowego lekarza.

Dr. Franciszek Wobr

ordynuje jak lat poprzednich od 1 maja do 15 września

w Cieplicach trenczyńskich

a od połowy września do 1 maja w **LUSSINPICCOLO** jak roku zeszłego i udziela Sz. Rodakom wszelkich wyjaśnień.

Dr. Oskar Kaufmann

ordynuje jak dawniej

w KARLSBADZIE „Pascha“ Sprudelstrasse.

Dr. WALENTY KRETOWICZ

ordynuje jak lat poprzednich

w KARLSBADZIE Stadt Warschau.

Dr. Zenon Pelczar

ordynuje jak corocznie jako

I. lekarz zakładowy w TRUSKAWCU.

Dr. Kl. Dębicki

(dawniej w Iwoniczu)

ordynować będzie jak w roku zeszłym

w KRYNICY pod Jeleniem.

Dr. St. Benedykt Kwiatkowski

dotychczas. I. Asystent kliniki chorób wewn. Uniw, Jagiell.

ordynować będzie od 15 Maja b. r.

w Marjenbadzie („Stadt Hamburg“).

Dr. S. Bulikowski

ordynować będzie tak, jak poprzednio podczas sezonu letniego (od 1 maja do końca września)

w Gleichenbergu willa Höfflinger IV.

Radca san. Dr. F. Chłapowski

ordynuje jak innych lat

w KISSINGEN.

Potrzebujących specyalnej dyety przyjmóje do swej prywatnej kliniki, tamże, *Prinzregenten str. 1.*

Dr. TADEUSZ PRASCHIL

b. Asystent Uniw. lwow. i sekundaryusz kraj. szpitala pow. we Lwowie

ordynuje

jak w latach ubiegłych w sezonie b. r. jako lekarz zakładowy

w Truskawcu.

Kraków, Radziwiłłowska 29.

ZAKŁAD ROENTGENOWSKI

Zaopatrzony we wszelkie najnowsze przyrządy do wytwarzania promieni Roentgena.

Dr. ARTUR FROMER.

Sekundaryusz oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. ord. od godz. 2—4 popołudniu.

Lekarz praktykujący

w większem mieście prowincyonalnem poszukuje przez lato lub krótszy czas zastępstwa lekarza w miejscowości górzystej lub lesistej — ewentualnie przyjmie posadę asystenta przy zakładzie zdrojowym lub klimatycznym.

Zgłoszenia: Kobler dla Dr. T. Kraków. Jasna 7.

Dr. Edmund Supiński

b. I. sekundaryusz krajow. szpit. w Krakowie ordynuje jako lekarz zakładowy **w Rabce.**

Dr. med. Leon Feuerstein,

b. asystent uniwersytetu lwowskiego, ordynuje **od 10 maja,** jak w roku ubiegłym,

w Bad-Hall (w górnej Austryi) „Hotel Continental“.

Dr. J. Scharf

ordynuje jak dawniej od 1 maja

w KARLSBADZIE dom »Insel Rügen«.

Dr. Michał Śliwiński

ordynuje **w KARLSBADZIE**

Mühllbrunnstrasse »König von Preussen«.

Maryówka pod Lwowem

SANA ORYUM i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Sezon rozpoczynam 15 maja.

Chorych piersiowo i umysłowo nie przyjmuję. Szczegółowe opisy wysyłam i wszelkich wyjaśnień udzielam odwrotnie

Dr. JÓZEF ZAKRZEWSKI, Lwów Akademicka 28.

TRUSKAWIEC

Zakład zdrojowo-kąpielowy

oraz stacya klimatyczna.

Ostatnia stacya kolejowa Drohobycz.

Położony w kotlinie na wysokości 1200 stóp, posiada kąpiele: slone, słono-siarczane, borowinowo-żelaziste elektryczne. Źródła słono-gorzkie do picia oraz szczawę alkaliczną.

Urządzenia kąpielowe pierwszorzędne: Wanny porcelanowe. marmurowe, metalowe i drewniane.

Zakład inhalacyjny systemu Wassmutha. Leczenie elektrycznością, massagem. kuracya żętyczna i mleczna.

Mieszkania wzorowo urządzone.

Sala balowa i teatralna. Lawntennis. Kręgielnia. Czytelnia. Kasyno. Własna orkiestra.

Apteka, poczta i telegraf w miejscu. Kościółek katolicki i cerkiew ruska.

Dwie restauracye zakładowe pierwszorzędne.

Sezon od 15 Maja do końca Września.

W ubiegłym sezonie ordynowali lekarze: **Dr. Pelczar,** Radca cesarski, **Dr. Krzyżanowski, Dr. Praschil, Dr. Frey, Dr. Mindes.**

Zarząd wysyła na żądanie wyczerpującą broszurę.

Rok XLII. Kraków 16 Maja 1903. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali

Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,

docenci chorób wewnętrznych.

Rozpoznanie chorób dróg moczowych opiera się przeważnie na badaniu moczu. Ze zwykłych zaś metod klinicznego badania, mianowicie obmacywania, opukiwania, a zwłaszcza osłuchiwania okolicy nerkowej, jedne zupełnie nie są stosowane, inne zaś tylko w rzadkich razach; jeśli zaś niektórzy klinicyści i nie zaniedbują tych metod, to wszakże przypisują mało znaczenia wynikom, otrzymanym tą drogą. W obecnym czasie uwaga klinicystów więcej jest zwrócona na metodę fizykalnego badania wydolności nerek, mianowicie na oznaczenie obniżenia punktu zamarzania moczu [1]), na stopień przepuszczalności błękitu metylenowego przez nerki, na metodę florydzynową i t. d. Zaniechanie metody obmacywania i opukiwania ma swoje uzasadnienie w głębokiem położeniu nerek. Jeśli więc ta postawa klinicystów względem przytoczonych metod jest zrozumiała w tych chorobach nerek, które oprócz cechujących zmian w moczu sprowadzają poważne zaburzenia w całym ustroju, to trzeba przyznać, że sprawa przedstawia się zupełnie inaczej, gdy chodzi o choroby miedniczek nerkowych, zwłaszcza o nieżytowe ich zapalenie. Rozpoznanie tych postaci zapalenia miedniczek nerkowych słusznie jest uważane za jedno z najtrudniejszych zadań dyagnostyki, zwykle bowiem im nie towarzyszą znamienne zmiany w składzie moczu, na który jest skierowaną cała uwaga klinicystów. Niektórzy zaprzeczają wprost możności rozpoznania tej sprawy chorobowej. Tymczasem dwunastoletnie spostrzeżenia nasze w klinice lekarskiej przekonywują, że i te, trudne do rozpoznania postacie nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych [2]), mogą być w przeważnej większości przypadków rozpoznane. Właśnie zaniedbywane zwykle obmacywanie i opukiwanie okolicy nerek zajmuje w tem rozpoznaniu jedno z najważniejszych miejsc: mają one na względzie oznaczenie czucia lub tkliwości na ból okolicy nerkowej. Podobne oznaczenie ma doniosłą wartość, według zdania bowiem wszystkich klinicystów rozlane schorzenia tkanki nerkowej przebiegają prawie zawsze bez bolu, wyłączając ostre zapalenie nerek, któremu towarzyszy nieco wzmożona tkliwość, lub uczucie ciśnienia w okolicy nerek; w sprawach ograniczonych (ropień, zapalenie okołonerkowe *(paranephritis)*, gruźlica, rak, wodonercze przemijające *(hydronephrosis intermittens)*, kamienie itd.) przeciwnie, chorzy uskarżają się na wyraźną bolesność w okolicy nerki. Ponieważ zaś większa część tych chorób wywołuje mniej więcej znaczne zmiany w moczu, to po wyłączeniu ich oznaczenie bolesności może dostarczyć doniosłej wskazówki do rozpoznania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych. Musimy tu jednak zaznaczyć, że w ostatnim czasie Israël [1]) na podstawie spostrzeżeń własnych przyszedł do wniosku, że i przewlekłe zapalenie samych nerek może, wbrew ogólnie przyjętemu poglądowi, wywoływać napady typowej kolki nerkowej, przypominające zupełnie kolkę, zależną od kamieni, a wywołaną zatkaniem kamykiem ujścia moczowodu. Sprawa zapalna może być umiejscowioną tylko w jednej nerce, stanowiąc tym sposobem dotychczas nie uznawane przez klinicystów jednostronne zapalenie nerek. W innych razach zapalenie może być w jednakowym stopniu w obydwóch nerkach, pomimo to jednak bole będą ograniczać się wyłącznie do okolicy nerkowej po jednej stronie, rozpromieniając się stąd wzdłuż moczowodu ku pęcherzowi moczowemu i cewce moczowej. Mocz w tych przypadkach może nie przedstawiać żadnych zmian, właściwych dla przewlekłego zapalenia nerek i nawet same nerki mogą przy oglądaniu ich gołem okiem czynić wrażenie, jakoby były zupełnie niezmienione; tymczasem drobnowidowe ich badanie wykrywa często znaczne już zmiany, nieraz ograniczone do jednej, którejkolwiek okolicy nerek. Napady kolki nerkowej w tych zapaleniach nerek nie powstają według Israëla wskutek zatrzymania moczu, które odgrywa rolę w razie kamicy nerkowej lub nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych, lecz jako następstwo silnego wzmożenia ciśnienia wewnątrznerkowego, występującego wobec znacznego zaostrzenia sprawy zapalnej, lub wzmożonego przypływu krwi do nerki, lub wreszcie innych przyczyn. Wzmożenie ciśnienia może wystąpić z taką nagłością, że włóknista torebka nerkowa, odznaczająca się zdolnością tylko powolnego rozciągania się, nie może dostatecznie rozszerzyć się, wskutek czego nerka ulega uwięźnięciu.

Podobne zapalenia nerek zdarzają się stosunkowo rzadko; sądząc ze statystyki Israëla, nie częściej nad 5%. Dla udowodnienia wyżej przytoczonych poglądów Israël podaje 14 historyj chorób. Musimy jednak zaznaczyć, że historye te przy bliższem rozejrzeniu się nie są dostatecznie przekonywające. Sprawa więc przewlekłego zapalenia nerek, sprowadzającego bole, musi pozostać jeszcze w zawieszeniu.

[1]) Szczegóły o tym przedmiocie znajdzie czytelnik w artykule W. Orłowskiego: »Mocznica w świetle badań współczesnych«. (Gazeta lekarska, 1900, Nr. 22).

[2]) Przez nieżytowe zapalenie miedniczek nerkowych rozumiemy taki ich stan zapalny, podczas którego w moczu wydziela się nietylko w zwiększonej ilości śluz, lecz niekiedy i ciałka ropne w ograniczonej ilości; domieszka ciałek ropnych może być i znaczniejszą, lecz tylko czasową, mianowicie w okresie zaostrzenia się sprawy.

Własne nasze spostrzeżenia nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że bolesność w okolicy nerek ma ogromne znaczenie w rozpoznawaniu nieżytowych postaci zapalenia miedniczek nerkowych. Nim jednak przystąpimy do opisu metod oznaczania tej bolesności, używanych w klinice ś. p. Pasternackiego, zastanowimy się pokrótce nad temi danemi, dotyczących dróg moczowych, które zwykle otrzymujemy od chorych przed badaniem przedmiotowem.

Najpierw rozpytujemy chorego o dokuczające mu dolegliwości i o ich siedzibę: w którem mianowicie podżebrzu się usadowiły? czy są stałe, czy wzmagają się podczas ruchów tułowia, lub po spożyciu pokarmu i t. d.? na jaką przestrzeń rozpromieniają się te bóle — ku dołowi wzdłuż moczowodu, w kierunku do odpowiedniego jądra i dolnej kończyny, lub w górę do klatki piersiowej, lub wreszcie czy nie rozchodzą się po całym brzuchu? czy chory uczuwa ból również w okolicy lędźwiowej wogóle, czy tylko w jednej z okolic nerkowych, i jak daleko on się rozpromienia? Następnie dowiadujemy się, jak dawno chory ma te bole i jaki przebieg choroba miała dotychczas; czy nie było czasami zaostrzenia bolu z znacznem pogorszeniem stanu ogólnego, z gorączką, zmianami w moczu i t. d.? jak długo takie zaostrzenia trwały? Następnie, prowadzą się wywiady, dotyczące szczegółów, które poprzedziły chorobę, zwłaszcza czy nie miał chory rzeżączki (jak leczył się, czy rzeżączka została wyleczoną?), czy nie zauważył częstszego oddawania moczu, bolesnego parcia na mocz? jak szybko wystąpiły po zakażeniu się rzeżączką bole w okolicy nerkowej, czy wystąpienia tych bolów nie poprzedził uraz lub choroba zakaźna (dur, płonica i t. d.?) Następnie dowiadujemy się, jak często chory oddaje mocz, zwłaszcza w nocy, czy nie jest mocz okresowo mętny, czy okresy zmętnienia moczu i zwiększenia jego ilości nie występują podczas zwolnienia bolów, okresy zaś zmniejszenia ilości i przeźroczystego stanu moczu podczas obostrzenia bolów i pogorszenia ogólnego stanu chorego, czy nie zauważył w moczu krwi lub kamyków?

Po tych wywiadach przystępujemy do przedmiotowego badania dróg moczowych. W gruncie rzeczy metody tego badania nie różnią się od zwykle używanych względem innych narządów i polegają głównie na obmacywaniu i opukiwaniu. Jak wiadomo, większość klinicystów używa przy badaniu nerek tylko obmacywania w położeniu chorego stojącem lub leżącem na wznak; tym sposobem można oznaczyć ruchomość nerki, obecność w niej nowotworu i t. d. Tylko Israël[1]) i Guyon[2]) szczegółowo rozstrząsają fizykalne badanie nerek i podają własne ku temu metody. Metoda Guyona polega na tem, że badający kładzie swe ręce w położeniu leżącem chorego tak, jak przy zwykłem obmacywaniu nerek, mianowicie jedną na przedniej powierzchni brzucha, drugą zaś w trójkącie żebrowo-kręgowym, utworzonym przez ostatnie żebro i wyrostki ościste pierwszych kręgów lędźwiowych; naciskając z lekka ręką pierwszą dla uniknięcia skurczu powłok brzusznych, palcami drugiej ręki robi Guyon szybkie krótkotrwałe uderzenia wstrząsające, które udzielają się nerce i następowo ręce, leżącej na przedniej powierzchni brzucha. Tą metodą Guyon o wiele wcześniej rozpoznawał początkowy okres opadnięcia nerki i zwiększenia jej objętości, niż to stwierdzić można przez zwykłe obmacywanie. Metodę tę nazwał on *ballotement rénal*. Nerki prawidłowe nie mogą być wyczute tą metodą. Dalsze spostrzeżenia wykazały jednak, że *ballotement rénal* wywołuje się tylko w razie istnienia warunków sprzyjających (umiarkowanie rozwinięta podściółka tłuszczowa, zwiotczenie powłok brzusznych i t. d.). Z innej zaś strony Guyon, Albarran, Tuffier i inni wywoływali ten objaw również przy przeroście prawego płatu wątroby i w razie nowotworów, przylegających bezpośrednio do trójkąta żebrowo-lędźwiowego. Wreszcie *ballotement* nie można otrzymać, gdy nowotwór nerki występuje wskutek wielkich swoich rozmiarów z wspomnianego trójkąta do okolicy lędźwiowo-brzusznej, ponieważ w tych razach traci on swoją ruchomość. Israël bada nerki w położeniu bocznem: chory kładzie się na bok, przeciwległy badanemu, i zgina dolne kończyny w stawach kolanowym i udowym; podobne położenie pociąga w następstwie luźność powłok brzusznych po stronie badanej i opadnięcie samą siłą własnego jej ciężaru badanej nerki ku dołowi i przodowi; prawidłowe bowiem nerki, jak wynika ze spostrzeżeń Israëla, Senatora[3]) i innych, są poniekąd ruchome, jeśli nie są umocowane sprawą zapalną lub nowotworową; badający kładzie palce jednej ręki na lewą okolicę lędźwiową, a drugą rękę na odpowiednie miejsce przedniej powierzchni brzucha tak, że końce środkowego i wskazującego palców znajdują się o 2 poprzecznych palców niżej miejsca połączenia 9 i 10 chrząstek żebrowych; naciskając jednocześnie obydwiema rękami, uczuwa badający podczas głębokiego wdechu, zwłaszcza pod koniec jego, uderzenie nerki o rękę, leżącą na przedniej powierzchni brzucha. Metoda ta dała Israëlowi w większości przypadków, po dokładnem oczyszczeniu jelit, możność wymacania dolnej $1/3$ lub nawet połowy zupełnie prawidłowej i nie opuszczonej nerki, nie mówiąc już nawet o małych jej nowotworach (o średnicy 5 fenigów). Większość jednak autorów (Guyon, Récamier[1]) Leo[5]) i in.) przeczy możliwości wyczuwania nerki prawidłowej i nie opadniętej, zarówno w położeniu leżącem na wznak, jak i w bocznem. Z tem zdaniem zgadzają się i nasze spostrzeżenia.

Wszystkie te metody nie dają nam wskazówek rozpoznawczych w tych chorobach nerek, którym nie towarzyszy powiększenie rozmiarów nerki lub jej opadnięcie Do rzędu tych schorzeń należą właśnie nieżytowe postacie zapalenia miedniczek nerkowych. W tych razach badanie nerek odbywa się w naszej klinice w sposób następujący: W leżącem na wznak położeniu chorego ze zgiętemi kolanami obmacujemy prawe i lewe podżebrze, z początku naciskając zlekka, a następnie silniej. Jeśli którakolwiek miedniczka nerkowa jest zajęta sprawą zapalną, to ucisk wywołuje w odpowiedniem podżebrzu uczucie bolu. Jeśli ból jest niewyraźny, to przechodzimy do zwykle używanego obmacywania nerek i zwracamy baczną uwagę, czy nie sprawia ono bolu; jednocześnie skierowujemy naszą uwagę, czy nie wyczujemy brzegu lub nawet całej nerki; jeśli nerka nie jest opadniętą, to zwykle jej nie wyczuwamy; niekiedy jednak w podżebrzu wyczuwa się jakieś ciało o zarysach niewyraźnych, bolesne na ucisk; zwykle to ma miejsce podczas zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczce nerkowej, gdy śluz, a w ropnem zapaleniu ropa, zatykają ujście moczowodu i wskutek tego wywołują rozwój wodonercza przemijającego. Jeśli badanie wykryło bolesność, badamy jej rozpromienianie się; gdy zaś bolesność jest niewyraźną, przechodzimy do wstrząsania okolicy nerkowej w położeniu leżącem: podłożywszy ręce pod okolice

nerkowe, szybko je wstrząsamy, co sprowadza ból w miedniczce, zajętej sprawą zapalną; po stronie zaś zdrowej chory nie odczuwa żadnych dolegliwości.

Po skończeniu obmacywania przystępujemy do opukiwania okolicy nerek z tyłu; opukujemy z początku z lekka młoteczkiem o plesymetr, położony na okolicę nerkową. W razie zapalenia miedniczki nerkowej, wskutek wstrząśnienia, któremu ulegają w tem badaniu warstwy okołonerkowe, powstaje ból, który rozpromienia się zwykle z tyłu ku przodowi, niekiedy zaś wzdłuż moczowodu. Podobne opukiwanie sprawia ból nie zawsze; wstrząsanie bowiem warstw okołonerkowych dotyczy tu zaledwie tkanek powierzchownych. W takich razach używamy uderzenia złożoną pięścią jednej ręki o drugą, leżącą na okolicy nerkowej. Ten sposób wywołuje ból prawie zawsze, jeśli miedniczka jest zajętą sprawą zapalną.

Wszystkie te metody mają na celu wykazanie bolesności w okolicy nerki i posiadają wskutek tego doniosłe znaczenie, ponieważ bolesność ta przedstawia, jak potwierdzają nasze spostrzeżenia, jedną z poważniejszych oznak nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych. Niestety większość klinicystów (Ultzmann[6]), Fürbringer[7]), Rosenstein[8]), Labadie-Lagrave[9]), Guyon[2]), Fischl[10]) i inni) nie zwracają uwagi na ten objaw w omawianej sprawie chorobowej. Ziernow[11]), Filatow[12]) i Zacharyas[13]) przypisują mu nieco wagi, lecz i oni nie wchodzą w bliższe rozejrzenie się w metodach wykazania bolesności, jej charakteru i t. d. Słuszność wymaga przyznać, że w naszem piśmiennictwie Goldflam[14]) opisał w r. 1900 wszystkie te metody, których używaliśmy już oddawna w klinice. Wykrytej temi metodami bolesności Goldflam jednak przypisuje znaczenie drugorzędne w porównaniu z innemi metodami badania.

Wyłuszczonym poglądom na znaczenie bolesności w okolicy nerkowej przeczą spostrzeżenia nasze, przeprowadzone przez szereg lat w klinice lekarskiej ś. p. Pasternackiego). Nasi chorzy na przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych w wolnych od zaostrzenia okresach nie skarżyli się prawie na bole w okolicy nerkowej; jeśli bole ich niepokoiły, to przeważnie podczas energiczniejszych ruchów tułowia, przybierając w tych razach cechy bolu ciągnącego; samoistne zaś bole występowały przeważnie tylko w czasie zaostrzenia sprawy zapalnej. We wszystkich tych przypadkach jednak opukiwanie okolicy nerkowej zawsze sprawiało ból, mniej lub więcej wyraźny, zależnie od natężenia przewlekłej sprawy zapalnej w miedniczce. Bole, które zjawiały się podczas opukiwania, rozpromieniały się w przeważnej części przypadków z tyłu ku przodowi w odpowiednie podżebrze; przy obmacywaniu zaś z przodu rozchodziły się one wzdłuż moczowodu, nieraz w kierunku do jądra, rzadziej wzdłuż uda i goleni, czasami zaś nie odznaczały się ścisłym kierunkiem szerzenia się. Ta różnica w wynikach, otrzymanych przez nas, a przez innych klinicystów, tłómaczy się niezawodnie różnorodnością metod badania bolesności. O istnieniu bolu zwykle sądzą z podmiotowych skarg chorego; tymczasem w omawianej sprawie chorobowej skargi chorych są bardzo nieokreślone; my zaś wnioskujemy o bolesności, o ile ją wykażemy wyżej opisanemi metodami; a stwierdzona w ten sposób bolesność jest, jak wykazują nasze spostrzeżenia, bardzo cechującą i doniosłą w rozpoznaniu nieżytu miedniczek nerkowych.

II.

Oprócz bolesności w okolicy nerkowej jedną z najznamienniejszych oznak przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych są czasowe zaostrzenia choroby, przebiegające z znacznem nasileniem bolu w okolicy zajętej nerki, dochodzącem nieraz do stopnia typowej kolki nerkowej, podniesieniem ciepłoty, pogorszeniem stanu ogólnego i zmianami w składzie moczu podczas napadu i w dniach następnych, lub tylko z wzmocnieniem bolu, pogorszeniem ogólnego samopoczucia i zmniejszeniem ilości moczu.

Zastanawiając się nieco szczegółowiej nad przebiegiem zaostrzeń, musimy najpierw zaznaczyć, że w niektórych razach (spostrz. IV, V, VI[3])) podczas zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczce nerkowej odruchowo występuje również bolesność w okolicy nerki zdrowej; niekiedy nawet bolesność po tej stronie, pomimo miedniczki zdrowej jest silniejsza, niż po stronie miedniczki zajętej (spostrz. VI); gdy zaostrzenie przemija, bolesność w okolicy nerki zdrowej znika zupełnie, lub pozostaje w nader słabym stopniu. W podobnych przypadkach jedynie spostrzeżenie w ciągu dłuższego czasu wyjaśnia, która miedniczka ulega sprawie zapalnej. O tem zjawisku wspominają również Israël, Küster[15]) i inni.

W innych razach, gdy zaostrzenie już ustąpiło i bolesność w okolicy chorej miedniczki znacznie się zmniejszyła, występuje nadzwyczaj wyraźna nadczułość powłok zewnętrznych w okolicy nerki z tyłu, w podżebrzu i wzdłuż moczowodu, zatem w tychże częściach, gdzie poprzednio występowała bolesność przy badaniu lub samoistnie (spostrz. IV). Nadczułość trwa przez pewien czas, poczem znika do następnego zaostrzenia. Zaznaczając ten ciekawy objaw, nie będziemy jednak zastanawiać się nad nim szczegółowo, tembardziej, że w obecnym czasie w naszej klinice prowadzą się pod bezpośredniem kierownictwem jednego z nas badania nad czuciem skórnem w różnych chorobach wewnętrznych[4]).

Podczas zaostrzenia nieżytu miedniczki nerkowej chorzy uskarżają się zwykle na bole głowy, nudności, niekiedy wymioty; stan ich ogólny staje się apatycznym; chorzy unikają wszelkich ruchów, które zwiększają ból; w niektórych razach powstaje wzdęcie brzucha, bole w brzuchu, zaparcie stolca i t. d.; objawy ze strony przewodu pokarmowego występują zwłaszcza w tych przypadkach, w których chorzy już przed tem ulegali przewlekłemu nieżytowi jelit. W niektórych z naszych spostrzeżeń (spostrz. III, VI) objawy ze strony jelit zaznaczyły się na tyle wyraźnie, że zapalenie miedniczki nerkowej zupełnie nie występowało na pierwszy plan; jeśliby w tych przypadkach nie była zwrócona uwaga na utajone bole w okolicy nerki, to wszystkie objawy chorobowe byłyby niezawodnie tłómaczone jedynie z punktu widzenia rozpoznanego nieżytu jelitowego, a sprawa chorobowa w miedniczce nerkowej byłaby przeoczoną, tembardziej, że mocz nie przedstawiał początkowo żadnych zmian wybitniejszych. Musimy jednak zaznaczyć, że objawy jelitowe występują nieraz na długo przed powstaniem sprawy zapalnej w miedniczce i zaznaczają się tak silnie, że powstało przypuszczenie, czy te nieżyty miedniczki nerkowej nie po-

[3]) Rzymskie znaki wskazują N. spostrzeżenia, które przytaczamy niżej dla udowodnienia ważniejszych naszych zapatrywań.

[4]) Wyniki tych badań, prowadzonych z mego zlecenia przez kol. Ingego, podam w swoim czasie do wiadomości czytelnikom »Przeglądu lekarskiego« (W. Orłowski).

wstają na drodze podrażnienia ich substancyami trującemi, które zostały wchłonięte z jelita, lub też drobnoustrojami jelitowymi, przeważnie laseczniksmi okrężnicy, które z jelita dostały się do krwi i następnie wydzieliły się drogami moczowemi. Istotnie, podobne nieżyty miedniczki nerkowej, opisane w ostatnim czasie przez Heubnera i Baginskyego, jako tak zw. *coli-pyelitis*, zdarzają się u dzieci, cierpiących na przewlekłe zaparcia lub rozwolnienia. Podobneż spostrzeżenia ogłosili niedawno Fiłatow, Israël i inni. Do tegoż rzędu należy najprawdopodobniej i jedno z niżej przytoczonych spostrzeżeń naszych (VI).

W niektórych wreszcie przypadkach ogólny stan podczas zaostrzenia pogarsza się na tyle, że nasuwa się podejrzenie jakiejkolwiek ogólnej choroby zakaźnej, n. p. duru brzusznego. Tak, n. p. w spostrzeżeniu V zaostrzenie przebiegało z wysoką gorączką, wybitnym stanem durowym, obrzmieniem wątroby i śledziony, wzdęciem i bolami brzucha i rozwolnieniem; różyczki nie było; silna bolesność po jednej stronie okolicy nerkowej wskazywała na możliwość nieżytu miedniczki; podobne przypuszczenie znalazło potwierdzenie w dalszym przebiegu choroby.

Ciepłota podczas nasilenia choroby w przeważnej liczbie przypadków podnosi się wśród objawów dreszczu i pozostaje wysoką w ciągu 6—7 dni, a następnie opada szybko (spostrz. IV, V) lub powoli (spostrz. I). Nie zawsze jednak napadom towarzyszy podniesienie ciepłoty. Wogóle trzeba przyznać, że osobiste właściwości chorych mają ogromny wpływ na stan ciepłoty. N. p. u niektórych osobników ciepłota prawie nie podnosi się (spostrz. II), jakkolwiek napady są bardzo silnie wyrażone; u innych zaś (spostrz. III), już w razie słabego nasilenia choroby, ciepłota dochodzi do wysokich stopni, niekiedy wreszcie gorączka trwa przez długi przeciąg czasu (spostrz. V, VI). Zaostrzenie więc w przeważnej liczbie przypadków przebiega z gorączką, lecz gorączka nie ma typu stałego. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Wskazówki ogólne. Przedewszystkiem raz jeszcze podnieść należy, że dziecko przed 6-tym rokiem życia nie powinno iść do szkoły, ani zaczynać w domu nauki; w niektórych krajach jest to nawet unormowane ustawą, która nie pozwala przyjmować wcześniej do szkół dzieci.

W szkołach elementarnych dziecko nie powinno dłużej się uczyć jak 3, najwyżej już 4 godziny dziennie w wyższych klasach i to z pauzami kwadransowemi co godzinę, które najlepiej użyć na bieganie na wolnem powietrzu, gimnastykę szwedzką, zabawy, gry, lub jak we Francyi mustrę, która dzieciom tyle sprawia przyjemności. W każdym razie czas przeznaczony na pauzę nie powinien być spędzonym w klasie.

Prócz tych kilku ogólnych wskazówek, ważnych także ze względu i na oczy, nie będziemy zastanawiać się nad resztą postulatów higieny szkolnej, lecz przejdziemy odrazu do tych urządzeń, jakich higiena wzroku w szkołach wymaga.

Oświetlenie. Na pierwszym planie staje sprawa oświetlenia. Regułą tu jest, że nauka powinna odbywać się wyłącznie przy świetle dziennem, nigdy zaś, chyba wyjątkowo, gdy już tego w żaden sposób uniknąć nie można, przy świetle sztucznem. Światło musi być dostateczne, ale nie olśniewające, a więc nie może słońce padać na ławki bezpośrednio, ani też odbite od błyszczących ścian sąsiednich budynków. Światło to nie powinno padać z przodu, ani z dołu, tylko z lewego boku, lub z obu stron. To są ogólne kardynalne warunki tego, co nazywamy dobrem oświetleniem.

Niedostateczne oświetlenie działa szkodliwie w ten sposób, że zmusza ucznia do przybliżania oczu do książki tem więcej, im światło jest skąpsze, a nadmierne zbliżanie jest jednym z ważnych czynników, wywołujących krótki wzrok. Cohn znalazł w szkołach o dobrem oświetleniu krótki wzrok (myopię) u 1% do 6% uczniów, podczas gdy w szkołach źle oświetlonych odsetek ten wynosił 7% do 15%.

W klasie szkolnej, gdzie siedzi kilkunastu lub kilkudziesięciu uczniów, chodzi nie tylko o ogólne oświetlenie całej sali, ale daleko więcej o to, aby każda ławka otrzymywała dostateczną ilość światła. Tu wiele zależy już od samej budowy szkoły, od odległości, w jakiej stoi ona od innych domów i dla tego przy stawianiu nowych szkół wzgląd ten powinien być między innymi starannie brany w rachubę. Higieniści francuscy żądają, aby domy inne stały dwa razy dalej od szkoły, niż wynosi ich wysokość, bo wtedy tylko nie będą zabierać potrzebnego światła klasom na parterze. Warunek ten wszędzie, gdzie tylko można, powinien być uwzględniony; w przeciwnym razie nie należy umieszczać klas szkolnych na parterze, lecz dopiero na piętrach.

Ściany klas muszą być jasne, aby jak najwięcej odbijały światła, przytem jednak nie całkiem białe, bo wywołują olśnienie; Cohn radzi jako najpraktyczniejszą barwę ścian jasno-szarawą przy białym suficie. Aby w klasach słonecznych słońce nie padało bezpośrednio na ławkę lub twarz uczniów, klasy takie muszą mieć w oknach szyby matowe, albo lepiej zasłony z szarego płótna tak urządzone, aby w miarę potrzeby można zasłaniać dolną lub górną część okna.

Co się tyczy oświetlenia jednostronnego i obustronnego większość higienistów oświadcza się za oświetleniem jednostronnem i to, jak wyżej powiedziano, z lewego boku. Przytem jednak najdalsze od okna miejsce powinno dostawać tyle światła, co najbliższe. Da się to uzyskać przez zachowanie odpowiedniego stosunku między wysokością okien a głębokością sali, ale uważać trzeba, aby dolny brzeg okien nie dochodził do wysokości oczu siedzących uczniów, a to dla uniknięcia wpadania światła od dołu, co jest bardzo przykre i szkodliwe dla wzroku. Liczba okien musi być zastosowaną do wielkości sali, zawsze jednak lepiej, jeżeli jest ich więcej, aniżeli mniej, a za to o tyle większych. Stosunek między powierzchnią okien razem wziętych, a powierzchnią sali szkolnej ma wynosić przynajmniej $^1/_4$ powierzchni.

We Francyi przepisy żądają, aby wysokość okien wynosiła $^1/_3$ głębokości sali, większość jednak okulistów z Javalem i Gałęzowskim na czele uważa to tylko za *minimum*, które należy zawsze przekroczyć *in plus*, o ile tylko stosunki na to pozwalają tak, aby wysokość okien równała się połowie głębokości danej izby. Jest to o tyle słusznem, że dopiero wtedy ławki, stojące pod ścianą przeciwległą oknom, dostają światło bezpośrednie, a nie odbite od ścian, pośrednie.

Szczyt każdego okna sięgać ma jak najwyżej do sufitu, a dolna krawędź znajdować się o 1 m. 20 ctm. nad podłogą. Przytem szczyty okien mają być płaskie, nie łukowe lub spiczaste, a wewnętrzne krawędzie nyż okiennych ścięte skośnie. Przy dwuskrzydłowych oknach ramy i krzyże środkowe muszą być możliwie wązkie.

Dopiero jeżeli niemożliwem jest z jakichkolwiek powodów zapewnić przy jednostronnem oświetleniu danej sali, a mianowicie wszystkim jej miejscom potrzebnej ilości światła, uciec się trzeba do oświetlenia obustronnego. Radzą jednak wtedy, aby okna prawe były mniejsze niż lewe, żeby zawsze większość światła padała z lewej strony. Trzeba także uważać, aby oczy uczniów nie doznawały przytem olśnienia przez spotykanie się na ławce tych świateł, pochodzących z dwóch przeciwnych sobie kierunków.

Często zachodzi potrzeba w niektórych salach, n. p. rysunkowych, oświetlenia górnego; każda więc szkoła powinna mieć kilka izb w ten sposób urządzonych.

Jeżeli już nauka pewnych przedmiotów koniecznie odbywać się musi wieczorem, to oświetlenie sztuczne powinno odpowiadać wszystkim tym samym warunkom, jakich wymagamy od oświetlenia dziennego pod względem siły światła, dostatecznego oświetlenia każdej ławki i t. d. Przy sztucznem świetle trzeba jeszcze nadto zwracać uwagę na wytwarzające się ciepło które, jeżeli rozgrzewa oczy i głowy uczniów, jest szkodliwem. Najlepiej zatem, jeżeli lampy o silnem świetle są umieszczone w górze w dostatecznej odległości od głów i oświetlają światłem rozproszonem przez szklane kule matowe.

W szkołach przy oświetleniu sztucznem zachodzi pytanie, czy lepiej umieszczać światła w ten sposób, aby dostarczały całej sali dostatecznej do pracy ocznej ilości światła, czy też umieszczać lampy tak, aby każda ławka miała swoje światło. Pierwszy sposób ma tę zaletę, że mniej lamp, a za to silnych, umieścić można tak wysoko, aby ciepło od nich nie udzielało się uczniom, drugi sposób zaś, że każda ławka, mając swoją osobną lampę mniejszą, może być jednako oświetloną [1]).

Wogóle przy sztucznem oświetleniu w szkołach trzeba trzymać się następujących reguł: każdy uczeń musi mieć na swej ławce przynajmniej *minimum* wymaganej do pracy ocznej ilości światła: płomień, chociażby nie rozgrzewający mocno, powinien być zawsze osłonięty tak, aby oczy ucznia go nie widziały, a ciepło, wytwarzające się przy paleniu czy to lamp wiszących, czy stojących, nie powinno rozgrzewać głowy i oczu. Dostateczne oświetlenie małą ilością świateł ułatwia bardzo ta okoliczność, gdy klasa niema dużo uczniów; wtedy też i mniej wytwarza się ciepła, a zanieczyszczenie powietrza, powstające bądź co bądź zawsze przy wszystkich niemal oświetleniach sztucznych, będzie mniejsze. A więc, pomijajac już inne względy, chociażby tylko z tego powodu unikać należy przepełnienia pojedynczych klas.

Takie wzorowe oświetlenie dzienne lub sztuczne możliwem jest w budynkach nowych, stawianych już z zachowaniem przepisów higieny; istnieje jednak jeszcze większość szkół starych, przeto, zanim te kiedyś zastąpione zostaną innemi, koniecznie należy domagać się, aby niekorzystne dla wzroku warunki zostały w nich bezzwłocznie poprawione, co możliwem jest przy nie wielkim nawet stosunkowo nakładzie.

Ciemne klasy można bowiem uczynić jaśniejszemi przez pomalowanie ścian sufitu, drzwi i pieców jasną barwą; pomalowanie jasno domów naprzeciw szkoły stojących; usunięcie lub obcięcie drzew stojących pod oknami; umieszczenie na zewnątrz okien reflektorów; wybicie nowych okien lub powiększenie dawnych, oraz ściosanie ukośne krawędzi framug, zwłaszcza jeżeli mury są grube i framugi zbyt głębokie. Zresztą trzeba koniecznie w szkołach nieszczególnie oświetlonych zastosować naukę do tych gorszych warunków, układając inny, odpowiedniejszy rozkład godzin, żeby czytanie, pisanie, rysunki i t. p. odbywały się wtedy, kiedy najwięcej pada światła dziennego do klas. Pod tym względem powinno się dyrektorom poszczególnych szkół zostawić więcej swobody, aby ci, nie krępowani szablonem, mogli rozłożyć inaczej naukę pojedyńczych przedmiotów bez uszczerbku dla całości.

Mówiąc o oświetleniu, nie mogę przemilczeć bardzo obecnie aktualnej sprawy nauki jednorazowej. Pomijając wszystkie inne względy higieniczne, które za nią przemawiają, sam chociażby tylko wzgląd na oczy i wzrok jest wystarczającym, aby przeważyć szalę na korzyść jednorazowego systemu szkolnego. W naszych szkołach zaprowadzony ten system okazał się w praktyce korzystnym i zdaje się, że dzięki interwencyi kolegów, którzy jednogłośnie oświadczyli się przeciw dwurazowej nauce, mimo chwilowego niebezpieczeństwa, jakie mu groziło, nie ulegnie już zmianie.

Ł a w k i. Uczeń przy nauce powinien tak siedzieć, aby górna część ciała była wyprostowaną, albo tylko nieznacznie ku przodowi nachyloną, plecy podparte, a nogi oparte całą stopą o podłogę lub podnóżek. Odległość książki przy czytaniu, a zeszytu przy pisaniu, nie powinna być przytem mniejszą niż 30 ctm., co najwyżej 25 ctm. Taka poprawna pozycya jest ważną nie tylko ze względu na wzrok, ale też i na stos pacierzowy, który przy innem siedzeniu ulega bardzo często różnym skrzywieniom.

Obmyślenie stosownych ławek szkolnych zaprzątało od dawna umysły lekarzy i higienistów, a dziś istnieją już rozmaite modele higienicznych ławek, których konstrukcya opiera się na następujących zasadach:

1) Ławka musi wymiarami swymi odpowiadać dokładnie wzrostowi ucznia, a więc w każdej klasie powinny się znajdować ławki różnej wielkości, albo urządzone w ten sposób, że zapomocą osobnego mechanizmu dadzą się podnosić i zniżać.

2) Wysokość stolika nad siedzeniem ma być tylko cokolwiek większą, niż odległość łokcia spuszczonego ramienia od kości siedzeniowej; odległość ta wynosi zwykle 1/8 długości całego ciała.

3) Przedni brzeg siedzenia powinien nieco podchodzić pod stolik, bo tylko wtedy możliwem jest przy pisaniu wyprostowanie górnej części ciała.

4) W takiej ławce trudno i niewygodnie jest stanąć uczniowi, dla tego pulpit stolika musi być ruchomy, żeby się dał odsunąć przy wstawaniu, albo zamiast tego ławka każda ma być obliczoną tylko na dwóch uczniów i stać w ten sposób, żeby każdy z nich mógł wyjść i stanąć obok na ten czas, kiedy ma odpowiadać lekcyę.

[1]) Nie mogę tu wchodzić w szczegóły różnych rodzajów oświetlenia sztucznego, gdyż jest to materyał zbyt duży. W drukującej się obecnie mojej książce p. t. „Popularna higiena wzroku“ poświęcam temu osobny rozdział i tam też czytelniku odsyłam. *Dr. Langie*

5) Wysokość siedzenia równać się ma długości nóg od kolan do stóp, czyli wynosić 2/7 długości całego ciała.

6) Szerokość siedzenia powinna wynosić 1/5 długości ciała.

7) Oparcie ławki wystarczy, jeżeli sięga trochę powyżej krzyżów siedzącego, a nie może być proste, lecz odpowiednio do wygięcia kręgosłupa wygięte.

8) Pulpit stolika ma być do pisania nachylony od 9·5 do 15-tu stopni i dać się nieco więcej nachylić przy czytaniu.

Według powyższych zasad zbudowaną jest w Niemczech tak zwana wirtemberska higieniczna ławka szkolna o różnych wymiarach dla uczniów różnego wzrostu. Dla ucznia wysokości 115 ctm. ławka ta ma następujące wymiary: szerokość siedzenia 23 ctm., wysokość 33 ctm., różnica między wysokością siedzenia a stolika wynosi 20 ctm., szerokość pulpitu równa się 32 ctm., a długość jego dla jednego ucznia 48 ctm., siedzenie podchodzi pod pulpit na 4 ctm.

Ponieważ w ciągu roku dzieci, zwłasza młodsze, szybko rosną, przeto pożądanem byłoby, aby co pół roku wszyscy uczniowie byli mierzeni i zależnie od tego przesadzani do innych ławek, lub jeżeli są ławki, posiadające odpowiedni mechanizm, to ostatnie były przystosowywane do zaszłych we wzroście uczniów zmian. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Doniosły wpływ na czynność narządu mowy wywierają: nastrój, usposobienie, wzruszenia umysłowe (affekt). Strach, obawa, podniecenie itp. mogą spowodować nagłą zupełną nieczynność, tj. niemotę. Człowiek staje jak wryty, nie jest w stanie słowa wydobyć, jak to określa stary wieszcz: „obstipui, steteruntque comae et vox faucibus haesit“ (Vergilli Aeneis II wiersz 774). Przypominam wiersz naszego poety: „strach w języku skurczył nerwy“ („skutki przestrachu“ przez Kaminskiego). Już w ramach fizyologicznych wzruszenia umysłowe, wstrząśnienie moralne, nawał krwi do głowy, albo nagła niedokrewność mózgu, wreszcie lekkie zaburzenia w krążeniu i odżywieniu mózgu, szczególnie zaś u osób dotkniętych chorobą sercową, albo miażdżycą tętnic, mogą spowodować różne zaburzenia dysartryczne, dysfatyczne lub dyslogiczne, a jeszcze prędzej zmodyfikować istniejące już takie zaburzenia. Wszak już lekka niestrawność, lub zmartwienie itp. mogą u niektórych ludzi, zwłaszcza u nerwowo usposobionych, wywołać osłabienie pamięci słownej i zatamować bieg myśli i prąd mowy, chociażby tylko chwilowo. Człowiek, znajdujący się w stanie zupełnie zdrowym, gdy popadnie w roztargnienie, lub chwilowe ponure usposobienie, albo znajduje się śród nasilonego zajęcia umysłu, gdy się zatopi w myślach, to z braku uwagi może mówić parafatycznie i pisać paragraficznie; tensam brak uwagi, ale w wyższym stopniu prowadzi do parafazyi chorobowej. Innym razem, w odmiennych okolicznościach i warunkach, podobne stany mogą wywierać wpływ pobudzający, umożliwiając wytworzenie słów i zdań, oraz płynną i szybką mowę (*polyphrasia, logorrhoea*), nawet u chorego niemego, nie będącego w stanie samodzielnie mówić. Nieraz niemy w afekcie wykrzyknie „Jezus Marya“, albo jakie przekleństwo, którego w spokoju duchowym absolutnie wymawiać nie jest w stanie. Pod wpływem silnego wstrząśnienia moralnego niemy może nawet na trwałe mowę odzyskać (w przytoczonym wyżej wierszu „co strach odjął, wrócić może“. Porównaj podanie o synu Krezusa). Zamięszanie, wstydliwość i t. p. mogą wywołać fałszywe obrazy dźwiękowe i ruchowe i przyczynić się do różnych odmian zakłócenia mowy i słuchu. Pewne wahania w nasileniu zaburzenia afatycznego niektórzy autorowie przypisują także niewyjaśnionemu jeszcze psychicznemu usposobieniu (L i s s a u e r, B y r o m B r a m w e l l).

Z tych to wyżej wyłuszczonych powodów choroba nie zawsze przedstawia w praktyce czysty obraz niemoty typowej i rzadko kiedy jeden przypadek jest tożsamym z drugim. Przeważnie ma się do czynienia z różnemi kombinacyami zaburzeń korowych, pod- i zakorowych, zupełnej i częściowej, organicznej lub czynnościowej przerwy tych lub owych torów, z osłabieniem lub zniesieniem funkcyi tego lub owego ośrodka lub części ośrodków i trudno będzie w danym razie oznaczyć, jaką formę mamy przed sobą i jaki jest udział każdej części mózgu w obrazie chorobowym. Często dopiero bardzo dokładne i ścisłe badanie i dłuższe zajmowanie się chorym umożebni ustalenie pewnego rozpoznania formy afazyi. B y r o m B r a m w e l l, podnosząc również trudność, a nieraz niemożność przepowiedzenia symptomatologii afatycznego zbioru objawów ze specyalnej lokalizacyi zmiany w mózgu i odwrotnie: trudność wnioskowania z objawów o lokalizacyi, dopatruje przyczynę tych trudności w zawikłanej naturze mózgowego mechanizmu mowy, w obustronnem umieszczeniu ośrodków mowy w mózgu i w różnorodnem uzupełnianiu i zastępowaniu jednych przez drugie, dalej w różnicy zupełnego a częściowego ich uszkodzenia, w różnorodnej przewadze to jednego, to drugiego ośrodka, uwarunkowanej bądź usposobieniem wrodzonem, bądź wprawą chorego; sądzi on zatem, że tylko grubsze typowe formy dadzą się rozpoznać i lokalizować, powołując się przytem na naukę o nowotworach mózgu. P i c k powiada, że mamy do czynienia z równaniem, zawierającem kilka nieznanych, którego rozwiązanie jest ideałem naprzód kroczącego badania naukowego.

Zaburzenia niezupełne i mięszane, spowodowane niecałkowitem zniesieniem funkcyi ośrodków, albo nierównomiernem zajęciem jednego lub kilku ośrodków i kombinacyą równoczesnego zajęcia kilku miejsc, przybierają formy nie dość ściśle odgraniczone i niewyraźne, które najlepiej nazywać formami atypowemi. Częściowe uszkodzenie mowy, zdolności czytania i pisania, wywołujące zamięszanie słów, nazywamy p a r a f a z y ą, p a r a l e k s y ą, p a r a g r a f i ą; zwolnienie, utrudnienie lub szybkie znużenie się tych czynności nazywamy d y s f a z y ą, d y s l e k s y ą, d y s g r a f i ą. Pewna część autorów nazywa wszystkie zaburzenia mowy, wywołane słabością pamięci, mianem a f a z y i a m n e s t y c z n e j. K u s s m a u l ogranicza wyraz ten do pewnej formy afazyi ruchowej, do której zalicza także afazyę ataktyczną. Obie formy pojawiają się w różnym stopniu także jako a f a z y e c z ę ś c i o w e. W ciężkich przypadkach mogą wszystkie słowa zniknąć z pamięci. Najlżejsza forma afazyi częściowej polega na opuszczaniu tylko pewnych głosek w mowie, n. p.

chory mówi zamiast lampa — lama, zamiast wtorek — worek i t. p. (ataxie literale). Czasem taki chory rozporządza tylko jedną zgłoską, jednem słowem, albo jednym szeregiem słów, które zawsze powtarza i któremi odpowiada na wszystkie pytania; albo wszystkie rzeczy, które widzi, nazywa jednem i tem samem mianem, n. p. na palec, chleb, piwo, mówi klucz. Zawsze ma te same wyrazy na ustach, n. p. „tak-tak“, „tak i nie“, albo pewne frazesy konwencyonalne, n. p. „jak się masz“, albo umie wymawiać tylko swoje nazwisko, albo tylko pewne liczby, lub pewne wykrzykniki, jak „Jezus, Marya“, albo jakieś przekleństwo (monophasia).

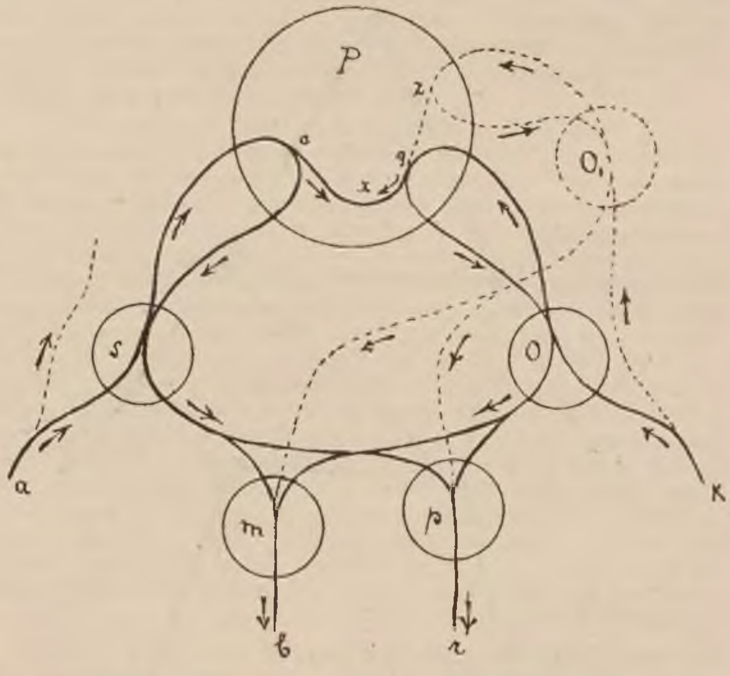
Wskutek częściowego znikania włókien, kojarzących różne ośrodki, przewodzenie podniet odbywa się na drodze innych niewłaściwych włókien, z czego wynika wymawianie fałszywych słów, pomięszanie wyrazów, szczególnie zaś używanie pewnych słów zamiast innych podobnie brzmiących, jak n. p. stół — wół, ręka — męka, moda — woda, co się nazywa parafazya. Zdarza się, że ze wszystkich słów chory pamięta tylko litery początkowe i widząc n. p. lampę, wie, że słowo zaczyna się od *l*, ale nie więcej i szuka w słowniku pod literą *l* tak długo, aż znajduje szukane słowo „lampa“, które poznaje i wymawia (przyp. Gravesa). Innym razem chory nie znajduje pewnego wyrazu osobnego, mimo że go łatwo wymawia w związku z innemi słowami; n. p. bardzo dobrze wylicza po kolei wszystkie dni tygodnia, albo wszystkie miesiące roku, a nie jest w stanie wymówić pewnego dnia, mimo że wie, o który dzień idzie — i zamiast n. p. „poniedziałek“, powiada: „jest to drugi dzień w tygodniu, przed wtorkiem i po niedzieli“, a właściwego wyrazu nie znajduje. Pewien chory mówił dobrze „toujours“ i „tout-de-même“, a nie był w stanie wymówić słowa „même“, ani „jour“. Albo chory liczy dobrze po kolei, a pewnej liczby nie tylko nie może wymówić, ale nawet powtórzyć, albo potrafi to tylko w pewnym obcym języku, a nie w rodzinnym; n. p. chory liczy dobrze i łatwo od 1 do 10; zapytany, ile 10-letnie dziecko ma lat, albo ile jest 2×5, nie jest w stanie wyrazić słowa „dziesięć“ i powiada: „jest to liczba, która następuje po 9 i jest przed 11, nazywa się po francuzku „dix“, po łacinie „decem“, a zapomniał, jak się nazywa ta liczba w języku własnym (przyp. Vidala). Innym razem chory ma trudność w rachunkach i nie może operować liczbami, albo też potrafi dobrze odejmować i dodawać na papierze, a nie umie tej procedury wyrazić w słowach (przyp. Prousta).

Czasem pewne wyrazy brakują choremu tylko w jednym języku, w innych zaś je pamięta. Najczęściej doznaje braku pamięci dla imion własnych i dla rzeczowników i to częściej dla pojęć konkretnych, niż dla oderwanych. Zjawisko to tłómaczy Kussmaul tem, że w ciałkach komórkowych mózgowia potrzeba znacznie większego pobudzenia i liczniejszych kombinacyj dla tworzenia pojęć oderwanych, niż dla konkretnych, zatem związki organiczne, łączące pojęcia oderwane ze słowem, są liczniejsze, silniejsze, niż związki między pojęciami konkretnemi a słowem. Wyobrażenia rzeczy i osób luźnie są połączone z odpowiednimi wyrazami, możemy bowiem przedstawić je sobie w umyśle i bez wyrazu, zapomocą wyobrażenia zmysłowego „*Das Sinnenbild ist hier wesentlicher als das Sinnbild*“, t. j., że obraz zmysłowy jest tu ważniejszy, niż jego symbol. Pojęcia zaś oderwane o stanach, stosunkach i własnościach rzeczy uzyskujemy tylko zapomocą słów, dla tego są one ściślej połączone ze słowem, niż pojęcia konkretne. Czasowniki, zaimki, przymiotniki, przyimki i przysłówki mają ściślejszy związek z myśleniem; rzeczowniki zaś ze zmysłami; dla tego pamięć wyrazów dla pierwszych utrzymuje się lepiej i dłużej, niż dla tych ostatnich.

Stopnie przejściowe prowadzą od stanu prawidłowego do chorobowego, albowiem już w ramach fizyologicznych zauważyć można podobne stany: tak n. p. u ludzi starszych zanika wcześnie pamięć dla osób, przedmiotów i ich nazw, gdy pamięć myśli, faktów i zdarzeń jeszcze dobrze jest utrzymana.

Zdarza się, że chory, cierpiący na zupełną afazyę ruchową i nie będący w stanie wymawiać ani jednego słowa, wygłasza bardzo dobrze, śpiewając tekst jakiejś pieśni.

Osobną formę zaburzenia mowy natury ruchomej przedstawia tak zw. alliteracya. Wynika ona z braku uwagi

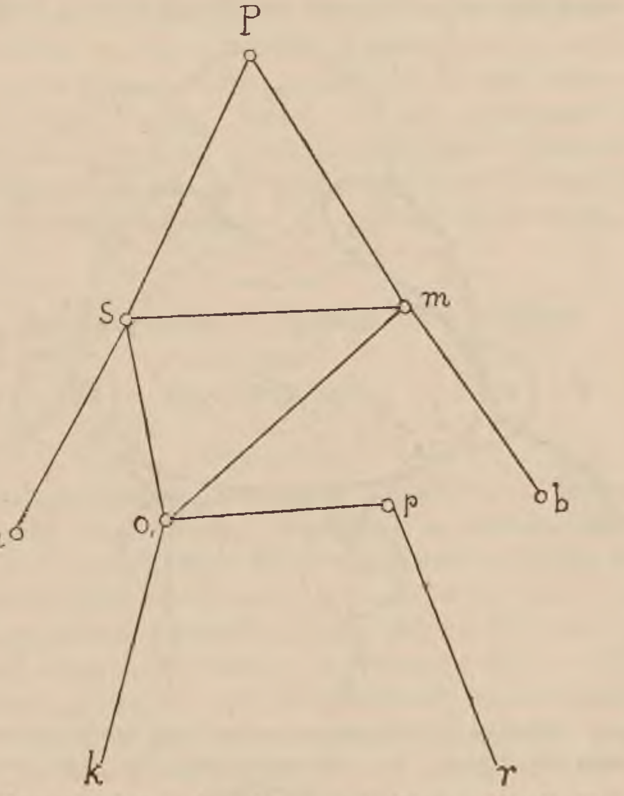


Rys. V. $s=$ ośrodek słuchowy czuciowy, $p=$ ośrodek ruchowy dla pisania ręką prawą, $m=$ ośrodek ruchowy dla mowy, $o=$ ośrodek wzrokowy.

i polega na zamięszaniu zgłosek, n. p. jeżeli ktoś mówi zamiast „głowa mnie boli“ — „bola mnie głowi“ i t. p.

Podobnie zdarzają się braki częściowe w czytaniu i pisaniu. Zachodzą n. p. przypadki, gdzie chory nie poznaje sam pewnej litery. Jeżeli mu się pokaże literę *a*, to on nie wie co to jest, jak się ta litera nazywa, nie poznaje jej. Zapytany zaś, czy to jest *b, d, a*, natychmiast sobie przypomina i powiada, że to *a*. Pochodzi to ztąd, że pamięciowy ośrodek wzrokowy jest za słaby; gdy zaś do pobudzenia tego ośrodka dołącza się podnieta ośrodka słuchowego, pamięć pierwsza, silniej pobudzona, budzi się i następuje poznanie odpowiedniej litery. Można także przypuścić, że w takim przypadku przewodnictwo od ośrodka obrazów liter do ośrodka obrazów dźwiękowych jest przerwane, droga zaś odwrotna jest utrzymana. Zdarza się też, że chory może czytać pojedyncze litery jakiegoś słowa, a nie jest w stanie złączyć ich w wyraz całkowity. Zaburzenie w czytaniu liter może być połączone z prawidłową zdolnością odczytywania liczb; mogą tylko pojedyncze litery, liczby, lub nuty muzyczne wypaść

z pamięci i chory nie jest zdolny ich wymówić albo przeczytać, jednem słowem zdolność pamięciowa okazuje luki dla pewnych głosek, sylab albo słów. Niektóre ciekawe przypadki aleksyi przytaczam dla przykładu: Jeden chory odczywał liczbę 253 jako: „dwa, pięć, trzy", a zapomniał zresztą znaczenia liczb, zależnego od ich miejsca (przyp. Trousseaua). Muzykant gra dobrze ze słuchu, a zapomniał znaczenia nut (przyp. Finkelnburga). Oppenheim opowiada o chorych, którzy nie umiejąc czytać, znajdowali odrazu melodyę pieśni, których tekst im przedkładano. Inny chory, umiejący dobrze pisać nuty, a nawet komponować i poznający słyszane melodye, nie był w stanie grać podług nut (przyp. Prousta). Pewny chory Westphala, cierpiący na aleksyę, dobrze pisał dyktowane, ale pisanego czytać nie był w stanie: żeby przeczytać, robił ruchy ręką, jakby kopiując pisane litery i tak pisząc po powietrzu, potrafił czytać. Przez ruchy ręki przypominał sobie brzmienie i dźwięk



Rys. II. Znaczenie litery jak wyżej, o = ośrodek wzrokowy dla liter.

widzianego słowa. Kussmaul tłómaczy ten przypadek tem, że człowiek wykształcony potrafi obrazy ruchowe dla liter przeobrazić w obrazy głosowe i te ostatnie kombinować ze słownymi obrazami słuchowymi. Ten przypadek przemawia za przypuszczeniem Kussmaula i Spamera, że istnieje nie tylko droga, prowadząca bodźce od ośrodka *s* do *p*, lecz także odwrotna od *p* do *s* (szemat Kussmaula). (Patrz Rys. V.). Ja sądzę, że przypadek ten według szematu Małachowskiego daje (Patrz Rys. II.) się wytłómaczyć w ten sposób, że droga dośrodkowa *o*, — *s* była niesprawna, osłabiona. Bodziec zaś, pochodzący od *p*, wzmacniając sprawność tej drogi, jest w stanie zrobić ją czynną, albo też należałoby dla pewnych osób przyjąć bezpośrednie połączenie między *p* a *s*, jak to Kussmaul w swoim szemacie uwidocznił.

Nareszcie agrafia może także być zupełną, albo częściową. N. p. chory umie tylko pisać kilka liter, pewne słowa, tylko swoje nazwisko, innych zaś nie. Pewien muzykant był mimo zupełnej afazyi i agrafii w stanie napisać nuty słyszanej melodyi (przyp. Lasegue).

Niektóre osoby zdradzają od dzieciństwa niezdolność rozróżniania tonów muzykalnych, albo brak wszelkiego poczucia harmonii. Ta wrodzona tępota zmysłu muzykalnego zdarza się w pewnych rodzinach szczególnie często i może przechodzić z pokolenia na pokolenie. Innym razem słuch muzykalny, przedtem istniejący, ulega zaburzeniu, a może zupełnie zaniknąć. Kilka podobnych przypadków przytacza Urbantschitsch. W niektórych przypadkach zaburzenia te występują jednocześnie z utratą mowy. Wernicke, Antoni i in. spostrzegali przypadki niemoty czuciowej przy nienaruszonym zmyśle muzykalnym. Zaburzenia w zakresie tego zmysłu zdają się być pochodzenia ośrodkowego. Według Knoblaucha mają istnieć w układzie mózgowym osobne drogi dla słuchu muzykalnego.

Niezdolność rozumienia tonów *(Tontaubheit)* nazywa się amuzyą (Knoblauch). Różne jej formy występują jako głuchota, amnezya, agrafia, paragrafia i aleksya muzykalna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Robert Behla. **Die pflanzenparasitäre Ursache des Krebses und die Krebsprophylaxe.** *Berlin, nakład R. Schoetza.* 1903. str. 48 i 4 tablice.

W Luckau, rodzinnem mieście autora, ma rak zdarzać się częściej w dzielnicy, sąsiadującej z bagnistymi rowami, z których mieszkańcy biorą wodę do polewania ogrodów i do płókania jarzyn. W tejże dzielnicy częstszą ma być choroba kapusty, wywołana przez roślinnego pasorzyta t. zw. *„plasmodiophora brassicae"*. Stąd wniósł autor, że przyczyną raka u ludzi mogą być również pasorzyty roślinne, pochodzące z bagnistej wody.

W obecnej pracy opowiada autor szeroko historyę swych w tym kierunku dociekań i twierdzi, że swoistym sprawcą raka u ludzi jest pasorzyt roślinny z klasy skoczkowatych (*chytridiaceae*). Pasorzyt ten bowiem, wywołujący u roślin bujanie komórek nabłonkowych, przeszczepiony na zwierzęta, ma przekształcać się w twory wewnątrzkomórkowe, zupełnie podobne do tworów, spotykanych w komórkach rakowych. Zdanie patologów, że twory takie w komórkach rakowych są skutkiem zwyrodnienia, resztkami pochłoniętych przez komórki krwinek lub śladami śródkomórkowego wydzielania i t. p., zwalcza autor w tonie niezmiernie wojowniczym.

Stosownie do swoich poglądów zaleca autor dla zapobieżenia rakowi trzymać się tych zasad, jakie obowiązują w innych chorobach zakaźnych, kładąc szczególny nacisk na to, by nie jadać surowych jarzyn, które uważa za główne przenośniki zarazka.

Staranne wydanie pracy dobrze świadczy o firmie nakładowej R. Schoetza. *Prof. Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Kaufman. **Przyczynek do nauki o przedarciach sklepień pochwy podczas porodu.** (*Archiv für Gynaecol.* Tom 68, Zeszyt 1, 1903). Omówiwszy rozwój piśmiennictwa tego przedmiotu, podaje autor historyę 82 przypadków, zebranych z literatury, oraz własnej praktyki. W połowie tych przypadków przedarcie przechodziło równocześnie na szyjkę i trzon macicy. Zależnie od tego rozróżnia K. przedarcia pochwy pojedyncze i powikłane; ze względu zaś na przyczynę powstania: samoistne i gwałtowne. W materyale tym było 49 przedarć samoistnych, a 29 gwałtownych. Pochwa jest tak słabą częścią narządu rodnego, że każdy zabieg położniczy, nie-

ostrożnie wykonany, bez względu na to, czy narzędziem, czy ręką, może wywołać gwałtowne przedarcie sklepień pochwy. Przy przedarciach samoistnych 2 czynniki wchodzą w rachubę: zmiany anatomiczne pochwy i niestosunek między płodem a miednicą. Zmiany anatomiczne w postaci blizn, zwyrodnień, zmian kiłowych i zapalnych należy raczej uważać za przyczynę usposabiającą, za bezpośrednią zaś wpływ mechaniczny. Ten ostatni tłómaczy teorya Bandla, Freunda i Sängera o samoistnem pęknięciu macicy. Wskutek niestosunku porodowego przychodzi do rozciągnięcia dolnego odcinka macicy. W przypadkach, gdzie ujście macicy lub szyjka jest ustaloną, np. wskutek jej zbliznowacenia, lub wklinowania między poprzedzającą częścią płodu (główka) a miednicą (spojenie łonowe), może przyjść do pęknięcia macicy; jeżeli jednak brak jest tego ustalenia, wówczas ujście macicy przesuwa się nad poprzedzającą częścią płodu ku górze, a w razie dalej istniejącego niestosunku, przychodzi do tak znacznego rozciągnięcia sklepień pochwy, że musi nastąpić ich pęknięcie, a nawet zupełne oderwanie od macicy. Ponieważ oba te wpływy (anatomiczny i mechaniczny) łatwiej i częściej występują u wieloródek, dlatego samoistne przedarcia zdarzają się prawie tylko u nich; gwałtowne zaś przeważnie u pierwiastek. Do przyczyn wywołujących samoistne pęknięcie sklepień pochwy przy porodzie należy jeszcze obwisły brzuch. I tu bowiem działają zwykle powyższe dwa wpływy, o ile brzuch obwisły przydarza się najczęściej u wieloródek z wązką miednicą. Nadto jest jeszcze trzeci czynnik. Im większy brzuch obwisły, tem i macica znaczniej opada ku przodowi, wywołując silne napięcie głównie tylnego sklepienia pochwy; to też pęknięcia sklepień pochwy przy obecności brzucha obwisłego spostrzegano prawie tylko w tylnem sklepieniu. Objawy pęknięcia sklepień pochwy są tak mało charakterystyczne, że rozpoznanie pewne możliwe jest tylko przez badanie wewnętrzne. Przy grożącem pęknięciu wyczuwamy silne napięcie i ścieńczenie, przy dokonanem zaś pojedynczem większą lub mniejszą szparę, którędy, zależnie od umiejscowienia, można się dostać nierzadko — do jamy brzusznej. W tych przypadkach przychodzi zwykle do wystąpienia płodu i łożyska do jamy brzusznej. Bólu charakterystycznego niema, krwawienie nie jest zwykle nadmierne. Nie tak rzadko natomiast spostrzegano wypadnięcie pętli jelita i otrzewnej. Na 80 przypadków autora jama otrzewnowa była 68 razy otwartą; 14 razy wypadły jelita; 29 razy znaleziono płód, a 30 razy łożysko w jamie brzusznej. Przy pęknięciach powikłanych przeważają objawy ze strony pękniętej macicy. Rokowanie przy pęknięciach powikłanych zależy od stanu macicy; przy pojedynczych jest wcale dobre. Śmierć może nastąpić z powodu zakażenia lub krwotoku (jeżeli przedarcie przeszło na tkankę przymaciczną). Z 80 przypadków autora 28 zakończyło się śmiercią = 35%, a mianowicie 18 z zakażenia, a 10 w następstwie krwotoku. Z 40 pęknięć pojedynczych zakończyło się śmiertelnie 10 przypadków = 25%, z tego tylko 2 w następstwie krwotoku = 5%. Rokowanie dla płodów jest złe. Leczenie zależy od tego, czy pęknięcie nastąpiło (względnie zauważono) przed, czy po porodzie: w pierwszym razie trzeba poród jaknajszybciej ukończyć, bez względu na to, czy płód żyje, czy nie. Jeżeli płód znajduje się w macicy, należy się posługiwać zabiegami zmniejszającymi go (wymóżdżenie, wypaproszenie); jeżeli zaś płód przeszedł już do jamy brzusznej, należy się starać wyciągnąć go drogą pochwy, nie zaś drogą cięcia brzusznego, jak niektórzy radzą z obawy przed rozszerzaniem rany, lub zakażeniem. Wyjątkowo tylko należy postępować drogą cięcia brzusznego w przypadkach bezwzględnego ścieśnienia miednicy, guzów lub zwężeń pochwy. Przy rozpoznaniu pęknięcia po porodzie idzie tylko o zaopatrzenie rany. W tym celu jedni wyczekują, inni wyjmują całą macicę prawie w każdym przypadku. Zdaniem autora postępowanie lecznicze powinno być o ile możności zachowawcze, a zabiegi wykonywane drogą pochwy. Typem leczenia powinien być szew założony od strony pochwy. W razie podejrzenia o zakażenie nie należy zaszywać całej rany, lecz pozostawić otwór dla sączkowania gazą jodoformową. Jeżeli krwawienie jest bardzo silne, a naczyń podwiązać nie można, należy tamponować; a gdy to nie pomoże, bezzwłocznie przystąpić do cięcia brzusznego. Wyjęcie macicy należy ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie równocześnie istnieje znaczne pęknięcie macicy; i tu metodzie przez pochwę należy dać pierwszeństwo, gdyż jak wielu operatorów zauważyło, zabieg ten bardzo łatwo się udaje właśnie z powodu pęknięcia pochwy, a ma wiele zalet. Niektórzy polecają jeszcze pozaotrzewnowe zaopatrzenie rany. Jedni z nich dostają się do niej przez dokonanie cięcia Bardenheuera (2 palce nad i równolegle do więzadła Pouparta), inni drogą cięcia lędźwiowego, polecanego przy wyjęciu nerki. Każdą z tych metod należy połączyć z leczeniem objawowem, polegającem na zachowaniu spokoju, stosowaniu okładów lodowych, podawaniu makowca i środków podniecających.

Dr. E. Ehrenpreis

Docent Dr. Sternberg (Wiedeń). **O schorzeniach nerwowych w przebiegu miażdżycy tętnic i skazy moczanowej.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 7, 1903). Pominąwszy etyologię i anatomię patologiczną miażdżycy, jako rzeczy powszechnie znane, można podzielić cały przebieg stwardnienia tętnic w stosunku do cierpień nerwowych na trzy okresy. W pierwszym okresie występują zaburzenia ogólno-odżywcze, chorzy bardzo często tyją, siwieją wcześnie i szybko; inni znowu okazują zanik skóry, przyczem skóra dziwnie połyskuje i prześwieca, traci elastyczność i staje się coraz cieńszą. Ze strony narządu krążenia można zauważyć wysoko napięte tętno i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Drugi okres odznacza się napadami t. zw. okresowego chromania: podczas spokoju nie wyczuwają chorzy żadnych dolegliwości; po półgodzinnem jednak chodzeniu nadmiernie się nużą, skarżąc się przytem na ból w łydkach; w dalszym zaś ciągu choroby bolesność ta coraz częściej występuje, łącząc się z uczuciem mrowienia w stopie i wyraźnymi kurczami łydkowymi; po należytem wypoczęciu rzeczone objawy znikają. Podczas takiego kurczu palce u nóg są zimne, sine, czasami znów blade, niedokrewne. Także w innych narządach pojawiają się objawy „okresowego chromania“, w sercu np., jako bolesność w okolicy mostka, rozpromieniając się do kończyn, zwolnione tętno, uczucie ucisku na klatce piersiowej, wogóle objawy dusznicy bolesnej; podobne zaburzenia (bóle) występują ze strony przewodu pokarmowego, lub ze strony nerek w postaci przemijających obrzęków i białkomoczu. Znamienną wreszcie cechą trzeciego okresu jest wytworzenie się jakiegoś ściśle ograniczonego cierpienia, jak zapalenie mięśnia sercowego łącznie z niedomogą serca, tętniaki i zakrzepy żylne.

Również ponad istotę i etyologię skazy moczanowej przechodzi sprawozdawca wprost do cierpień nerwowych, tu się pojawiających. Mogą one być pochodzenia mózgowego, lub ściśle nerwowego; do pierwszych należą neurastenia rzekoma, zawroty głowy i migrena — zaburzenia, które zresztą nic znamiennego nie przedstawiają. Na uwagę tylko zasługuje zapalenie gośćcowe nerwów, ograniczające się często do kończyn górnych i postrzał. Za pochodzeniem gośćcowem ostatniego cierpienia przemawia wejrzenie tych chorych: są otyli, twarz ich zaczerwieniona, nie rzadko cierpią na przewlekły nieżyt oskrzelowy, żylaki i guzy krwawnicowe, tu i owdzie napotkać także można różne zmiany chorobowe w stawach. Co się tyczy leczenia, to zasady zapobiegawcze polegają w skazie moczanowej na odpowiedniem odżywieniu, w szczególności na t. zw. jarstwie (wegetaryanizmie); z leków zaś zasługują na uwagę przetwory i wody alkaliczne, wreszcie termoterapia (gorące powietrze, ciepłe kąpiele, muł), elektryczność i mięsienie. W leczeniu miażdżycy stoją na pierwszem miejscu przetwory jodu, nitrogliceryna i teobromina; w ostatnich czasach zachwalają bardzo agurynę; naparstnica winna być stosowana jedynie w przypadkach z cięższemi zaburzeniami ze strony serca.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Kurt Ehrlich. **Przyczynek do kazuistyki nowotworów trzustki.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Autor podaje dwa przypadki z kliniki chirurgicznej w Giessen, z których jeden sam spostrzegał, a był to śródbłoniak trzustki; w drugim przypadku był mięsak trzustki. Obraz chorobowy tych przypadków był następujący: bóle brzucha, rozprzestrzeniające się do krzyżów, stolec zaparty, odżywienie upośledzone; w brzuchu dawał się wybadać guz okrągławy, nieruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, elastyczny, o powierzchni gładkiej. Przy operacyi okazywała się powierzchnia guza gładką, pokrytą tylko ścianą brzuszną i więzadłem żołądkowo-okrężnicowem; nakłócie zaś dało treść płynną brunatnawą, surowiczo krwawą. Tylko w pierwszym przypadku można było po nacięciu dopiero powiedzieć, że się ma do czynienia z nowotworem złośliwym, a nie z torbielem trzustki. Obraz kliniczny wskazywał w obu przypadkach na torbiel trzustki, nie było żadnych wskazówek rozpoznawczych guza złośliwego, nigdzie wybitnej zbitości lub guzowatości, a nakłócie obu guzów utwierdzało jeszcze rozpoznanie torbiela trzustki. Przypadki te zakończyły się śmiercią. Badanie drobnowidowe pierwszego przypadku wykazało śródbłoniaka, który wyszedł z nabłonka naczyń krwionośnych; w drugim mięsaka, biorącego początek ze ściany torbiela. W każdym razie powinno się na podstawie tych spostrzeżeń przy rozpoznawaniu dużych torbieli pochodzenia nieurazowego i u ludzi w podeszłym wieku, pamiętać zawsze o tem, że przy operacyi można się spotkać z nowotworem złośliwym, lub, co wynika z przypadków innych autorów, można widzieć powstawanie nowotworu w przebiegu następowego leczenia już operowanego torbiela trzustki. Rokowanie powinno więc być ostrożne. Autor przestrzega przed nakłóciem, gdyż z jednej strony nie daje ono pewności rozpoznania, z drugiej zaś może się do jamy brzusznej wylewać płyn, wcale nie obojętny, o treści nowotworu złośliwego.

B. Żmigród.

Veverka. **Zapobieganie zapaleniu oczu u noworodków przez profilaktyczne zakraplanie protargolu.** (*Die Heilkunde* Nr. 1, 1903). Przytoczywszy statystykę zapalenia rzeżączkowego oczu w rozmaitych krajach, przytacza autor doświadczenia, przeprowadzone z protargolem na 1100 noworodkach. Autor zakrapla 20% rozczyn protargolu; na 1100 przypadków było cztery razy zapalenie rzeżączkowe; pojawiło się ono jednak w dniach późniejszych, w 7-ym i 8-ym; uważa więc je, jako zakażenie następowe i dlatego oblicza odsetek zapalenia po zapobiegawczem zakraplaniu na O. Jako zalety protargolu podnosi: nieznaczne zapalenie odczynowe, nieszkodliwość zapuszczonej nawet większej ilości, łatwość techniczna zakraplania, a w końcu i to, że po zakraplaniu protargolem nie potrzeba niczem oczów przemywać. [Zalety przytoczone prawie dosłownie z prac poprzednio ogłoszonych Engelmana i Piotrowskiego, w „Cent. f. Gyn. 1901, Nr. 1 i Nr. 31", a o których autor nie raczy wspomnieć].

Przy następowem zakażeniu radzi zakraplać dwa razy dziennie tensam rozczyn protargolu. Przy postępowaniu tem, jak twierdzi autor, zapalenie ma w trzech dniach znikać. W końcu radzi autor dać środek ten położnym, jako mało szkodliwy, a w skutkach swych pewny, aby zapobiedz zapaleniu rzeżączkowemu oczu noworodków, zamiast polecanego ustawą „zakraplania 2% rozczynem, przez lekarza zapisanym, azotanu srebra w przypadkach, gdy znajdą u matki ropną wydzielinę pochwy, zapalenie pochwy guzkowate (*Kolpitis granulosa*) i kłykciny (*condylomata acuminata*). [Autor widocznie nie zna nowej ustawy z dnia 10/IX 1897, Dz. U. p. Nr. 216, która w przepisach dla położnych §. 22 nakazuje przemyć oczy rozczynem kwasu borowego; przy obrzmieniu powiek i obfitszej wydzielinie śluzowej ze szpary powiekowej zażądać zbadania lekarskiego, a jeżeli krewni chorego dziecięcia nie wezmą lekarza, donieść jak najrychlej zwierzchności gminnej. Nigdzie więc ustawa najnowsza nie pozwala zapuszczać rozczynu azotanu srebra]. *P.*

L. v. 'Aldor. **Wewnętrzne leczenie kamicy żółciowej.** (*Archiv f. Verdauungskrankheiten*, Tom VIII, Zeszyt 6, 1902). Wśród uwag, dotyczących rozpoznawania kamicy żółciowej, oraz istoty tego cierpienia, znajdujemy nowsze zapatrywania na żółtaczkę. Do niedawna żółtaczka uważaną była za kardynalny objaw kamicy, dziś zaś wiadomo, że występuje ona jedynie wtedy (i to nie zawsze), gdy cierpienie nie ograniczyło się tylko do pęcherzyka żółciowego, lecz przeszło z niego na inne narządy, a więc w pierwszym rzędzie na przewód pęcherzykowy, lub żółciowy. Ponieważ właśnie pęcherzyk najczęściej bywa pierwszem siedliskiem choroby, przeto żółtaczka w początkach choroby rzadko występuje; tak np. statystyka Kehra wykazuje żółtaczkę w 20% przypadków, a według 'Aldora tylko w 10%. Badania lat ostatnich przyniosły jako doniosłą zdobycz twierdzenie, przyjęte zarówno przez internistów, jak i przez chirurgów, że przy kamicy żółciowej jądro sprawy stanowią sprawy zapalne na tle zakaźnem; wszystkie objawy kamicy dadzą się wytłómaczyć zupełnie zadawalniająco temi sprawami zapalnemi bez uciekania się do przyczyn mechanicznych, t. j. przechodzenia kamyków. Wobec tego doszczętne leczenie kamicy nie polega bynajmniej na usunięciu kamyków, lecz na stłumieniu spraw zapalnych, a obecność kamieni lub brak ich nie może być probierzem skuteczności tej lub innej metody leczniczej.

Zdaniem 'Aldora rozporządzamy dwoma środkami w zwalczaniu kamicy żółciowej: leczeniem karlsbadzkiem i zabiegiem operacyjnym. Antypirynę, salicylan sodowy, oliwę, eunatrol można pominąć, gdyż stosowanie ich powszechnie jest znane, a przytem żaden z tych środków z leczeniem karlsbadzkiem porównać się nie da. Autor leczenie prowadzi w następujący sposób: przedewszystkiem zaleca spokój i łóżko, gorące okłady po pięć godzin przed i po południu, najlepiej zapomocą termoforów i wodę ze „Sprudla" 50—55° C. od 700 ctm.³ do $1\frac{1}{2}$ l. dziennie w równych porcyach co 2 godziny; przytem dyeta obfita, naturalnie niedrażniąca. Leczenie to trwać powinno, dopóki nie ustąpią wszelkie bóle i wrażliwość na ucisk; w ogromnej większości przypadków można przy tem leczeniu osiągnąć zupełne wyleczenie w ciągu 4—5 tygodni. Skuteczność tej metody autor odnosi do przeciwzapalnego działania wody karlsbadzkiej na błony śluzowe; własności „wypędzania" lub „rozpuszczania" kamyków, przypisywane wodzie karlsbadzkiej, są wytworem fantazyi. *Z. Czaplicki.*

Zangenmeister. **O rozszerzaniu szyjki, względnie ujścia macicy w końcu ciąży, lub podczas porodu zapomocą przyrządu.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 4). Z. sprzeciwia się używaniu rozszerzadeł, ponieważ wywołują mniej lub więcej wybitne pęknięcia brzegów ujścia, których przebiegu nie możemy dokładnie przewidzieć. Sięgają one nieraz wysoko aż do otrzewnej, powstając wbrew naszej woli i oczekiwaniu. W stosowaniu Dührssenowskich nacięć wiemy przynajmniej, co i jak daleko tniemy. Autor używał rozszerzadeł Bossiego i Frommera. Ostatnie jest lepsze, gdyż ma więcej ramion, ale za to ma tę wielką wadę, że rozszerza pochwę i to w wyższym stopniu, niż ujście, skutkiem czego pęka pochwa nieraz na znacznej długości. Lepiej pozostać przy balonie, lub w potrzebie naciąć brzegi, względnie nawet rozwiązać zapomocą pochwowego cięcia cesarskiego sposobem Dührssena. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Aubertin. **Żylaki na czaszce w krzywicy.** (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1903, marzec). Fournier opisał niedawno zmiany w ścianach żylnych, spowodowane kiłą wrodzoną; a będące przyczyną rozszerzenia żył na czaszce. Mając sposobność spostrzegać podobny przypadek, starannie poszukiwał autor śladów kiły tak u dziecka, jakoteż u jego rodziców. Badanie w tym kierunku wypadło zupełnie ujemnie; natomiast stwierdzono u niemowlęcia daleko posunięte zmiany krzywicze, zwłaszcza na czaszce. Dziecko wkrótce zmarło; przy badaniu zwłok żyły skórne, opróżnione z krwi, były zaledwo widoczne; natomiast zatoki żylne były rozszerzone i obficie napełnione krwią, a tkanka mózgowa przedstawiała nieznaczny obrzęk. W komórkach mózgowych znaleziono znaczną ilość płynu mózgo-rdzeniowego. Fournier przytacza w swej pracy trzy przypuszczenia, mogące wytłómaczyć tworzenie się żylaków czaszki: 1) zwiększone ciśnienie śródczaszkowe i wodogłowie; 2) zmiany kostne na podstawie czaszki; 3) wrodzone zmniejszenie odporności ścian żylnych. Fournier zdaje się przechylać ku trzeciemu przypuszczeniu. W przytoczonym przypadku zmiany, jakie znaleziono równocześnie, mianowicie: rozszerzenie zatok opony twardej, mierny obrzęk substancyi mózgowej i wodogłowie każą przypuszczać, że przyczyną żylaków było tu podwyższone ciśnienie śródczaszkowe. Tem się tłómaczy brak zmian w ścianach żylnych i natychmiastowe zniknięcie żylaków po ustaniu przyczyny. Według Hochsingora żylaki u dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną, pojawiają się tylko wtedy, gdy dzieci te przedstawiają zmiany krzywicze czaszki, lub też wodogłowie. *Dr. T. Żeleński.*

Doc. K. Hochhalt (Budapeszt). **O leczeniu suchotników w naszych szpitalach na otwartem powietrzu.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 33, 1902). W peszteńskim szpitalu św. Szczepana urządzono w ogrodzie odpowiednie baraki dla chorych na gruźlicę, w których leczono w otwartem powietrzu przeszło 100 przypadków. Największy przybytek ciężaru ciała podczas leczenia wynosił 10 kilo. Wtórne zakażenia, a w ich następstwie nowe ogniska, nowe napady gorączki, zdarzały się u tych chorych o wiele rzadziej, niż dawniej. Świeże krwotoki płucne, zapalenie oskrzeli i opłucnej ustępowały szybko. Fakta te stanowią niewątpliwe zalety wspomnianego leczenia. Trzeba zerwać z dotychczasowym sposobem leczenia suchotników w zamkniętych salach szpitalnych, przepełnionych prątkami gruźliczymi. Jeżeli rząd wprowadzi tę dobroczynną reformę leczenia suchotników w otwartem powietrzu przy budowie nowych szpitali i odmówi zezwolenia w razie nieuwzględnienia opisanego urządzenia, to społeczeństwo zyska bardzo dużo na tem leczeniu suchotników. *Dr. Baschkopf.*

Derjużiński j. **Wycięcie śledziony wędrującej.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). Badanie krwi, dokonane przez D. w jednym przypadku znacznego powiększenia śledziony, wykazało 95% hemoglobiny, 4,700.000 krwinek czerwonych i 11.000 białych; stosunek wzajemny krwinek wynosił 1: 420. Wskutek różnych dolegliwości, zależnych od śledziony, D. zdecydował się ją wyciąć. W 6 tygodni po operacyi ilość hemoglobiny wynosiła 90%, krwinek czerwonych 4,260.000, białych 19.150, stosunek 1: 220; w 9-tym tygodniu hemoglobiny 70%, w 11 tygodni 75%; w tym czasie wystąpiło powiększenie gruczołów szyjnych, podszczękowych, pachowych i pachwinowych; w 12 tygodni po operacyi hemoglobiny 80%, krwinek czerwonych 3,700.000, w 18 tygodni hemoglobiny 85%; po upływie 6 miesięcy hemoglobiny 92%, po $6\frac{1}{4}$ miesiącach hemoglobiny 94%, krwinek czerwonych 4,000.000, białych 12.000, po $10\frac{1}{4}$ miesiącach hemoglobiny 98%, krwinek czerwonych 4,500.000, białych 16.000. Z tego spostrzeżenia D. wnioskuje, że wycięcie śledziony nie wywiera szkodliwego wpływu na tworzenie krwi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. F. König. **Przyrząd do unoszenia, ułatwiający niektóre zabiegi operacyjne i zakładanie opatrunków.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). Do stołu Stelznera przystosował K. ławeczkę, która może być po bocznych szynach przesuwana w tył i naprzód, zapomocą zaś korby i kółka zębatego łatwo unoszona, względnie obniżana. Ławeczka taka, podłożona pod chorego w odpowiedniej okolicy ciała, przed uśpieniem, może być łatwo wraz z chorym, na niej leżącym, wykręconą w górę ponad stół, czy to podczas operacyi, czy też po operacyi (w celu założenia opatrunku). *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący powitał jako gościa Prof. Sikorskiego

III. Kol. Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu członkowi ś. p. kol. Ściborowskiemu, które stojąc wysłuchali obecni.

IV. Kol. Spira demonstrował przypadek przebicia przegrody nosowej w pośrodku przegrody chrzęstnej. Przyczyna powstania tego ubytku w tym przypadku nie jest wiadomą; prelegent przypuszcza, że jest to albo wada utworowa, albo też skutek przebycia wrzodu dziurawiącego przegrodę *(ulcus septi perforans)*, choroby, mogącej nie dawać żadnych objawów. Inne przyczyny, wywołujące ubytki w przegrodzie, zatem kiłę, gruźlicę, wilka, trąd, nosaciznę, zapalenie ochrzęstnej nosa można w tym przypadku wykluczyć, podobnie też i działanie pyłu chromowego. Leczenie chirurgiczne, polegające na wstrzykiwaniu parafiny, dało wynik ujemny: dlatego kol. prelegent leczy obecnie ten ubytek przez przyżeganie jego brzegów.

V. Kol. Bier wygłosił odczyt: „O najnowszych sposobach oczyszczania wody kanałowej ze szczególnem uwzględnieniem metod biologicznych".

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Założenie szkoły głównej krakowskiej.

Kazimierz, któremu potomność dała przydomek Wielkiego, gdyż Polskę obdarzył publicznemi urządzeniami, mającemi stać się dźwignią jej pomyślności i bujnego rozwoju, uznał trafnie, jako jeden z głównych warunków potęgi i samodzielności narodowej, usilną a rozległą uprawę nie tylko powszednich, ale i wszelkich wyższych nauk. W tym celu już w r. 1337. według Radymińskiego *(Annalium almae Academiae Cracoviensis Centuria prima et 2-da* w Muczkowskiego wiadomość o założeniu Uniw. Jagiell. Krakow. 1857) polecić miał wyjeżdżającemu w sprawie żałoby na chciwy i przewrotny zakon krzyżowy do Awinionu Janowi Grotowi, biskupowi krakowskiemu, żeby obok tego, rozpatrzywszy się we francuskich zakładach naukowych wyższych, a zwłaszcza w paryskim, przywiózł z sobą kilku profesorów prawa i filozofii. Jakoż 3-ch sprowadził, których król miłościwie i z hojnością przyjął i umieścił.

Wkrótce potem — według tegoż Radymińskiego — w lat 10, a wedle rzeczywistej daty przywileju, dopiero w r. 1364 tenże sam mądry monarcha, idąc za światłą radą uczonego arcybiskupa Gnieźnieńskiego Jarosława Bogoryi Skotnickiego, pragnąć kraj i pod względem naukowym wyzwolić z pod zależności obcej i ułatwić jego mieszkańcom czerpanie światła w ojczyźnie, miasto coby inaczej z drogim nakładem mienia, a nawet z narażeniem w niebezpiecznej dalekiej podróży, zdrowia i życia, do Włoch lub Francyi w tymże celu udawać się musieli, jak to między słusznymi powodami wyraźnie przytacza bulla, potwierdzająca erekcyę szkoły głównej Urbana V. *(Ibidem str. 8. i str. 64. Cum itaque.... civitas sua Cracoviensis, quae in regno suo Poloniae consistit et insignior est aliis civitatibus dicti regni a studiis generalibus nimium distare noscatur et propterea iurisperitorum et literatorum personarum copia in eodem regno minime habeatur multique ex clericis nobilibus dicti regni eundo ad studia generalia huiusmodi capti alii vero in captivitate detenti morti tradito fuerunt etc.)*, postanowił założyć to ognisko nauk, o którem przywilej Kazimierza powiada: *„Sitque ibi scienciarum revalencium margarita, ut viros producat consilii maturitate conspicuos, virtutum ornatibus redimitos ac diversarum facultatum eruditos, fiatque ibi fons doctrinarum irriguus, de cuius plenitudine hauriant universi literalibus cucupientes imbui documentis".* [Niech tu będzie głównych nauk perła, aby wydawała mężów dojrzałością rady znakomitych, uwieńczonych w cnót ozdoby i biegłych w różnych umiejętnościach i niech tam będzie źródło obfite nauki, z którego pełności czerpać mają pragnący napoić się naukami wyzwolonemi.] Wedle tego wiekopomnego nadania królewskiego noszącego datę Zielonych świąt d. 20 maja r. 1364, wskazującą, że Szkoła krakowska, wzniesiona początkowo we wsi Bawoł przy Kazimierzu, o lat 16 jest młodszą od praskiej, a o rok starszą od wiedeńskiej, — urządzona ona została na wzór uniwersytetów włoskich bonońskiego i padewskiego, a nie jak wielu, n. p. Sołtykowicz mylnie powtarza, na wzór paryskiego. Jak w tamtych, zaprowadzono i w tej rzeczypospolitej nauk, zasady samorządu i to na najszerszej, ile być może, podstawie, bo na powszechnem oparte głosowaniu. Wybierali bowiem nie nauczający, lecz uczniowie na posady nauczycielskie płatne, a rektorem mógł być wybrany tylko jeden z uczących się, a żaden profesor. Przyznane są wielkie zresztą korzyści wszystkim osobom, wchodzącym w skład Szkoły głównej, do których przywilej zalicza: rektora, doktorów, magistrów, uczniów *(scolares)*, pisarzów *(scriptores)*, księgarzów, albo raczej utrzymujących potrzebny zapas rękopisów *(stationarii)*, bedellów. Wszyscy ci mieli zapewnione uwolnienie od myta i cła, umiarkowane ceny żywności i mieszkania albo bezpłatne, albo za tani najem im dostarczane, a co najważniejsze, nie podlegali zwykłym sądom, lecz swoim własnym rektorskim, od których nie było odwołania, chyba w razie skargi o nieważność jedynie do radców uniwersyteckich. Katedr płatnych ustanowił Kazimierz W. tymczasowo jedenaście, mianowicie 8 prawniczych, 2 fizyczne (według M. Wiszniewskiego i innych lekarskie; takiemu tłómaczeniu przeczy Muczkowski) i jednę nauk wyzwolonych *(Magister in artibus)*.

Z pierwszych miało sześć wyznaczonych rocznie po 40 grzywien (2194 złp), 5 po grzywien 20, tylko ostatniemu oddano szkołę Panny Maryi z dodatkiem 10 grzywien na rok. Rektor zaś za swoje trudy miał sobie przyznanych rocznie także 10 grzywien. Płace wzmiankowane na dochodach z żup wielickich były odkazane, a dla wygody uczniów w potrzebie pieniężnej zamianował król kampsora, t. j. żyda lichwiarza *(Campsorem v. Judeum)*, posiadającego dostateczny fundusz do udzielania pożyczek na dobry zastaw, który za tę usługę nie miał żądać więcej nad grosz od grzywny na miesiąc, co czyni 25 od sta na rok.

Muczkowski, na ważnych wskazówkach oparty, starał się dowieść, że dzieło wielkiego króla, aczkolwiek prawem i nadaniem uświęcone, nie zaraz weszło w wykonanie, lecz owszem, jeżeli nie zaniedbaniu, to w każdym razie znacznej uległo odwłoce, tak dalece, że Władysław Jagiełło Akademię przywilejem w r. 1400 dn. 16 lipca — na nowo niemal zakładać musiał.

Dowody Muczkowskiego są:

1) Nie wspomina o założeniu Akademii spółczesny kronikarz Jan, archidyakon gnieźnieński.

2) Na pogrzebie Kazimierza Wielkiego niema wzmianki o Akademii.

3) Królowa Jadwiga w r. 1397. fundowała w Pradze kolegium dla Litwinów.

4) W Pradze od r. 1367 do 1400 przeszło stu Polaków (a 23 z Krakowa) ubiegało się o bakalarskie i mistrzowskie stopnie w Wydz. fil., jak świadczy: *liber Decan. facul. phil. univ. prag.*

5) Władysław Jagiełło w swojem nadaniu tak się wyraża, jakoby nową zakładał Akademię.

6) Sprowadził on profesorów z zagranicy, a mianowicie z Pragi.

7) Maciej z Miechowa w swej kronice powiada: *Studium per Casimirum II orditum non tamen fuit consummatum in hanc diem.* (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

4. Zakłady przemysłowe.

Sprawozdanie w ustępie tym zaznacza naprzód, że od r. 1899 ustanowiono dla Galicyi zachodniej osobny inspektorat przemysłowy z siedzibą w Krakowie tak, że obecny inspektorat we Lwowie przeznaczony jest tylko dla Galicyi wschodniej i Bukowiny. Następnie przytacza Sprawozdanie cały szereg fabryk, rafineryj, gorzelni, warsztatów itd., już to nowo powstałych, już to dawniej w ruchu już będących i zaznacza przy każdej, czy i jakie urządzenia higieniczno-sanitarne w nich zaprowadzono. Nie mogąc powtarzać tu całego tego szeregu, stwierdzamy w każdym razie dość znaczny postęp na polu tej gałęzi higieny, jak również wcale wydatną czynność w tym kierunku lekarzy urzędowych. Żeby tylko zarządzenia ich były zawsze należycie poparte i wykonane; lecz o tem mówiliśmy już na początku tego referatu. Tu dodajemy jeszcze, że w tem przytoczeniu Sprawozdanie nie pominęło i dostrzeżonych, a dotąd nie usuniętych braków, do których w pierwszym rzędzie należą zanieczyszczania rzek i potoków wodą fabryczną, zwłaszcza z destylarni naftowych; zaś lekarzom urzędowym zarzuca, że w swych Sprawozdaniach uzupełniających rzadko zwracają uwagę na różne choroby zawodowe, że nie przytaczają dokładnej statystyki nieszczęśliwych wypadków w fabrykach, a wreszcie tłómaczy, jak należy rozumieć rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z 29 sierpnia 1899, orzekające w ustępie końcowym, „że nie należy uważać organów sanitarnych jako powołanych do zamykania źródeł materyalnego bytu przez wysuwanie na pierwszy plan względów sanitarnych przy udzielaniu koncesyj na zakłady przemysłowe“. Ten ustęp miał być w jednym powiecie tak tłómaczonym, żeby przemysłowcom żadnych trudności nie robić, wskutek czego w niektórych zakładach przemysłowych nie uwzględnia się najprostszych wymagań higienicznych. My jednak odnosimy z całej tej sprawy to wrażenie, że wszelkie rozporządzenia, choćby najobszerniejsze, złemu nie zaradzą. Tylko i jedynie ustawą wskazane a stanowcze postępowanie wszystkich czynników powołanych może doprowadzić do celu. Albo fabryka mająca się założyć lub rozszerzyć odpowiada zasadniczym, ustawą wskazanym wymaganiom higienicznym i sanitarnym, a więc może i powinna natychmiast otrzymać koncesyę; albo też powyższym wymaganiom nie odpowiada, a wtenczas należy koncesyi odmówić aż do chwili, w której dokładnie wytknięte w motywach do odmownych rezolucyj braki usunięte nie zostaną. Jeśli mimoto fabryka puszczoną zostanie w ruch, to właściciel jej, obok natychmiastowego przymusowego zamknięcia fabryki, winien być surowo ukaranym. Jeśli zaś pokaże się, że władza nadużyła ustawy i niesłusznie odmówiła koncesyi, to odpowiednie jej organa, a więc ewentualnie lekarz urzędowy, winny być pociągnięte do odpowiedzialności za nadużycie władzy.

5. Handel środkami leczniczymi i truciznami po za aptekami.

Z końcem roku 1898 było w Galicyi 44 drogueryi; zaś z końcem roku 1899 było ich 46.

„Chociaż jest prawie regułą, że liczni droguiści przekraczają swe prawa..., to przecież bardzo rzadko można ich pociągać do odpowiedzialności“, tak umieją owe przekroczenia ukrywać. I znowu zdaje nam się, że albo ta ustawa jest niejasną, lub nie wystarczającą, a wtedy należy ją zmienić; albo też organa powołane nie zadają sobie dość trudu, by złe wykorzenić doszczętnie. Ponieważ najwięcej nudużyć popełniają droguiści we Lwowie i Krakowie, bo ich tu jest najwięcej, więc też ten obowiązek ciąży głównie na fizykach Lwowa i Krakowa. Do nich więc winno zwrócić się c. k. Namiestnictwo z surowem napomnieniem, by sprawy dopilnowali i często dokonywali rewizyi w tych drogueryach, a winnych dotkliwie karali. Niestety, nie tu miejsce na szczegółowsze omówienie sprawy, które doprowadziłoby nas wreszcie aż do reformy aptekarstwa, z każdym dniem coraz to niezbędniejszej. Panuje tu bowiem taki chaos i taki nieład, że czas już najwyższy, by różne i z różnych czasów pochodzące ustawy dotyczące aptekarskich spraw, raz przecie gruntownie zestawiono, zreformowano i wydano jednolitą ustawę, na którejby wreszcie polegać było można. Byłoby wskazanem, by żądanie takiej reformy było już dawno umieszczone w szeregu „wniosków krajowej Rady zdrowia“; brakuje go jednak, choć postawiono je po raz pierwszy w Sprawozdaniu z roku 1898. Z kazuistyki przytoczonej w Sprawozdaniu notujemy zaledwie siedm przypadków ukarania droguistów za nadużycia, konfiskatę ziół lekarskich, sprzedawanych po kramach, udzielanie koncesyi na wyrób, lub sprzedaż trucizn na myszy, wreszcie wypadek otrucia się dziecka karbolem, a trojga innych ciastkami, sprzedawanemi przez wędrownego żyda, którego nie zdołano odnaleźć.

6. Higiena szkolna.

Rozdział to najsmutniejszy może z całego Sprawozdania. Bo przypomnijmy sobie, że więcej niż połowa zmarłych, tj. 16‰ ludności całej w Galicyi rekrutuje się z dzieci do lat pięciu. Należałoby więc wszelkiemi siłami starać się, by pozostała reszta miała odpowiednie warunki rozwoju umysłowego i fizycznego. Jakie są warunki pierwszego, pouczają Sprawozdania Rady szkolnej. Jak wiele pozostawiają do życzenia warunki rozwoju fizycznego, widzimy z tego rozdziału, z którego, aby nas nie posądzono o przesadę, przytaczamy dosłownie parę przykładów: „Pomimo tej dość dużej liczby nowo wybudowanych szkół stan ich obecny jest bardzo pożałowania godny“.

„Jeżeli nawet przyjmiemy, że ocenianie budynków szkolnych przez władze szkolne jest trafne i że więcej niż 30% wszystkich szkół jest pomieszczonych w bardzo dobrych, a również tyle w dobrych budynkach, to nikt nie zaprzeczy, że w naszych stosunkach każda szkoła jest przepełniona, a liczba metrów sześciennych powietrza i przestrzeni podłogi jest niższą, aniżeli dopuszczalne minimum. Są klasy, w których na jednego ucznia przypada 0·2—0·6 podłogi, a zaledwie 0·9 sześciennych metrów przestrzeni, a przecież według Erismana nie powinna ta ostatnia wynosić mniej jak 3 metry sześcienne, nawet w najgorszej szkole wiejskiej“.

„Jeszcze gorsze jest oświetlenie klas, a przytem jeszcze prawie powszechnie panuje w naszych szkołach brak dobrych ławek szkolnych i odpowiedniej czystości“.

„Lekarz powiatowy w Przemyślu wydaje w swem Sprawozdaniu bardzo niekorzystny sąd o pomieszczeniu seminaryum nauczycielskiego żeńskiego i szkoły dla dziewcząt w klasztorze Benedyktynek w Przemyślu. Budynek ten niema żadnego podwórza, na istniejącem bowiem powystawiano różne walące się szopy, a wskutek tego musi około tysiąc dziewcząt spacerować podczas pauz tylko po ciasnych i cuchnących kurytarzach, oddechać kurzem i zepsutem powietrzem“.

„Co do szkół średnich, to stosunki w nich pod względem pomieszczenia nietylko się nie poprawiły, ale owszem stały się jeszcze przykrzejsze z powodu szybkiego wzrostu liczby uczniów, a w następstwie tego przepełnienia klas. Według urzędowego Sprawozdania c. k. Rady szkolnej krajowej przyjęto z początkiem roku szkolnego 1899/00 do gimnazyów i szkół realnych 20.263 uczniów, tj. o 1371 więcej, niż w roku poprzednim. Ten przyrost uczniów jest większy, aniżeli we wszystkich poprzednich latach, gdyż rok 1894/5 wynosił 572, w 1895/6 r. 879, w 1896/7 r. 989, w 1897/8 r. 1131, w 1898/9 r. 1254, a w 1899/00 już 1371 uczniów“.

„W celu pomieszczenia tak wysokiej liczby uczniów wynajęto we Lwowie, Krakowie i Rzeszowie więcej, niż 30 klas w prywatnych domach. Jest jasnem, że pomieszczenie takie nie odpowiada czasem najzwyklejszym wymaganiom pod względem sanitarnym, a lekarza urzędowego dlatego tylko nie zapytuje się o jego opinię, gdyż niema żadnego wyboru i ofiarowane lokale trzeba przyjmować, jako jedyne, jakie są w danem miejscu“.

„Ze sprawozdania c. k. Rady szkolnej krajowej za rok szkolny 1898/9 i 1899/00 dowiadujemy się, że wydane przez wymienioną władzę w roku 1897 plany normalne dla szkół ludowych w kraju przyjęto z niedowierzaniem, a nawet niechęcią i że z tego powodu zwołano w r. 1900 ankietę ze znawców, którąby koszta budowy jak najtaniej obliczyła. Między znawcami nie było jednak ani jednego lekarza, któryby mógł usunąć istniejące pod względem sanitarnym w planach budowy usterki“.

Na innem miejscu omówiliśmy i udowodnili dosłownemi przytoczeniami, jak mało u nas w kraju zważa się na zdanie lekarza-higienisty. Czy przyczyną tego są złe i niedostateczne ustawy, czy niewłaściwe postępowanie samych lekarzy, czy brak poparcia ich stanowiska przez władzę, czy wreszcie rzeczywista nędza w Galicyi absolutnie nie pozwala „na zbytek“ jakiejtakiej higieny? zdaje się, że wszystkie te przyczyny, a może i inne jeszcze, składają się na

to. Rzeczą jednak w pierwszym rzędzie samych lekarzy nie pozwolić, by złe zapuściło korzenie i rozrosło się.

Wszyscy winniśmy wszelkiemi siłami starać się zdobyć dla naszego społeczeństwa dobrodziejstwa higieny, dla naszej nauki należne stanowisko i poszanowanie, a dla nas samych poważanie i należyty posłuch. Wzór bierzmy z jednostek, jak przytoczony w Sprawozdaniu Dr. Gawlikowski, który w poczuciu swego zadania, nie oglądając się na osobne wynagrodzenie, a nawet nie mając nadziei osiągnięcia bezpośrednich skutków swej pracy, bada ze sporym nakładem trudów stosunki higieniczne szkół swego powiatu, to znów inny, nie uzyskawszy od Rady szkolnej pozwolenia na badanie (bezpłatne!) dzieci szkolnych i robienie odpowiednich spostrzeżeń, stara się urządzaniem szeregu odczytów zwrócić uwagę czynników odpowiednich na ważność i potrzebę higieny szkolnej; inny mimo nawału prac na innych polach, poświęca nieliczne chwile wypoczynku i znaczny nakład grosza, by stworzyć, prowadzić i doskonalić z każdym rokiem pierwszy w Austryi park dla zabaw i ćwiczeń dzieci. Inny zakłada wzorowy szpital dla dzieci, zjednywa mu środki finansowe od dobroczyńców i instytucyi, prowadzi i rozszerza ten szpital przez całe lata, a na tem nie poprzestając, zakłada kolonie lecznicze dla dzieci biednych.

Takich jednostek daj nam Boże więcej, a cel nasz osiągniemy pomimo braku poparcia, a nawet pomimo stawianych nam przeszkód.

Na zakończenie stwierdzamy chętnie, że Sprawozdanie przytacza i szkoły, — niestety nie liczne — nowo powstałe, a należycie urządzone. Po szczegóły odsyłamy do samego Sprawozdania, nie mogąc przytaczać wszystkiego. (Ciąg dalszy nastąpi).

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 28 kwietnia 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni członkowie Wydziału: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. Na pismo Dra *X* postanowiono odpowiedzieć, że Izba nie ma obowiązku dawania wyjaśnień, dla jakich powodów Rada honorowa zaniechała sprawy przeciw Drowi *Y*.

3. Przewodniczący zawiadamia, że na pismo Izby zarządzającej, by przyłączyć się do mającej się wnieść petycyi do Rady Państwa, zmierzającej do objęcia ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych także i lekarzy kasowych, dał, z powodu nagłości sprawy, telegraficznie odpowiedź przychylną. Wydział uznając powody, przyjmuje do wiadomości zarządzenie prezesa.

4. W sprawie zaproszenia na Zjazd delegatów towarzystw i Izb galicyjskich, mający się odbyć we Lwowie 4 maja b. r., którego celem jest omówienie kwestyi przystąpienia do instytucyi zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach przy Związku towarzystw lekarskich (*Vereins-Verband*) w Wiedniu, wywiązuje się ożywiona dyskusya, poczem Wydział uchwala: *a*) Starać się, by Izba do wyżej wymienionego Związku przystąpiła; *b*) zgodzić się na to, by utworzyć się mająca Komisya Krajowa, której zadaniem rozdawnictwo i zarządzanie funduszami, przeznaczonymi dla Galicyi, miała siedzibę przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich we Lwowie, by jednak w skład tej komisyi wchodzili także delegaci innych korporacyj, względnie delegat Izby zachodnio-galicyjskiej: *c*) wysłać na Zjazd do Lwowa Drów Trzebickiego i Kwaśnickiego, jako delegatów Izby.

5. Nad prośbą Stowarzyszenia studentów medycyny w Wiedniu o zapomogę przechodzi się do porządku dziennego.

6. Kilku Kolegom odpisano dawne zaległości.

7. Załatwiono prośby o uwolnienie od wkładek.

8. Pani F. wdowie po lekarzu przyznano zapomogę w kwocie 200 K.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14. maja.

* *Od prof. Rydygiera, prezesa Zjazdów chirurgów polskich, otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie:*

XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się 13 i 14, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 15 lipca, bieżącego roku, w Klinice chirurgicznej w Krakowie.

Zapraszamy jak zwykle wszystkich kolegów, którym powodzenie i postęp chirurgii wogóle, a chirurgii polskiej szczególnie, leży na sercu.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi stawiamy według uchwały ostatniego Zjazdu:

1 Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych. Reff. koll. Kader (Kraków) i Pruszyński (Warszawa).

2. Leczenie doszczętne przepuklin. Ref. Dr. Hordyński, starszy lekarz sztabowy.

Wobec powyżej wymienionych tematów spodziewamy się, że i Koledzy interniści licznie zechcą wziąść udział w naszych obradach, do czego serdecznie ich zapraszamy. — Życzyć należy, żeby operacye na drogach żółciowych, które u innych narodów tak często bywają wykonywane, nareszcie i u nas zyskały należyte zaufanie, a cieszylibyśmy się, żeby do tego przyczyniły się właśnie nasze Zjazdy, podobnie, jak to się stało z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Posiedzenia odbywać się będą od 9—1 godz. przed poł. i od 2—4 godz. po poł.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od godz. 8—9 zwiedzanie Kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza.

Chorych, przeznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty, przyjmuje Klinika chirurgiczna w Krakowie.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się Wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do Kliniki chirurgicznej.

L. Rydygier, prezes Zjazdów chirurgów polskich.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Eisenberg miał wykład: „O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego".

* Wydział lekarski U. J mianował asystentami profesora kliniki lekar. krakowskiej: I. Dr. Józ. Latkowskiego, II. Dr. Kazim. Flisa i III. Dr. Erwina Mięsowicza.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich w Uniw Jagiell. otrzymał Józef Schlank.

* Magistrat m. Krakowa zarządził bezpłatne szczepienie limfą ochronną. Odbywać się ono będzie przez lekarzy miejskich w środy i soboty od godziny 4-tej popoł. i potrwa od 15 maja do końca lipca. Dla obwodu I-go szczepienie odbywać się będzie przy ul. Karmelickiej L. 49; dla obwodu II-go przy placu św. Ducha L. 3; dla obwodu III-go w Szkole przy placu Wolnica.

* Izba lekarska wiedeńska zawiadomiła Izbę zachodnio-galicyjską o zorganizowaniu się Związku lekarzy kolejowych, do którego przystąpili lekarze kolei północnej, południowej i Towarzystwa kolei państwowej.

* Obawy wyrażone przez redakcyę »La Semaine médicale«, że organizacya XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego nie daje rękojmi powodzenia jego działalności naukowej, ziściły się w całej pełni. Wszelka dążność do zebrania materyału odczytowego, w celu odtworzenia całokształtu pracy naukowej Kongresu, była wprost uniemożebnioną przez niedbały i nieprzewidujący zarząd, a tem samem i o wyczerpującem sprawozdaniu z Kongresu madryckiego nie może być mowy.

Również wadliwie funkcyonowało »Biuro administracyjne«; nieład i brak dostatecznej liczby personalu narażały członków Kongresu na stratę czasu i wszelkiego rodzaju przykrości.

Wspaniałe przyjęcia, uroczystości, gościnność i rozrywki, które znakomicie powiodły się, nie zrównoważą ciężkich usterek w organizacyi działalności naukowej Kongresu i nie zatrą cierpkiego wrażenia, jakie kongresiści wywieźli z Madrytu. Ufajmy, że lekarze portugalscy, którzy widzieli w Madrycie, jak kongresów urządzać nie należy, zrehabilitują w tym względzie w r. 1906 opinię półwyspu Iberyjskiego.

* II-gi międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbył się między 20 a 22 kwietnia w Madrycie. Związek ten ostatecznie został ukonstytuowany, a statut uchwalony. Prezesem związku wybrany został 4 głosami na 7 wyborców Dr. Cortezo z Madrytu.

* Dr. M. Mendelsohn, prof. medycyny w Berlinie, został zawieszony w urzędowaniu profesorskiem do ukończenia dochodzeń, spowodowanych skargą dziewczyny histeryczki.

* Między 22 a 28 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (2 gm.), buczackim (1 gm.), dobromilskim (3 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (2 g.), lwowskim (2 g.), myślenickim (1 g.),

nadworniańskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), przemyskim (2 g.), przemyślańskim (1 g.), przeworskim (5 g.), rawskim (1 g.), rudeckim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (4 g.), stanisławowskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (2 g.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (2 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVI (19—25—IV). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 38, zmarło osób 33, mianowicie: z gruźlicy 5 (1 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z płonicy 1 (zam.), z cholery niemowląt 2 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Lissauer za swe prace z dziedziny antropologii otrzymał tytuł profesorski. Docenci: Sobotta i Müller mian. prof. nadzwyczajnymi w Würzburgu. Prof. honorowy otyatryi Dr. Schwartze mian. prof. zwyczajnym. Doc. Lorenz mianow. prof. zwyczajnym patologii i terapii w Gracu. — Doc. Knauer mian. zwyczajnym prof. ginekologii w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. N. Flinder — w Lublinie. Dr. Antoni Izdebski — w Sebastopolu.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 9. Grudziński: O rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką a histeryą (dok.). Świeżawski: Kąpiele i łaźnie w dawnej Polsce.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 5. Herman: W sprawie podwiązywania moczowodów. Szumski: Ropne zapalenie opłucnej wyleczone sposobem K. Israela. Chłapowski: Pomoc zoologii w rozpoznawaniu niektórych nagminnych chorób i zapobieganiu im.

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. Ciechomski: W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego. Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy (c. d.). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Wąsowicz: Historya I Zjazdu balneologicznego. Nartowski: Światło i jego działanie lecznicze (dok.). Pełczar: Kilka uwag o potrzebie organizacyi lekarzy zdrojowych.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 169. Keller: Pielęgnowanie pępka u noworodków w praktyce (przetłómaczył z niemieckiego Dr. Lewenstein).

— *Medycyna* Nr. 18. Saks: Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać? Pisarzewski: Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18. Crha: Léčeni vlákninového zánětu plic kreosotalem (dok.). Brabec: O empyemu dutiny čelni (c. d.). Haussman: Pokus o nový způsob operativniho léčeni pištěli měchýřopochvových. Srdinko: O differencováni pohlavi a dědicnosti u clověka a zviřat.

— *Sbornik klinický* Nr. 4. Kulwirt: Cysta dermoidalni kořene nosu. Vitek: Svalové atrofie u hemiplegisků. Lhota: Icterus při zánětech slepeho střeva. Roháč: Poznamky o prognose při tabes dorsualis. Heveroch: O některých vzácnějšich formách afasie. Šamberger: O nemocněni svalů následkem gonorrhoické infekce.

— *La Presse médicale* Nr. 35. Trousseau: Leczenie zezowatości. Mantoux: Różnorodność oddziaływania skóry. Oddziaływanie skóry po spożyciu kawy.

— Nr. 36. Vaquez i Laubry: Hemodyagnostyka w chirurgii. Mahé: Co lekarz może i powinien zrobić z odontologii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Böhler: Uwagi kliniczne nad guzami nerek, zwłaszcza nad złośliwymi nabłoniakami tego narządu. Hofbauer: Wpływ naparstnicy na oddechanie w chorobach serca. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o samoistnej postępującej niedokrewności złośliwej. Zumbusch: Wytwarzanie i odbarwianie wiscyny. Blum: Dalszy przyczynek do nauki o biodrze szpotawem spastycznem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Bial i Huber: W sprawie wydzielania kwasu glukuronowego. Lücke: Zapalenie gruźlicze otrzewnej z niedrożnością jelit. Malade: Wól połogowy. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (c. d.). Oppenheim: Ogólne zapalenie mięśni (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. Ebstein: O wczesnym nawrocie w włóknikowem zapaleniu płuc. Landsteiner i Jagic: O związkach i powstawaniu ciał uodporniających. Meyer: O kilku przypadkach wstrzymanego rozwoju nerki. Wolf: Przyczynek do etyologii raka przełyku. Segeli: Obustronne porażenie mięśnia odprowadzającego oko i boczne porażenie ruchów gałki ocznej. Schilling: W sprawie nawrotowego porażenia nerwu okoruchowego. Menzel: Leczenie zapadających się skrzydeł nosowych przy oddechaniu. Sack i Veith: Antrasol — oczyszczona i bezbarwna smoła i jego wartość lecznicza. Cuno: Stałe tubusy i pełne kaniule przy utrudnionej dekaniulacyi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Gotschlich. Znajdowanie się pierwotniaków we krwi chorych na dur osutkowy. Karewski: Wywoływanie sztucznych zrostów opłucnowych w celach chirurgicznych. Weber: Pierwotne ostre rozmiękczenie kości kręgosłupa. Rössler: Wolumetryczne oznaczania białka w moczu. Spengler: Torakoplastyka i odkażanie jam w suchotach płucnych. (dok).

Redakcya otrzymała. K. W. Majewski: Alphabetisch geordnete Darstellung der Behandlungsmethoden, welche in der k. k. Universitäts-Augenklinik des San.-Rates prof. Wicherkiewicz in Krakau im Gebrauch sind.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 20 maja, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem koł. Dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowej postaci chorobowej, t. zw. durze rzekomym“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 23 Maja 1903. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O podstawowych własnościach soku trzustkowego *).

Podał

Doc. Dr. Popielski.

Jednocześnie z pracą moją, ogłoszoną w Nrze 18 „Przeglądu lekarskiego“, wyszła w *Comptes rendus de la Société de biologie* (Nr. 13 z 10-go kwietnia 1903 roku) rozprawa PP. Delezenne i Frouin p. t. *Nouvelles observations sur la sécrétion physiologique du pancréas. Le suc pancréatique de bovidés.*

Badacze ci, powołując się na moją rozprawę, umieszczoną w Nrze 35 r. 1902 „Russkiego Wracza“: *„O celowości w czynności trzustki i gruczołów trawiennych“*, wypowiadają swoje zdanie z powodu faktu, wykrytego przeze mnie i przez nich, że sok trzustkowy, otrzymany przy użyciu kaniuli, nie posiada zdolności trawienia białka: „Fakt ten najzupełniej zmienia klasyczne poglądy co do własności proteolitycznych soku trzustkowego, (wyrażających się w trawieniu białka), poglądy, wynikające z prac Heidenhaina, oraz licznych poszukiwań Pawłowa i jego uczniów. Doświadczenia szkoły Pawłowa o celowem przystosowaniu się trzustki do rodzajów pokarmu, tak napozór przekonywające, utraciły swoją wartość“. W tejże pracy Delezenne i Frouin przytaczają spostrzeżenie Glaessnera Towarz. lekar. berlińskie, 9 marca, 1903 r.), który przekonał się, że sok trzustkowy, otrzymany z trzustki jednej kobiety (podczas operacyi na drogach żółciowych) zapomocą sondy *à demeure*, wprowadzonej do przetoki Wirsunga, nie posiadał wcale zdolności trawienia białka.

Delezenne i Frouin, oprócz doświadczeń przeprowadzonych na psach, które karmili w ciągu całych miesięcy rozmaitymi pokarmami i które sok trzustkowy (otrzymany zapomocą kaniuli) okazał się zawsze nieczynny, wykonali doświadczenie na krowie, której założyli przetokę według metody Heidenhain-Pawłowa; sok zebrany zapomocą kaniuli zupełnie nie zmieniał białka, które jednak po dodaniu do soku trzustkowego niewielkiej ilości soku kiszkowego bardzo szybko się przetrawiało.

Zatem teoretyczny wniosek, wyprowadzony przeze mnie na zasadzie krytycznego rozbioru prac prof. Pawłowa, został rozstrzygająco potwierdzony doświadczalnie. Okoliczność ta jednak bynajmniej nie oznacza, że prace znakomitego rosyjskiego fizyologa, prof. Pawłowa, utraciły znaczenie, jak się wyrażają francuscy badacze (D. i F.); przeciwnie, wykonane według jednej przewodniej myśli, doprowadziły do badań, których wyniki mają ogromne znaczenie biologiczne. Prawda, wyniki tych prac znajdują się w zupełnej sprzeczności z wynikami prac prof. Pawłowa; jednak dzięki tym ostatnim wytworzyła się potrzeba dalszych badań i możność zdobycia ważnego faktu naukowego.

*) *Post-scriptum* niniejsze otrzymała Redakcya już po wydrukowaniu artykułu Szanownego autora w Nrze 18 tym »Przegl. lekarsk.« Ze względu na doniosłość wyników badań Dra Popielskiego i całej jego polemiki ze szkołą prof. Pawłowa, umieszczamy to uzupełnie. nie na tem miejscu.

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali

Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,

docenci chorób wewnętrznych.

(Ciąg dalszy).

III.

Zanim się zastanowię nad składem moczu w nieżycie miedniczek nerkowych, poświęcę parę uwag sprawie samej funkcyi oddawania moczu w przebiegu tej choroby.

Według zdania większości klinicystów (Ultzmann[6]) i inni) przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych, nie powikłany zapaleniem cewki moczowej, nie wywołuje częstszego moczenia. Nasze spostrzeżenia wykazują jednak, że częstsze oddawanie moczu może występować odruchowo i w stanie zdrowym cewki moczowej (Spostrz. IV, V). Najlepiej udowadnia to nasze spostrzeżenie (IV), dotyczące chorego, który nigdy nie przebywał rzeżączki, nieżytu zaś miedniczek nerkowych nabawił się po spadnięciu z konia, więc drogą urazu. Spostrzeżenia nasze zostały pod tym względem potwierdzone w ostatnim czasie przez Fiłatowa[12]), Israela[1]), Senatora[3]) i innych. Oprócz częstszego oddawania moczu spostrzegamy nieraz w nieżycie miedniczek nerkowych palenie a nawet ból w cewce moczowej; najczęściej to występuje u chorych, którzy przebywali przedtem rzeżączkę.

Co się tyczy składu moczu, to Ultzmann[6]), Rosenstein[3]), Fürbringer[7]) i inni utrzymują, że zwiększenie dobowej ilości moczu jest objawem cechującym dla nieżytu miedniczek nerkowych, tłómacząc to zjawisko przekrwieniem nerek i obniżeniem ciężaru właściwego. Nasze spostrzeżenia wbrew tym zapatrywaniom wykazują, że w przeważnej liczbie przypadków nieżyt przebiega bądź z umiarkowanem wzmożeniem oddawania moczu, trwającem mniej więcej czas dłuższy, lub bądź też z obfitem, lecz krótkotrwałem (Spostrz. III, IV, VI). Zwiększenie dobowej ilości moczu bywa prawie zawsze poprzedzane wzmożeniem bolów w odpowiedniej okolicy nerkowej i nieraz występuje jednocześnie z wydzielaniem w moczu znacznej ilości śluzu, lub ropy. Podczas zaś nasilenia bolów w okolicy nerkowej

dobowa ilość moczu prawie zawsze znacznie się obniża. Wynika więc z tego, że w nieżycie miedniczek nerkowych można odróżniać 2 okresy: okres zmniejszonej ilości moczu, nieraz do 300—500 sz. ctm., współistniejący zwykle z zaostrzeniem sprawy zapalnej i okres następowego znacznego zwiększenia, dochodzącego nieraz do 4—5 litrów moczu na dobę (Spostrz. IV, VI). Wahania ciężaru właściwego odpowiadają zmianom w ilości moczu.

Oddziaływanie świeżego moczu w nieprawidłowym nieżycie miedniczek nerkowych jest według naszych spostrzeżeń wybitnie kwaśne; w razie przejścia nieżytu miedniczek na pęcherz moczowy odczyn może stać się słabo kwaśnym, obojętnym, lub wreszcie zasadowym (W. Orłowski[16]); w większości jednak przypadków odczyn moczu w nieżycie pęcherza moczowego, jak wykazali Krogius[17]), Morelle[18]), Melchior[18]), W. Orłowski[16]) i inni, jest również kwaśny. Lecz i w nieżycie miedniczek nerkowych, nie powikłanym z nieżytem pęcherza moczowego, oddziaływanie moczu może w wyjątkowych razach, wbrew zdaniu Rosenfelda[19]), być zasadowe (Casper[20]). Podobna okoliczność zdarza się najczęściej w tak zw. *coli-pyelitis* Baginskyego, w tych bowiem nieżytach mocz zawiera oprócz lasecznika okrężnicy inne drobnoustroje, rozkładające mocznik już w miedniczkach nerkowych.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że 3 ważne objawy nieżytu miedniczek nerkowych: zwiększenie ilości moczu, obniżenie ciężaru właściwego i mocno kwaśne oddziaływanie, nie są stałe i nie zawsze uwydatniają się tak, jak to utrzymuje większość klinicystów.

Nasze spostrzeżenia wykazują, że znacznie częstszym i stalszym jest inny objaw w nieżycie miedniczek nerkowych, mianowicie zwiększenie ilości śluzu w moczu (Sp. III, V, VI). Lecz i pod tym względem spotykamy zwykle pewną okresowość. Zwyczajnie bywa tak, że podczas okresu zaostrzenia ilość śluzu w moczu obniża się i staje się nawet prawidłową (Spostrz. II, IV); po skończeniu zaś tego okresu nasilenie znów wzrasta (Spostrz. IV, VI). Wahania w ilości śluzu mogą być nieraz wykazane już w ciągu jednej doby, jeśli zbierać mocz przy każdem moczeniu chorego do osobnego naczyńka. Niekiedy jednak ilość śluzu odrazu podnosi się w znacznym stopniu bez widocznego zaostrzenia sprawy zapalnej w miedniczkach nerkowych (Spotrz. II i IV). W każdym razie obecność śluzu w moczu nieraz w znacznej ilości jest jednem z cechujących i stalszych zjawisk, w wielu zaś razach przedstawia jedyną zmianę chorobową, którą się stwierdza w moczu cierpiących na przewlekły nieżyt miedniczek nerkowych. Wobec tego nie podobna, wbrew zapatrywaniom klinicystów, nie uznać doniosłego znaczenia rozpoznawczego tego objawu, nawet w tych przypadkach, w których zwiększone wydzielanie się śluzu nie jest połączone z jednoczesnem wydzielaniem się ciałek ropnych.

Według naszych spostrzeżeń domieszka ropy w moczu w nieżycie miedniczki nerkowej jest objawem niestałym: mocz w tej sprawie chorobowej może zupełnie nie zawierać ciałek ropnych, nawet w ciągu dłuższego czasu (Sp. IV); niekiedy zaś komórki ropne zjawiają się nagle, najczęściej po ukończeniu napadu bolów i szybko znów znikają (Spostrz. II, III, V, VI). Wbrew więc poglądom innych klinicystów domieszkę ropy w moczu uważamy za objaw mniej stały i mniej pewny, niż obecność śluzu.

Obecność krwinek czerwonych w moczu jest uznawaną również za jeden z ważnych objawów nieżytu miedniczek nerkowych, chociaż nie pierwszorzędny. Jakkolwiek można *à priori* przypuszczać ich obecność w moczu podczas nasilenia sprawy zapalnej, jednak spostrzeżenia nasze wykazują, że krwinki czerwone zjawiają się w moczu w przewlekłym nieżycie miedniczek nerkowych nadzwyczaj rzadko, częściej już w przypadkach ostrych, zwłaszcza powstających przy istnieniu kamicy nerkowej (Spostrz. IV). W tych razach przedstawiają się one zwykle w kształcie tak zw. *Blutschatten Traube.*

Rosenstein[8]), Ziernow[11]) i inni uważają za nieomylną oznakę nieżytu miedniczek nerkowych obecność w moczu tak zw. nabłonka miedniczek nerkowych. Poglądu tego jednak nie podziela większość klinicystów (Eichhorst[21]), Ultzmann[6]), Ebstein, Fürbringer[7]), Fischl[10]), Senator[3]), Sehrwald[22]) i inni), wskazując na niemożliwość odróżnienia go od nabłonka, pochodzącego z głębszych warstw pęcherza moczowego. Metoda Memelsdorfa[23]), polegająca na uwzględnieniu stosunku wielkości komórek nabłonkowych, pochodzących z różnych odcinków dróg moczowych, do ropnych ciałek, nie może być, jak łatwo zrozumieć, pomocną w tem rozpoznaniu, jak sądzi Memelsdorf. Pomimo to spostrzeżenie nasze, jak również Caspera[20]), Holländera[42]) i innych, wskazują, że ten nabłonek może nie znachodzić się w moczu nawet w niewątpliwych przypadkach nieżytu miedniczek nerkowych. Tę samą zasadę należy stosować i względem tak zw. *Papillenpröpfe,* które przedstawiają, zdaniem Holländera, znamienny objaw nieżytu miedniczek nerkowych. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że te *Papillenpröpfe* mogą być wykazane w moczu, zawierającym ropę, w przypadku nieżytu pęcherza moczowego, nie powikłanego z nieżytem miedniczek nerkowych (Casper).

Większość klinicystów wreszcie zalicza do stałych objawów nieżytu miedniczek nerkowych obecność w moczu białka i wałeczków szklistych; białko ma wydzielać się z moczem w stosunkowo większej ilości, niżby tego należało oczekiwać, wnosząc z ilości ropy i krwinek czerwonych w moczu. Taki stosunek ma być objawem bardzo znamiennym. Poczyniono nawet usiłowania, ażeby przedstawić ten stosunek matematycznie w liczbach. Po pierwszych próbach Schweikerta, ucznia Leubego, podobną formułę miał ustanowić Goldberg[25]). Używając Posnerowskiej metody obliczania komórek ropnych w moczu, wykazał on, że jeśli w 1 sz. ctm. moczu znajduje się 50.000 komórek ropnych, to ilość białka nie powinna przewyższać 0,1% (wogóle rzekomy białkomocz nie przewyższa, według Goldberga, tej liczby); w razie zaś znajdowania się w 1 sz. ctm. moczu 100—10000 ciałek ropnych, zwykle używane odczyny dla wykazania białka mają dawać z przesączem moczu wyniki ujemne. Większa stosunkowo zawartość białkanów wykazuje, zdaniem Goldberga, oprócz rzekomego, jeszcze i rzeczywisty białkomocz, polegający w nieżycie miedniczek nerkowych na przekrwieniu nerek. Wyniki badań Goldberga zostały wkrótce obalone przez W. Orłowskiego[16]).

Rosenfeld[19]) uważa wydzielanie się w moczu znacznych ilości białka za objaw, cechujący nieżyt miedniczek nerkowych. Z jego spostrzeżeń wynika, że największa ilość białka w moczu nawet w silnym nieżycie pęcherza moczowego nie przekracza 0,1—0,15%; w nieżytach zaś miedniczek nerkowych ilość białka jest 2—3 razy wyższa, niż

w nieżycie pęcherza moczowego o temże natężeniu. Badania W. Orłowskiego[16]) jednak nie potwierdziły tych wyników Rosenfelda. — Reinecke[26]) i Casper[20]) wykazali dalej, że i w niepowikłanym nieżycie pęcherza nieraz spostrzega się wydzielanie się znacznej ilości ropy i białka i odwrotnie, nieżytowi miedniczek nerkowych może towarzyszyć niewielki białkomocz (Senator[3]). Nasze spostrzeżenia wykazują wreszcie, że nieżyt miedniczek nerkowych może przebiegać zupełnie bez białkomoczu: u spostrzeganych przez nas chorych często stwierdzaliśmy nieżyt miedniczek bez białkomoczu (Spostrz. II, VI), lub z białkomoczem, który występował tylko czasowo i był nieznaczny (Spostrz. I, IV, V).

Kończąc uwagi nad zachowaniem się moczu w nieżytach miedniczek nerkowych, dorzucimy jeszcze parę słów o tak zw. *pyelitis calculosa*. Wbrew Leubemu[27]), który rozpoznaje tę sprawę tylko wtenczas, gdy w moczu wykryje żwir lub piasek, spostrzeżenia nasze wykazują, że choroba ta może być rozpoznaną z wielkiem prawdopodobieństwem i w razie niewykazania w moczu kamyków, mianowicie w tych przypadkach, w których chorzy miewają silne napady typowej kolki nerkowej, a w moczu badanie nie wykrywa ani wzmożonej ilości śluzu, ani ropy, które sprowadzałyby napady przez zatkanie moczowodu. Jeśli w takim przypadku badanie nie wykaże opadnięcia nerki, wywiady nie wskazują na przebytą rzeżączkę i od czasu do czasu zjawiają się w moczu krwinki czerwone, chociażby bardzo skąpe, to przypuszczenie *pyelitis calculosa* nabiera jeszcze większej pewności. Rozpoznanie może być również ułatwione, jak wnosić należy z nowszych spostrzeżeń, przez badanie promieniami Röntgena.

Z tego, cośmy dotychczas powiedzieli, wynika, że zwykłe badanie moczu przysparza nam w wielu przypadkach przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych zbyt mało wskazówek rozpoznawczych. Rzecz zrozumiała, że i cewnikowanie moczowodów, do którego przywiązywano tyle nadziei, jest w tych przypadków bezowocnem (Israël[1]), Pinner[28]) i inni).

Na ile wyniki cewnikowania mogą być mylne, najlepiej świadczy spostrzeżenie Gersunyego[29]), który, otrzymawszy z jednej nerki metodą cewnikową mocz przeźroczysty o własnościach prawidłowych, wyciął nerkę drugą, zajętą przez sprawę ropną; gdy w kilka dni po operacyi chory umarł, okazało się, że i druga nerka była prawie całkowicie zniszczona ropniem, z wyjątkiem jednej piramidy, która wydzielała prawidłowy mocz.

Staje się więc zrozumiałem, dla czego klinicyści, którzy zwracają uwagę wyłącznie na własności moczu, zaliczają nieżyt miedniczek nerkowych do spraw, niedostępnych dla rozpoznania. Z tego powodu badanie nieżytu miejscowe, dążące do oznaczenia bolesności okolicy nerkowej, ma nadzwyczaj ważne znaczenie kliniczne

IV.

Nim jednak orzeczemy o istnieniu nieżytu miedniczek nerkowych na postawie bolesności okolicy nerkowej, wykazanej w sposób wyżej opisany, musimy poprzednio wykluczyć szereg schorzeń, które wywołują podobneż bole. Przedewszystkiem należy pamiętać o macinnictwie i niedomodze nerwowej. W tych jednak postaciach chorobowych znajdujemy wzmożoną pobudliwość całego układu nerwowego wogóle; bole nie odznaczają się ścisłem umiejscowieniem, co jest znowu cechującem dla nieżytu miedniczek nerkowych; występują one nieraz silniej przy badaniu powierzchownem, niż przy głębszym ucisku i t. d. W niektórych jednak rzadkich przypadkach mogą występować silne bole neuralgiczne, ograniczone ściśle do okolicy nerkowej (Senator[3]), Klemperer[30]) i inni). Podobne bole opisał pierwszy Raynaud[13]) w wiądzie rdzenia i nazwa je *„crise néphrétique"*; inni autorowie nadali im miano *„nephralgia"*. Nie wszystkie jednak z tych spostrzeżeń są bez zarzutu pod względem rozpoznawczym; w niektórych bowiem przypadkach powstanie tych bolów było poprzedzane przez nieprawidłowości ze strony pęcherza moczowego, lub w składzie chemicznym moczu, co naprowadza na podejrzenie, czy też nie było w tych przypadkach zaostrzenia przewlekłego nieżytu miedniczek nerkowych; w innych zaś spostrzeżeniach, uznawanych pierwotnie za rwę nerkową *(nephralgia)* wobec braku zmian w miedniczkach, stwierdzonego podczas operacyi, dalszy przebieg wykrywał znaczne zmiany w początkowym odcinku moczowodu, które mogły od czasu do czasu utrudniać odpływ moczu (Israël). Niewątpliwie jednak zdarzają się przypadki silnych bolów w okolicy nerkowej, w których badanie, wykonywane przez dłuższy przeciąg czasu, nie wykrywa żadnych zmian w moczu. Bole te mogą być wytłómaczone tylko skurczowym stanem miedniczek nerkowych. Podobne przypadki spostrzegał i jeden z nas (A. Fawicki). Od nieżytu miedniczek nerkowych różnią się one prawidłowym składem moczu.

Przy gośćcowem zajęciu mięśni brzusznych bolesność występuje najwyraźniej (odwrotnie, niż w nieżycie miedniczek nerkowych) przy ucisku i ugniataniu mięśni, lecz nie narządów, leżących głęboko (nerki); bolesność jest więcej rozlaną i występuje również i w mięśniach oddalonych, np. w mięśniach kończyn.

Postrzał *(lumbago)* odznacza się b. silnymi bolami w okolicy lędźwiowej kręgosłupa; bolesność może występować i w okolicach nerkowych, lecz tu jest znacznie słabszą; w nieżycie miedniczek nerkowych ból umiejscowia się przeważnie w jednej okolicy nerkowej; jeśli zaś występuje z obydwóch stron, to jest nierównomierny.

Ograniczone zapalenie otrzewnej w okolicy zgięcia śledzionowego lub wątrobowego może w początkowym okresie przyprowadzać na myśl nieżyt miedniczek nerkowych; w zapaleniu otrzewnej jednak występuje silne skurczowe napięcie mięśni brzusznych, które w zapaleniu miedniczek nerkowych może przydarzać się również lecz w znacznie słabszym stopniu; oprócz tego w tej sprawie występuje na pierwszy plan bolesność podczas opukiwania okolicy nerkowej z tyłu. W wybitnych przypadkach zapalenia otrzewnej różniczkowanie staje się już zbyt łatwem.

Innych spraw chorobowych, wywołujących bole o cechach, podobnych do bolu w nieżycie miedniczek nerkowych (choroby wątroby, jelit, śledziony, płciowych narządów kobiecych, zapalenie przy- i onerkowe i t. d.), rozstrząsać na tem miejscu nie będziemy; różniczkowe bowiem rozpoznanie ich nie przedstawia wielkich trudności. Zaznaczymy tu jeszcze, że oznaczenie bolesności w okolicy nerek ma rozstrzygające znaczenie w rozróżnieniu nieżytu miedniczek nerkowych od słabo wyrażonego nieżytu pęcherza moczowego i w roz-

poznaniu jednocześnie istniejącego nieżytu tych części dróg moczowych.

Rozstrzygającą również jest bolesność w tych przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych, w których powstają objawy rozpoczynającego się zapalenia opłucnej, mianowicie: przytłumienie odgłosu wypukowego z osłabieniem szmeru pod odpowiednią łopatką i ograniczenie ruchów klatki piersiowej po stronie zajętej. Objawy te, towarzyszące niekiedy nieżytowi miedniczek nerkowych, tłómaczą się tem, że ruchy przepony i odpowiedniego płuca są wskutek znacznych bolów słabsze, jak również tą okolicznością, że mięśnie w okolicy bolesnego ogniska znajdują się odruchowo w stanie silniejszego napięcia, niż po stronie zdrowej (Spostrz. I, II, III, IV).

V.

Streszczając teraz wszystko, cośmy powiedzieli o nieżycie miedniczek nerkowych, przychodzimy do wniosku, że rozpoznanie tej sprawy chorobowej jest w wielu przypadkach, wbrew zdaniu klinicystów, możliwem i dość ścisłem. Znamiennym objawem rozpoznawczym jest bolesność w okolicy odpowiedniej nerki, oznaczona nieraz tylko osobnem badaniem, następnie skłonność do okresowych zaostrzeń choroby, przebiegających często typowo; prawie zawsze zwiększona w moczu ilość śluzu i cechujące wahania ilości moczu, jego ciężaru właściwego i składu drobnowidowego osadu moczowego w różnych okresach choroby. Ze wszystkich tych objawów największą stałością odznacza się bolesność w okolicy nerkowej. Bolesność ta sama przez się nie rozstrzyga jeszcze rozpoznania nieżytu miedniczek nerkowych, gdyż, jak już nadmieniliśmy, towarzyszy ona i niektórym innym chorobom nerek; lecz obecność jej zniewala nas do szczegółowszego zbadania nerek i osobliwszej baczności w wskazanym wyżej kierunku. Istotnie, nieraz drobiazgowe badanie wykrywa w dalszym przebiegu choroby zmiany w moczu, niekiedy tylko chwilowe, które łatwo można było przeoczyć; następnie zaostrzenie choroby, występujące okresami i t. d. Wobec tych nowych danych przypuszczenie nieżytu miedniczek nerkowych staje się pewniejszem, nieomal niewątpliwem.

(Dokończ. nastąpi).

III. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Ciąg dalszy).

Książki szkolne. Jeżeli czytanie niema być dla wzroku szkodliwem, to i książki odpowiadać muszą pewnym wymaganiom higieny. Przedewszystkiem papier ma być nie lśniąco biały i nie błyszczący, lecz z odcieniem bardzo lekko żółtawym, tak gruby, żeby druk nie przebijał z drugiej strony.

Ważną bardzo jest wielkość i wyrazistość druku, który powinien być jednostajnie czarny. Najniższe miary druku są: wysokość liter 1·5 mlm., odległość dwóch liter od siebie 0·5 mlm., odległość dwóch rzędów 2·5 mlm.; najmniejsza grubość głównych kresek 0·25 mlm., największa długość jednego wiersza 100 mlm. Oczywiście, im klasa niższa, tem druk odpowiednio musi być większy, aż do tych wymiarów, jakie widzimy w abecadłach.

Jakkolwiek są to rzeczy bardzo ważne, to za mało zwracają na nie uwagi władze powolane i dla taniości puszcza się w handel książki szkolne, bardzo odbiegające od powyższych zasad. Na tem cierpi nietylko wzrok, ale i sama nauka, bo jeżeli nawet dorosły chętniej i z większą przyjemnością czyta książkę na dobrym papierze, drukowaną ładnemi, wyraźnemi czcionkami, cóż dziwnego, że dziecko odrzuca książkę szkolną, która, pomijając już treść nie zawsze zajmującą, a tak często nużącą jego umysł, odstrasza swem wejrzeniem i sprawia mechaniczne trudności przy czytaniu.

Ze względu na książki, przeznaczone dla dzieci z klas początkowych szkół normalnych, trzeba brać w rachubę także różnicę między sposobem czytania dziecka, a człowieka dorosłego. Temu ostatniemu przychodzi czytanie całych wyrazów o tyle łatwiej, że przy ogromnej wprawie, nabytej przez całe lata, nie potrzebuje on już tak dokładnie widzieć każdej z osobna litery, które wyraz składają, bo rzuciwszy tylko okiem i zobaczywszy kilka początkowych liter, domyśla się reszty. W ten sposób przeczyta on łatwiej i prędzej słowa nawet tak niewyraźnie drukowane, że nie rozpoznałby łatwo poszczególnych ich liter osobno. Przeciwnie dziecko uczące się czytać, albo takie, które jeszcze nie nabyło tej wprawy, jaką ma starszy, musi poznać każdą pojedynczą literę, zanim złoży z nich cały wyraz. Dlatego też dla dzieci, zaczynających dopiero czytać, druk musi być bardzo wyraźny, litery duże i odstępy między niemi, jak również między poszczególnymi wierszami większe, niż w książkach przeznaczonych dla uczniów starszych.

Sprawą książek szkolnych zajmował się we Francyi bardzo szczegółowo okulista Javal i postawił taką ogólną zasadę dla starszych uczniów: każda książka, która przy zupełnie dobrym wzroku bez wady refrakcyi, przy oświetleniu świecą o jeden metr oddaloną, nie może być przeczytaną biegle i łatwo w odległości 80 ctm. od oczu, nie nadaje się do użytku szkolnego. Karty geograficzne zaś powinny się dać odczytać w tychsamych warunkach z odległości 40 ctm.

Litery niemieckie są daleko trudniejsze do czytania, niż łacińskie i dlatego może myopia szkolna bywa większą i częstszą w Niemczech, niż w innych krajach. Cohn jest stanowczym przeciwnikiem liter niemieckich; pożądanem więc byłoby zastąpienie druku niemieckiego łacińskim we wszystkich szkołach, w których uczą tego języka. Książki naukowe i większość literackich drukowane są dziś w Niemczech coraz częściej literami łacińskiemi, być może, że już niedługo przyjdą i tam do przekonania, że niema racyi psuć ludziom oczy innym drukiem dla szowinizmu narodowego.

Pisanie. Przy pisaniu oczy nie powinny być bliżej papieru, niż 30—25 ctm. Dzieci, uczące się pisać, z powodu technicznych trudności, jakie im to sprawia, przybliżają prawie zawsze za nadto głowę, a jeżeli się na to zaraz w samych początkach nie uważa, przechodzi to w przyzwyczajenie, od którego oduczyć potem nie tak łatwo. Przybliżanie takie zmusza do silnego pochylania głowy ku przodowi, co wywołuje ucisk żył szyjnych, a przez to utrudnienie odpływu krwi z głowy i oczu, dając powód do bolów głowy, a według Dransarta także do powstawania krótkiego wzroku. Oprócz tego zbyt wielkie zbliżenie oczu zmusza do wysilku akomodacyi, który jest także jednym z czynników,

wywołujących krótki wzrok. Rodzice więc w domu, a nauczyciele w szkołach, powinni uważać na pozycyę ucznia przy pisaniu i nie pozwalać na zbytnie pochylanie głowy [1]), jeżeli zaś uczeń inaczej nie widzi dobrze, dowodzi to jakiejś wady wzroku, którą należy zbadać i ewentualnie poprawić. Ale i tu, jak na każdym kroku, higiena musi potrącać o kwestye społeczne; czyż bowiem może tego wszystkiego dopilnować nauczyciel, mający zbyt wielką liczbę uczniów w klasie, sam przeciążony pracą i źle płatny, który godziny nauki musi uważać jako ciężką pańszczyznę, odrabianą niechętnie i bez zapału, aby tylko wyżyć.

Aby przy pisaniu ułatwić uczniom zachowanie odpowiedniej postawy ciała, która oprócz dla wzroku ważną jest także ze względu na powstające przy złem trzymaniu się skrzywienia kręgosłupa, domaga się ogół higienistów na podstawie bardzo szczegółowych i mozolnych studyów Berlina dwóch rzeczy. Albo zastąpienia pisma skośnego prostem, to jest takiem, przy którem zeszyt leży zupełnie prosto tak, że dolny jego brzeg jest równoległym do brzegu stołu, za czem oświadcza się głównie Cohn i wielu francuskich lekarzy; albo pozostawienia jak dotąd pisma skośnego, ale pod warunkiem, żeby zeszyt leżał przed środkiem ciała piszącego tak ukośnie, aby linie, na których się pisze, biegły od lewej strony i od dołu ku stronie prawej i ku górze pod kątem 30 do 40 stopni w stosunku do brzegu stołu. Przytem wszelkie wzory niewyraźne lub małe powinny być odrzucone.

Pisanie szyferkiem na czarnej tabliczce jest zdaniem Fuchsa złem, bo tabliczka zawsze rzuca pewien odblask, a prócz tego wyrazistość pisma na niej w porównaniu z wyrazistością liter, pisanych czarnym atramentem na papierze, ma się jak trzy do czterech. Z tego samego powodu zaleca Cohn tabliczki białe, na których pisze się specyalnie w tym celu sporządzonym ołówkiem.

Wogóle ważnem jest, aby nie przeciążać uczniów długą i niepotrzebną pisaniną. Wszelkie przepisywania po 100 razy „za karę“, ulubione przez pedagogów starej daty, powinny być raz na zawsze zakazane, na co już Arlt swego czasu zwracał uwagę. Nauczyciele w szkołach średnich nie powinni się też bawić w wykłady, które każą uczniom notować, gdyż zastąpić je mogą drukowane podręczniki.

Rysunki. Wszystko, co wyżej powiedziano, odnosi się też z pewnemi nieznacznemi modyfikacyami do rysunków, obowiązkowych w jednych szkołach, w innych nadobowiązkowych. Aby nie nużyć czytelnika powtarzaniem mniej więcej tego samego, przypomnę tylko jedno, mianowicie nierozsądny program tych szkół, które urządzają naukę rysunków w godzinach wieczornych. Rysunki, zwłaszcza geometryczne, wymagają bardzo dokładnego widzenia i drobnych nieraz pomiarów, co wszystko odbywać się powinno przy dobrem dziennem świetle, a nie wieczorami, chociażby przy najjaśniejszem sztucznem oświetleniu.

Roboty ręczne. W szkołach żeńskich przybywa jeszcze jeden czynnik, wymagający wysiłku wzroku, a w pewnych razach dla niego bardzo szkodliwy, to jest roboty ręczne. Publiczność, podziwiająca na wystawach szkolnych śliczne i trudne roboty, wykonane przez małoletnie uczennice, nie wyobraża sobie nawet, ile to wysiłku wzroku kosztowało. Przychodzą mi na myśl słowa słynnego okulisty Beera: „Widziałem raz na woreczku do tytoniu wyszyte misternie figurki w tak zwanem *point perle,* piękne jakby miniatury, które podziwiać musiałem zachwycony, dopóki nie pomyślałem o oczach tej biednej pracownicy“.

Myśleć o skasowaniu nauki robót ręcznych niepodobna, bo dla niejednej kobiety stanowić może umiejętność ta jedyny później sposób zarobku. Trzeba tylko zachować miarę, nie zaczynać nauki zbyt wcześnie i nie przeciążać nią, prowadzić lekcye przy świetle dziennem dostatecznem, nie zmuszać tych uczennic, które żyć z robót nie będą potrzebowały do obowiązkowej ich nauki, a bezwzględnie zakazać tym, które mają słaby wzrok, lub często chorują na oczy. Fuchs żąda nadto, aby wszystkie roboty o tyle delikatne i drobne, że zmuszają oczy prawidłowe do zbliżania się na odległość mniejszą niż 35 ctm., były z programu szkolnego stanowczo wykluczone.

Jeżeli niektóre godziny robót nie mogą się odbywać, jak tylko wieczorem, co wogóle powinno należeć do wyjątków, to użytem ma być do oświetlenia światło elektryczne, gdyż jako najwięcej zbliżone do dziennego, najmniej wpływa na zmianę kolorów.

Inne warunki higieniczne. Ponieważ wiele chorób ocznych, w tym wieku powstających, ma przyczynę w złym ogólnym stanie zdrowia, przeto też i ogólne warunki higieniczne w szkołach powinny być jak najlepsze.

Przedewszystkiem przewietrzanie klas musi być częste i dokładne; najlepiej jeżeli są urządzenia takie, które bez przerwy odnawiają zepsute powietrze, gdy ich zaś brak, trzeba koniecznie zarządzić częste dłuższe pauzy, podczas których klasa mogłaby być zupełnie opróżnioną i należycie przewietrzoną. Przewietrzanie tem skrupulatniej ma być przeprowadzone w zimie, gdy palenie w piecach psuje powietrze, lub w szkołach wieczornych, gdzie znów oświetlenie sztuczne wywołuje tosamo.

Do tego zmierzać winno uregulowanie podziału klas na równorzędne oddziały tak, żeby żadna przepełnioną nie była. Javal w dziele swem *Hygiène des écoles primaires* domaga się dla każdego ucznia 1·5 metra powierzchni przy wysokości sali najmniej 3·5 metra.

Także program nauki i rozkład godzin nie są obojętne, równie jak stosunek ilościowy nauki szkolnej do domowej. Pod względem pedagogicznym rozstrzygać tu muszą oczywiście pedagodzy, ale nie wolno im zapominać przytem o względach higienicznych, jak to się bardzo często dzieje. Rady szkolne winny zasięgać przy układaniu programów nauki dla szkół opinii lekarzy i higienistów, liczyć się z nią i do udzielonych wskazówek stosować. Wogóle sfery rozstrzygające w szkolnictwie powinny nie zapominać, że nawet najlepszy pod względem pedagogicznym program musi być odrzuconym, jeżeli nie odpowiada warunkom higienicznym i jeżeli wykonanie go byłoby połączone z uszczerbkiem dla zdrowia.

Koniecznem też jest wprowadzenie obowiązkowej racyonalnej gimnastyki, ćwiczeń i zabaw na wolnem powietrzu z warunkiem, aby te nie były rodzajem karkołomnych cyrkowych popisów. Nie mogą być też one szablonowe, dla wszystkich uczniów jednakie, lecz zastosowane do wieku,

[1]) Dla odzwyczajenia dzieci od pochylania głowy obmyślono cały szereg przyrządów, z których najprostszym i najpraktyczniejszym jest Dürra, składający się z okrągłej gumą powleczonej sztaby żelaznej, przyśrubowanej do stolika na wysokości czoła, na której się głowa opiera i nachylić nie może.

sił i zręczności, a uwzględniające pewne wady, ułomności i choroby jednostek. O rodzaju ich i zastosowaniu dla każdego ucznia z osobna rozstrzygać mają lekarze, z gimnastyką obeznani, a najlepiej, aby sami niemi kierowali, o co nie trudno, bo dziś przy rozwoju towarzystw sokolich i postępie gimnastyki leczniczej, coraz więcej lekarzy zaznajamia się gruntownie z rozmaitemi jej metodami. (Dok. n.).

IV. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Osobną typową postać afazyi opisał Grashey pod mianem afazyi amnestycznej. Wykazał on, że gdy mając mówić, najpierw uczymy się pojmować i wymawiać całe wyrazy, a dopiero później możemy rozłożyć słowo na poszczególne jego części, t. j. zgłoski i litery, to nabywanie umiejętności czytania i pisania odbywa się odwrotnie. Pierwiej poznajemy pojedyncze znaki, które później składamy w zgłoski i słowa. Tak samo, choć bezwiednie, czyta się i pisze sylabizując. Przy mowie potrzeba oprócz bodźców ruchowych jeszcze pamięci obrazów dźwiękowych. Pamięć odgrywa zatem główną rolę w składaniu wyrazu, a wytworzenie pojęcia słownego wymaga pewnego czasu, dla tego niektóre zaburzenia pamięci mogą spowodować zakłócenie mowy. Przy osłabieniu pamięci konkretne pojęcia o przedmiocie i wyobrażenia dźwiękowe wyrazu znikają pierwej z pamięci, nim zdąży się złożyć całe słowo. Chory taki słyszy i rozumie wszystko: mówi, czyta i pisze dobrze. Nie jest jednak w stanie powiedzieć, jak się nazywa przedmiot mu pokazany, gdyż nie posiada dość pamięci, aby inerwować cały wyraz słowny odrazu. Tłómaczy się to w ten sposób, że wyobrażenie przedmiotowe optyczne (*Objectvorstellung*) za słabo jest natężone, albo też, że pobudliwość ośrodka ruchowego mowy obniżona. Przeto wrażenie optyczne nie może odrazu budzić całego obrazu słownego, czuciowego lub ruchowego; chory taki mógłby przedmiot widziany nazwać tylko sylabizując, co znów trafia na tę trudność, że nim dokończy jednej sylaby, zapomni o przedmiocie, gdyż wrażenia zmysłowe bardzo szybko znikają z pamięci takiego chorego. Przypomniawszy sobie przedmiot przez powtórne jego oglądanie, zapomina znów pierwszych liter słowa. Jak długo chory widzi przedmiot, to może sobie pomagać w ten sposób, że patrzy na niego i pisze pierwszą sylabę, potem patrzy znowu na przedmiot i pisze drugą sylabę i tak do końca słowa. Przez to pisanie sylaby po sylabie ustala je, gdyż napisane litery z pamięci już nie znikają i nareszcie wymawia całe słowa napisane. Zamiast doraźnego optycznego obrazu słownego wysuwa się powstający stopniowo piśmienny obraz optyczny, który czytając, chory może łatwo przeobrażać w słowo. Jeżeli się przedmiot przez chorego widziany usuwa i za chwilę znowu mu się go pokazuje, to chory taki nie pamięta, że przed chwilą go widział. Pamięć takiego człowieka jest tak słabą, że nie tylko zapomina to, co dopiero widział, lecz że z pamięci jego znika pierwsza sylaba szukanego słowa, nim potrafi wytworzyć następną. Stąd też pochodzi, że chory taki może czytać słowa pisane, a nie liczby, gdyż pierwsze składa się z liter, ostatnie zaś są znakami, podobnymi do obrazów przedmiotowych. Choroba ta przedstawia właściwie niższy stopień afazyi optycznej, sądzę zatem, że na stan ten stosowniejszą byłaby nazwa „dysfazya optyczna“. Chory Grasheya czytał liczby w ten sposób, że liczył po kolei cały ich szereg, aż doszedł do tej, którą miał odczytać i którą teraz poznał. Dysleksya w przypadku Grasheya pojawiała się w ten sposób, że chory, mając przed oczami całe słowo, odrazu mógł je czytać; widząc jednak pojedynczo sylaby jedną za drugą, nie był w stanie czytać i składać liter do ukształtowania całego słowa. Pamięć ośrodka wzrokowego dla liter, *o*, była zatem osłabiona tak, że chory zapomniał o pierwszej literze, nim spostrzegł drugą; był to więc rodzaj dysleksyi korowej Wernickego (dysleksya centralna Ziehena).

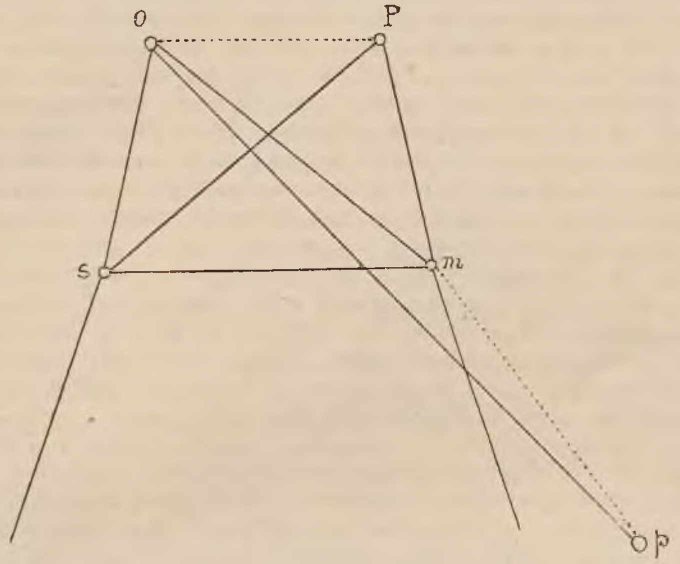
Że w przypadku Grasheya miało się do czynienia z słabością pamięci i jej następstwami, wynika już z tego, że zakłócenie to mowy ustąpiło w miarę coraz więcej postępującej poprawy ogólnej pamięci, dla tego też Grashey nazywa zboczenie to: „afazyą amnestyczną“. Munk tłómaczy te objawy utratą pamięci dla obrazów optycznych.

Oppenheim używa wyrazu „afazya amnestyczna“ dla stanu, w którym percepcya słów jest utrzymana, a tylko zdolność budzenia obrazu dźwiękowego przez pojęcia i możność przypomnienia sobie jakiegoś wyrazu są upośledzone: czuciowy ośrodek słuchowy może być inerwowany drogą dośrodkową przez n. słuchowy, a nie przez ośrodki psychiczne pojęciowe, jako odmiana afazyi sensorycznej. Droga *s-P* jest czynna, odwrotnie *P-s* niesprawna (Objawy jak przy afazyi ruchowej pozakorowej Wernickego).

Arcyciekawe spostrzeżenie Abercrombiego podajemy według słów, przytoczonych przez Picka z francuskiego tłomaczenia Skwortzoffa: „Un gentleman avait cessé de comprendre les mots prononcés, mais entendait très bien les écrits. Comme il dirigeait une ferme, il avait dans sa chambre une liste des mots, qui avaient chance de se rencontrer dans les discours des ouvriers. Quand un de ceux-ci desirait l'entretenir sur un sujet, le gentleman l'ecoutait d'abord sans rien saisir des paroles, sauf le son. Il regardait alors les mots de la liste écrite et toutes les fois, que les mêmes mots écrits frappaient ses yeux il les comprenait parfaitement“. Pick tłómaczy ten przypadek w ten sposób, że chory oczywiście nie tylko brzmienie (*son*), lecz cały wyraz dobrze słyszał, ale nie rozumiał go, jak przy afazyi czuciowej pozakorowej (W.); rozumienie zaś czytanego było możliwe i to w ten sposób, że stacya *s* była sprawna, droga zaś od *s* do *P* nieczynna. Zrozumienie atoli słowa słyszanego po przeczytaniu tego samego słowa odbywało się drogą od *s* przez *o* do *P*, co przemawia za bezpośrednim połączeniem między *o* a *P*. (p. Rys. IV). Ja sądzę, że przypadek ten tłómaczy się lepiej innym sposobem. Droga *s-P* nie była przerwana, ale osłabiona. Bodźce, wychodzące z ośrodka słuchowego *s* nie wystarczyły do inerwacyi tej drogi. Jeżeli zaś do tych bodźców przyłączyły się bodźce z ośrodka wzrokowego do *s*, to te podwójne podniety, sumując się, zdołały pobudzić drogę *s-P* do przewodnictwa i do wywołania pojęcia odpowiedniego słowu słyszanemu i widzianemu. Podobny przypadek opisał Hun, gdzie wszystkie słowa, które chory potrzebował wymówić, odczytywał z tablicy, gdzie były napisane (przytoczony u Bastiana).

Według Oppenheima należy odróżnić następujące

typy afazyi: 1) afazya ruchowa, w której rozumienie mowy utrzymane, mowa samodzielna, czytanie i pisanie w różnym stopniu upośledzone, zależnie od indywidualnych różnic w przewodnictwie między ośrodkami. Ognisko w tylnej części 3-go zwoju czołowego lewego. 2) Afazya czuciowa (af. sensoryczna), w której zdolność rozumienia mowy nie istnieje. Różnice w zdolności mowy mechanicznej i samodzielnej, w pisaniu i czytaniu zależne są od nasilenia i roz-



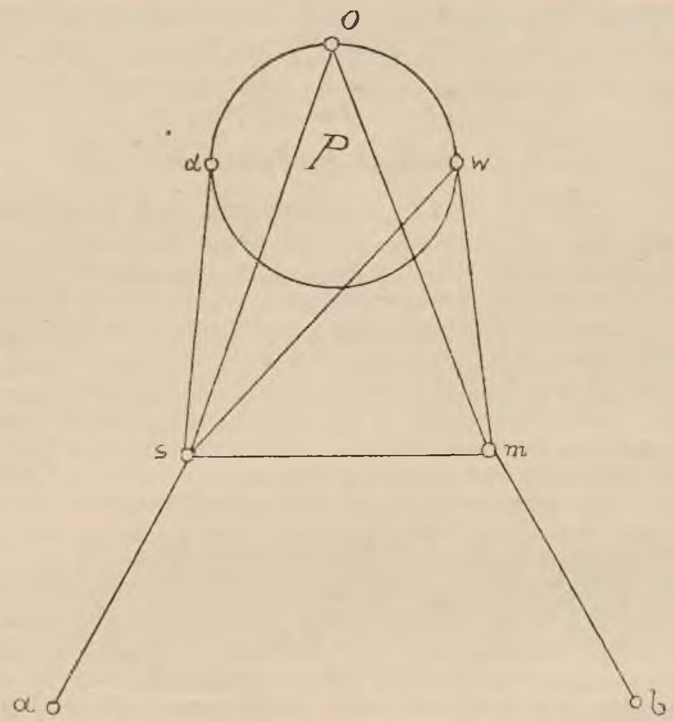
Rys. IV. $P =$ ośrodek imaginacyjny ideacyi czyli pojęcia.

ległości zmian i różnic indywidualnych. Ognisko w pierwszym zwoju lewego płatu skroniowego. 3) Aleksya odosobniona (ślepota wyrazowa) połączona jest z niemożnością czytania, natomiast zdolność pisania albo nie istnieje, albo też utrzymana. W tym ostatnim razie chory może czytać, pisząc (jak w przyp. Westphala, p. niżej), za pośrednictwem wrażeń ruchowo-dotykowych, odczuwanych przy pisaniu. Ognisko w lewym dolnym płacie ciemieniowym; prawdopodobnie uszkodzone włókna kojarzące sferę wzrokową z sferą słuchową czuciową *(o-s) (fasciculus longitudinalis inf.* (p. wyżej). 4) Agrafia odosobniona, w której przerwane jest połączenie między ośrodkami wzrokowym a ruchowym lewym dla pisania. Jeżeli zaś mowa wewnętrzna poprzedza pisanie, to przerwa między ośrodkiem ruchowym dla mowy *m* a ośrodkiem ruchowym dla prawej ręki *p* może być przyczyną agrafii odosobnionej.

Charcot odróżnia postacie afazyi: 1) ślepota wyrazowa (*cecité verbale*), t. j. utrata rozumienia pisma; 2) głuchota wyrazowa (*surdité verbale*), utrata zrozumienia mowy; 3) afazya Broci; 4) agrafia, t. j. utrata pamięci ruchów dla pisania.

Autorowie opisują jeszcze różne postacie głuchoty wyrazowej, których Arnaud nalicza 6. Stanowią one jednak tylko różnice stopniowania tego samego zaburzenia, zależne od stopnia choroby i okresu w jej przebiegu. Między innemi opisuje A. postać pozakorowej niemoty czuciowej, zwanej przez niego: *„surdité mentale avec intelligence des mots consecutive a leur articulation“*, która się cechuje tem, że chory, nie rozumiejąc wyrazów słyszanych, powtarza je, a dopiero po ich powtórzeniu odrazu je rozumie *„echolalie avec intelligence“*. Możemy to wyjaśnić zapomocą naszego szematu że droga *s-P* jest przerwana i zastąpiona przez drogę *m-P*.

Podobną do afazyi amnestycznej Grasheya znamy inną formę afazyi opisaną przez Freunda i Oppenheima pod nazwą afazyi optycznej *(optische Aphasie)*, której pierwsze przypadki opisał Freund. Chory w tem cierpieniu mówi prawie samodzielnie i zupełnie dobrze. Po części jednak ta samodzielna mowa jest utrudnioną o tyle, że chory nie może znaleźć wyrazów dla przedmiotów konkretnych, działających przeważnie na zmysł wzrokowy; widzi on dobrze przedmiot sobie pokazany, poznaje go, wie do czego służy, ale nie jest w stanie powiedzieć, jak się nazywa. Odszukuje on jednak natychmiast stosowny wyraz, jeżeli ten przedmiot wywrze jeszcze na niego inne wrażenie zmysłowe. N. p. chory nie wie, jak nazwać pokazany mu zegarek, mimo, że go poznaje i oznajmia, że służy do mierzenia czasu, wskazuje godziny i t. d. Jeżeli zaś dotyka zegarka ręką, albo przykłada go sobie do ucha, to natychmiast przypomina sobie, że ten przedmiot nazywa się zegarkiem. Według jednych autorów polega to na osłabieniu pamięci wzrokowej; zdaniem Grasheya wiele zależy od stanu ośrodka i od charakteru wrażenia zmysłowego. Jeżeli jakieś wrażenie nie trwa dość długo, albo nie jest dość silne, to nie może pobudzić innych ośrodków. Przy osłabieniu albo utracie jednej pamięci zmysłowej, n. p. wzrokowej w *o*, trudno będzie naturalnie przy jej pomocy pobudzić inne pamięci, z nią połączone, n. p. słowne *s* i *m*. Stąd pochodzi, że chory taki wcale nie, albo tylko z trudnością potrafi nazwać przedmiot zaraz po jego poznaniu. Pamięć słowną można jednak po utracie jednej pamięci zmysłowej, n. p. optycznej, obudzić przez pobudzenie innego zmysłu, również skojarzonego z pamięcią słowną. I tak, jeżeli człowiek nie jest w stanie powiedzieć, jak się nazywa kwiat róży, gdy go widzi, to może sobie jeszcze



Rys. I. $d =$ ośrodek dotykowy, $w =$ ośrodek węchowy.

przypomnieć odpowiedni wyraz zapomocą dotyku lub zapachu róży.

Według innych autorów stan ten polega na przerwaniu drogi między ośrodkiem słownym, wzrokowym a ruchowym. Małachowski proponuje bardzo logicznie nazwać tę chorobę afazyą pozakorową wzrokową *(optische transkortikale Aphasie)*. Powstanie tego objawu łatwo sobie można wytłómaczyć, jeżeli sobie wyobrazimy, że połączenie między *o* a *s*

jest przerwane. Z tego wynika, że chory nie może wyrazić tego, co widzi. Jeżeli zaś on tego samego przedmiotu dotknie, to *s* zostaje inerwowane przez pobudzony ośrodek dotykowy drogą *d-s* (p. szemat Małachowskiego i Ziehena) (p. Rys. I.) i wtedy wyrażanie jest umożebnione. Może się jednak stać, że pobudzony ośrodek *o* inerwuje skojarzony z nim ośrodek *d* i drogą tak powstającego wyobrażenia dotykowego, którego połączenie z ośrodkiem czuciowym słownym *s* jest utrzymane, wyrażenie przedmiotu przychodzi do skutku, t. j. drogą dalszą, pośrednią *o-d-s-m*. Stąd się też tłómaczy, że chory na afazyę optyczną znajduje czasem wyraz dla przedmiotu wprawdzie bez jego dotknięcia, ale dopiero po dłuższem namyśleniu się, z powodu dłużej trwającej drogi. Zresztą takie opóźnienie wyrażenia się może także polegać na upośledzeniu sprawności pamięci wzrokowej, albo też na częściowem niezupełnem przerwaniu prostej drogi *o-s*.

Analogiczne zaburzenia stanowi bardzo rzadka zresztą afazya dotykowa (*tactile Aphasie*). Mimo utrzymania zmysłu dotyku i poznania przedmiotu chory taki nie jest w stanie znaleźć wyrazu dla przedmiotu dotkniętego, gdyż nie może przenieść wrażeń dotykowych na ośrodek słowny. Tu przerwana jest droga *d-s*, a zatem ma się do czynienia z formą właściwie afazyi pozakorowej dotykowej. Natomiast chory taki przez oglądanie przedmiotu przypomina sobie natychmiast jego nazwę i to drogą *o-s-m*.

Należy *a priori* przypuścić, że istnieje także postać analogiczna afazyi pozakorowej powonienia, w której dotknięty nią chory nie jest w stanie nazwać przedmiotu po zapachu, mimo że go poznaje, a to skutkiem przerwania połączenia *w-s*. Zdaje się jednak, że dotychczas takiej postaci nie opisano, może przez przeoczenie, a może przez pomięszanie z anosamią. (Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Drr. Ludwig Pinkus: **Atmokausis und Zestokausis.** *(Verlag von J. F. Bergman, Wiesbaden.* Str. VIII—410).

Crescunt disciplinae lente tardeque per varios errores sero pervenitur ad veritatem.

Obszerna ta praca budzi z wielu względów prawdziwe zainteresowanie: z jednej strony bowiem zapoznaje nas aż do najdrobniejszych szczegółów z techniką i zastosowaniem gorącej pary *(atmocausis)* i gorącego powietrza (*zestocausis*) w praktyce ginekologicznej, a nadto wykazuje, że nie trzeba być koniecznie kierownikiem kliniki lub oddziału szpitalnego, aby przysłużyć się nauce i dobru ludzkości, ale że i lekarz praktyczny, miłujący swój zawód i mający na oku w pierwszym rzędzie zdrowie chorych, oddających się pod jego opiekę, może na to znaleźć dosyć czasu i sposobności. Naturalnie, trzeba do tego sporej dozy cierpliwości, żelaznej woli, wytrwałości, a przedewszystkiem zaufania do siebie samego. *In certis fortiter!* Już z wstępu widzimy (1—12) jak silnie uzbrojony był autor, który przez lata całe walczyć musiał z wieloma napaściami i przeciwnościami, aż wreszcie zwyciężył i zdobył dla swej metody prawo obywatelstwa w całym świecie lekarskim. Z części historyczno-krytycznej (12—125) dowiadujemy się szczegółowo o kolejach, jakie metoda ta przechodziła od samych początków aż do jej zupełnego udoskonalenia. Część ta większe ma znaczenie dla historyka medycyny i nie nadaje się do ścisłego streszczenia w ramach krótkiego sprawozdania. Autor przyznaje się otwarcie, że pomysł leczenia krwotoków macicznych gorącą parą należy do Snegirewa (Moskwa, 1866). Pinkus zaś tę genialną myśl na nowo podjął, rozwinął i zastosował w praktyce. Leczenie gorącem powietrzem jest pomysłem autora. Sam przyrząd jest dosyć prosto pomyślany; w każdym razie koniecznym warunkiem zastosowania go jest dokładna znajomość tak przyrządu głównego, jak i jego części składowych; niemniej ważna sama technika zastosowania (126—167). Bardzo zajmujące są doświadczenia, robione w celu przekonania się, czy stopień ciepłoty pary w macicy odpowiada ciepłocie w kotle; pokazało się, że różnica jest mała (7°—9°). Dalsze doświadczenia dotyczyły wypróbowania wytrzymałości samego kotła, co było ważne ze względu na bezpieczeństwo lekarza i chorej. Kocioł sam jest tak silny, że wytrzymuje ciśnienie trzech atmosfer, co odpowiada ciepłocie + 130° i wyżej. W celu naukowego uzupełnienia tej nowej metody przedsięwzięto również dokładne badania anatomiczno-histologiczne (167—190). Miały one zarazem ten cel praktyczny, iż przekonano się, że zastosowanie gorącej pary lub powietrza można znakomicie dawkować; zależnie od dłuższego lub krótszego czasu działania i od stopnia ciepłoty pary występowały zmiany powierzchowne lub głębokie; zależnie zaś od kształtu jamy macicy i kurczliwości jej ścian, zmiany były jednostajne, lub niejednostajne. Wyraźne ryciny najlepiej zmiany te przedstawiają. Część szczegółowa pracy omawia stronę kliniczną tej metody (190—359) Znajdujemy tu dokładne i jasne odpowiedzi na wszelkie choćby najdrobniejsze pytania, dotyczące tego przedmiotu, omawianie spraw dotąd zupełnie nieporuszanych i mnóstwo uwag praktycznych, które tem większe mają znaczenie, że je podaje nie klinicysta, lecz lekarz praktykujący. Koniecznymi warunkami zastosowania gorącej pary są: wykluczenie złośliwego nowotworu, odpowiednie rozszerzenie kanału szyjki, staranne oczyszczenie jamy macicy (wodą utlenioną), świadomość długości jamy macicy i szyjki, wolne od zmian chorobowych przydatki. Uśpienia należy o ile możności unikać. Leczenie ambulatoryjne jest możliwe i dozwolone, ale niezawsze korzystne. Obecność asystentów dla biegłego i obznajomionego z techniką nie jest konieczną; dla początkujących niezbędną. Zasadą przy działaniu powinno być możliwie wysoka ciepłota pary *(maximum* 115°) i możliwie krótki czas działania (5″—40″); tylko w celu uzyskania zarośnięcia (obliteracyi) jamy macicy działa się dłużej. Stosunek tej metody do skrobanki zreferowałem na innem miejscu (Przegl. lek." Nr. 5, 1903). Wskazania do zastosowania gorącej pary są bezwzględne i względne. Do bezwzględnych należą: 1) wszystkie krwotoki maciczne, o ile nie dały się usunąć innymi sposobami używanemi; dalej: krwotoki w okresie przejściowym (*climax*), wszystkie przypadki krwawiączki (*haemophilia*), pewne postacie krwotoków przy mięśniakach macicy; przy raku macicy, nie nadającym się do operowania; w przypadkach t. zw. *endometritis haemorrhagica* i *hyperplastica;* przy krwotokach atonicznych po poronieniach, lub w późnym okresie połogowym. 2) W celu wywołania zarośnięcia (obliteracyi) jamy macicy u kobiet, dotkniętych chorobami nieuleczalnemi (*castratio mulieris uterina atmocaustica*). Do względnych wskazań należą: źle zwinięte macice po porodach; jako sposób uzupełniający po skrobankach; przy *fluor postclimactericus;* wreszcie przy pewnych postaciach *endometritis tuberculosa, gonorrhoica, saprica* i *puerperalis septica incipiens.* Działanie gorącem powietrzem (*zestocausis*) jest wskazane: w celu przypalenia ograniczonego miejsca na błonie śluzowej macicy (odejście trąbek), w *endometritis dysmenorrhoica,* w nieżytach szyjki, połączonych z owrzodzeniami, przy przetokach. Każdy z tych wielu punktów jest omawiany osobno i poparty przekonywającymi i zajmującymi przykładami z własnej praktyki autora i wziętymi z piśmiennictwa. Koniecznym warunkiem udania się zabiegu jest próżna jama macicy; dlatego należy ją zbadać palcem przed każdorazowem wykonaniem zabiegu, szczególnie w krwotokach połogowych, lub po poronieniu. Mówiąc o pewnych tylko przypadkach przy *endometritis tuberculosa,* ma autor na myśli tylko takie, gdzie całkowite wyjęcie macicy jest z innych (ogólnych) względów przeciw-

wskazane, lub jeżeli chora na nią nie zezwala: wówczas przypalenie gorącą parą aż do wywołania zupełnego zarośnięcia jamy macicy — wchodzi w swe prawa. Również należy się wystrzegać wykonania tego zabiegu przy mięśniakach podśluzowych, chyba że zachodzi *indicatio vitalis*. Bardzo zajmujące i nowe są poglądy autora na zastosowanie tego zabiegu w sprawach połogowych. W końcu omawia autor zastosowanie gorącej pary i gorącego powietrza w chirurgii i rynologii (360—380). Mamy tu więc do czynienia z metodą leczniczą o bardzo szerokiem zastosowaniu, z metodą nadzwyczajnej wagi, bo skierowaną przedewszystkiem i głównie przeciw krwotokom, — a krew to życie. Praca sama napisaną jest jasno, może nieco rozwlekle, z częstem powtarzaniem tych samych myśli i zdań; przeczytawszy jednak te liczne historye chorób, z których widzimy, ilu to już kobietom tylko ta metoda lecznicza uratowała życie, zapomina się zbyt łatwo o tych drobnych usterkach i kończy się czytanie pracy z prawdziwem zadowoleniem i życzeniem, aby książka ta jak najszybciej dostała się w ręce nietylko ginekologów, ale ogółu lekarzy, a temsamem i metoda autora zyskała w krótkim czasie szerokie zastosowanie.

Dr. E. Ehrenpreis.

VI. Wyciągi.

Ehret (Strassburg). **Przyczynek do nauki o rokowaniu w zanikowej marskości wątroby.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Autor stoi na stanowisku, że ogłoszone w piśmiennictwie przypadki wyleczenia, — przynajmniej w pojęciu klinicznem, — zanikowej marskości wątroby, wogóle wytrzymać nie mogą ostrej krytyki; dlatego też, jeśli cały przebieg rzekomo uleczonego przypadku ma być zupełnie bez zarzutu, winien odpowiadać następującym wymaganiom: *a)* ma przedstawiać zupełnie rozwinięty obraz chorobowy pod względem klinicznym; *b)* stwierdzone ustąpienie wszystkich objawów chorobowych conajmniej w ciągu 20 lat, aż do śmierci, będącej skutkiem innych przyczyn, bez objawów ze strony wątroby i *d)* potwierdzenie rozpoznania badaniem pośmiertnem. Taki właśnie przypadek, odpowiadający wszystkim poprzednio wyliczonym wymaganiom, spostrzegał autor. Sekcya istotnie stwierdziła zanikową marskość wątroby; powtóre, były objawy chorobowe z początku wybitne i gwałtowne tak, że żadną miarą nie można było uważać tego przypadku za t. zw. utajony; — dalej, że objawy zupełnie przycichły, a chory cieszył się zupełnem zdrowiem przez 30 lat, t. j. aż do śmierci; wreszcie, że zgon nastąpił skutkiem przypadkowego raka przełyku, a nie skutkiem choroby wątroby, którą, pomimo jej istnienia pod względem anatomicznym, należy uważać za uleczoną pod względem klinicznym. Przypadek wykazuje dość jaskrawo, że objawy, wywołane zanikową marskością wątroby, mogą w zupełności ustąpić i że w takich razach można słusznie mówić o wyleczeniu bodaj w znaczeniu klinicznem. Należy się tylko zastanowić, jak można takie wyleczenie kliniczne pogodzić z istniejącemi jeszcze zmianami anatomicznemi i w jaki sposób można tę okoliczność naukowo wytłomaczyć? Otóż wyższego stopnia wątroba zanikowa, której miąższ nie wystarcza więcej do dalszego funkcyonowania wśród prawidłowych zresztą zewnętrznych warunków, może podjąć na nowo swoją czynność, jeśli wytworzą się nowe komórki i w ten sposób zrównoważą utraconą tkankę wątrobową — oczywiście, jeśli tylko poprzednie działanie niszczące choroby nie postępowało zanadto szybko. Jeżeli dalej przyczyna choroby zostaje usunięta, a co za tem idzie, że sama sprawa zanikowa ustaje, wówczas odrodzenie komórek bierze przewagę tak długo, aż wytworzy się odpowiednia ilość tkanki zdrowej i zdolnej do spełnienia swoich czynności. Pierwsza możliwość odpowiada tym przewlekłym przypadkom chorobowym, trwającym długie lata; w drugiej ma miejsce wyżej opisane wyleczenie, przyczem zauważyć należy, że tworzenie się świeżej tkanki wątrobowej nie jest nieodzownym warunkiem wyleczenia marskości, jeśli tylko proces niszczenia (zanikowy) ustał wpierw, zanim zdołał ogarnąć większą część komórek, potrzebnych do utrzymania czynności życiowych.

Leczenie marskości wątroby miałoby więc na celu jak najbardziej zwolnić przebieg całej sprawy chorobowej, z drugiej zaś strony zwalczać objawy zastoinowe w zakresie żyły bramnej. Ku temu służy w pierwszym rzędzie spełnienie wskazania przyczynowego, które w tych przypadkach w zupełności da się przeprowadzić, a więc zupełne wstrzymanie się od użycia napojów wyskokowych. Częściowe bowiem nie jest wystarczającem, ponieważ, jak Huchard wykazał, już małe ilości alkoholu są dostateczne do podtrzymywania sprawy chorobowej, powtóre, ograniczone tylko używanie alkoholu jest dla chorego więcej przykre, aniżeli stanowcze zupełne wstrzymanie się. Obok tego znajdują zastosowanie małe dawki naparstnicy, jodku potasowego, wreszcie kalomelu, bardzo zalecanego przez Francuzów, nadto wody mineralne (Karlsbad, Maryenbad, Vichy itd.) i ostatecznie nieznaczne upusty krwi w okolicy wątroby, lub kiszki stolcowej. Puchlinę brzuszną zwalcza autor nakłuciem, w rzadkich tylko przypadkach środkami moczopędnymi.

Dr. H. Pisek (Podgórze-Kraków).

Kerlé. **Przypadek z praktyki położniczej.** (*Münchener med. Wochs.* 1903, Nr. 9). U wieloródki stwierdzono ciążę bliźniaczą, w końcu 6-go miesiąca poród. Przy poprzednim porodzie wykonano ręczne wydobycie łożyska. Obecnie krwotok powstał wskutek zatrzymania popłodu, ze sromu wisi jedna pępowina, druga oderwana przez położnę. Wydobyto łożysko z dziwnie ciasnego wnętrza macicy; nastąpił gwałtowny krwotok. Poraz drugi wprowadzono rękę i napotkano w domniemanem dnie otwór, przepuszczający palec, a wyżej drugą część jamy macicy i prawdziwe dno, do którego przyrosło drugie łożysko. Jama macicy miała zatem postać klepsydry, w jej rozszerzeniach leżały oddzielnie dwa łożyska.

Dr. Grzybowski (Kraków).

Pochon. **Przyczynek do wpływu szczepienia ospy na krztusiec.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance* 1903, marzec). Pomimo różnorodności i znacznej liczby środków, rzekomo swoistych, zalecanych przeciw krztuścowi, lekarz jest dotąd wobec tej choroby prawie bezsilny. Próby z surowicą przeciwkrztuścową, sporządzoną przez belgijskiego lekarza Leauriaux, wykazały jej bezwartościowość. W przebiegu epidemij krztuśca, panujących nieraz równocześnie z nagminnem pojawianiem się błonicy, uczyniono kilka spostrzeżeń, że zastrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej miało wywierać łagodzący lub nawet wprost leczniczy wpływ na przebieg krztuśca. Doświadczenia wykonane w tym kierunku na większą skalę przez Tollemera i Josiasa dały jednak wyniki zupełnie ujemne. Z kolei pojawiły się doniesienia lekarzy włoskich, zalecające szczepienie dzieci cierpiących na krztusiec krowianką Jennera. Szczepienie to miało łagodzić napady i skracać przebieg choroby. Lekarz konstantynopolitański Violi zaszczepił 78 dzieci, używając krowianki, przyrządzonej zupełnie aseptycznie. W 74 przypadkach otrzymać miał złagodzenie i zmniejszenie częstości napadów już po 8—10 godzinach. Dietrich, lekarz w Algierze, zaszczepił krowianką 12 dzieci w pełnym rozwoju krztuśca. Równocześnie zaszczepił 29 dzieci zdrowych. Po upływie 21 dni z dzieci chorych troje było zupełnie wyleczonych, siedmioro okazywało polepszenie. Z dzieci zdrowych, zaszczepionych, tylko troje uległo krztuścowi. Tak więc zdaniem Dietricha działanie szczepienia byłoby nietylko lecznicze, ale i ochronne. Autor przytacza przypadek dziecka 5-miesięcznego, żywionego wadliwie, wątłego i wychudzonego, nawiedzonego w tym okresie życia ciężkim krztuścem. Wszystkie środki lecznicze były bezsilne; dziecko doszło do bardzo znacznego stopnia wyniszczenia i osłabienia tak, że musiano uciec się do wstrzykiwania środków podniecających. Autor zastosował wreszcie szczepienie (dziecko nie było szczepione poprzednio). Po kilku dniach można było stwierdzić wybitne polepszenie. Napady stały się rzadsze i łżejsze, dziecko poczęło przyjmować pożywienie i stopniowo przyszło zupełnie do zdrowia. Autor wyciąga z tych doświadczeń wniosek, że u dziecka nieszczepionego należy w przypadku krztuśca natychmiast wykonać szczepienie, a nawet próbować tego środka u dzieci już przedtem szczepionych.

Dr. T. Żeleński.

Dr. Říha. **Przyczynek do leczenia kolki wątrobowej, nerkowej i miesiączkowej.** (*Časopis lékařů českých*, 1903, Nr. 11). Říha przytacza dwa przypadki tak zwanej kolki wątrobowej, nadto po jednym przypadku kolki nerkowej i miesiączkowej (*dysmenorrhoea*), w których stosował Luhaczowicką wodę ze źródła „Wincentka“ i osiągnął wyniki doskonałe. We wszystkich znikały bóle bądź natychmiast, bądź stopniowo, a w przypadku kolki nerkowej istniejący poprzednio piasek moczowy nie został więcej stwierdzony.

Říha poleca tę wodę na zimno do picia w godzinach przedpołudniowych między $^{1}/_{2}$10—$^{1}/_{2}$—11. Podaje się choremu dziennie przeciętnie $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ litra wody ze źródła „Wincentka“, do czego przepisuje się nadto jedną bułkę. Autor nie podaje, czy chory ma przytem jaką odpowiednią dyetę zachowywać. *Chlumský* (Kraków).

Graf. **Przyczynek do leczenia wąglika zewnętrznego.** (*Wiener klin. Rundschau* 1903, Nr. 10). Autor, lekarz praktyczny na prowincyi, mający dużo sposobności stykania się z wąglikiem, miał w leczeniu od roku 1856 75 przypadków, z których 13 było ciężkich, gdzie obrzęk nie ustąpił skutkiem leczenia po 24 godzinach, jednakże z tych trzynastu tylko trzy zakończyło się

śmiercią; w pozostałych 62 przypadkach wynik leczenia zaznaczył się już po 24 godzinach ustąpieniem obrzęku i zamienieniem się złośliwego pryszcza w nieszkodliwy strup. W każdym więc przypadku radzi autor na mocy swego doświadczenia stosować leczenie czynne, mianowicie zniszczenie pryszcza, przez co zapobiega się wystąpieniu ogólnego schorzenia. Najprostszym i najskuteczniejszym sposobem miejscowego leczenia jest przyżeganie laseczką potasu, przyczem czasem trzeba wyciąć przed przyżeganiem części tkanki obumarłej, jednakże wycięcie to nigdy nie powinno mieć miejsca w tkance żywej. *B. Żmigród.*

N. Hallé i B. Motz (Paryż). **O gruźlicy cewki przedniej.** (*Medycyna* 1903, Nr. 2, 3, 4). Gruźlica cewki przedniej powszechnie jest uważaną za cierpienie nader rzadkie, jeżeli nie wyjątkowe i nie mające znaczenia klinicznego. Na podstawie 12-letniego materyału z kliniki chorób moczowych w szpitalu Neckera autorowie twierdzą, że wśród osobników, dotkniętych rozległemi i głębokiemi zmianami dróg moczowych natury gruźliczej, spotykamy dotkniętego gruźlicą cewki przedniej prawie jednego na dwunastu. Większa częstość tej choroby u mężczyzn, niż u kobiet, wskazuje na wpływ przyczynowy porażeń cewki tylnej, gruczołu krokowego i narządów rodnych na zakażenie gruźlicze cewki przedniej. Wśród objawów tego cierpienia bardzo często spostrzegany bywa ból, szczególnie wyraźny podczas oddawania moczu, trwający przez cały czas wypływu wzdłuż całej cewki i pozostający dość długo potem, jako uczucie dotkliwego palenia; w tym okresie choroby, kiedy cewka przednia jest siedliskiem owrzodzeń gruźliczych, kiedy przewód i dołek łódkowaty przeważnie są zajęte, często zauważono wypływ ropny, lub do ropy podobny, zazwyczaj niezbyt obfity, niepodobny do zwykłego wypływu rzeżączkowego i nie zawierający dwoinek rzeżączkowych. Dalsze objawy powodowane są zwężeniem cewki; tu należy utrudnione oddawanie moczu, strumień słaby i cienki; pamiętać jednak należy, że zwężenia mogą być następstwem sprawy rzeżączkowej, do której dopiero może się przyłączyć zakażenie gruźlicze i obostrzyć sprawę niedrożności cewki, przyczem głównymi czynnikami zwężenia są zmiany okołocewkowe. Obmacywanie cewki daje często cenne wskazówki rozpoznawcze, gdyż zgrubienia, ogniska stwardnienia, pojedyncze lub rozsiane, mniejsze i większe, dadzą się wyczuć w różnych punktach cewki, przeważnie na powierzchni dolnej; ogniska te dowodzą zajęcia ciał jamistych, gruczołów i tkanki okołocewkowej i często towarzyszą zajęciu błony śluzowej. Cechy rozpoznawcze, dostarczane przez cewnikowanie, są niestałe i często zwodnicze. Badanie endoskopem, jak dotąd, nie daje oznak pewnych dla rozpoznania gruźlicy cewki przedniej. Omawiane cierpienie ma znaczenie nietylko dla anatomii patologicznej, gdyż, jak dowodzą przytoczone przez autorów przypadki, może się samoistnie wyleczyć, pozostawiając po sobie zbliznowacenie cewki, a co zatem idzie, jej zwężenie, albo też może stanowić wskazanie dla zabiegu chirurgicznego, często sprowadzającego wyzdrowienie (przecięcie ropni, nacięcie i wyskrobanie nacieków, usunięcie gruczołu Cowpera, cięcie cewkowe, obcięcie częściowe, lub doszczętne prącia). Wobec tego, że gruźlicy cewki przedniej z reguły towarzyszą rozległe zmiany w innych narządach moczowych lub płciowych i że noszą one niewątpliwie cechy dawniejsze, należy uważać omawianą sprawę jako wtórną, przyczem zarazki mogą dostawać się drogą moczu, lub drogą krwi z narządów sąsiednich. *Z. Czaplicki.*

Wł. Zenczykowski (Warszawa). **Przyczynek do zaburzeń mowy w porażeniu dziecięcem pochodzenia mózgowego.** (*Kronika Lekarska* Nr. 4, 1903). Autor opisuje przypadek tyczący się 9-letniego chłopca, u którego na zasadzie zebranych wywiadów, oraz wyników badania przedmiotowego, rozpoznano porażenie mózgowe pod postacią spastycznego porażenia obustronnego, oraz towarzyszącą afazyę ruchową i niedorozwój psychiczny. Słuch był zachowany: rozumienie mowy bardzo ograniczone, zupełny brak mowy samodzielnej. Jako czynnik przyczynowy należy przyjąć obciążenie dziedziczne, ciężki zaś poród (poród bliźniaczy), jako bodziec wywołujący. Na podstawie tego, że mimo podniesienia się sfery umysłowej, afazya nadal uporczywie się utrzymywała i potrzeba było wyrabiać zupełnie nowe, nieistniejące ruchy dla wytworzenia każdego pojedynczego dźwięku, sądzi autor, że afazya w tym przypadku zależała prawdopodobnie nietylko od niedorozwoju psychicznego, lecz i od stałych zmian anatomicznych w ośrodkach mowy, które to zmiany spowodowały zupełny brak pamięci słownych, ruchowej i słuchowej. Przypadek ten dowodzi jeszcze, że jeśli afazya ruchowa uwarunkowana jest prócz niedorozwoju jeszcze stałemi zmianami anatomicznemi w ośrodkach mowy, to leczenie tego rodzaju afazyi połączone jest z wielkiemi trudnościami, a temsamem uzasadnia pogląd, że na pomoc sił naturalnych niewiele w tym względzie liczyć możemy, gdyż afazya tego rodzaju nieleczona, pomimo nawet podniesienia się sfery psychicznej, pozostaje nadal do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci jednego z najważniejszych czynników kształcenia umysłu. *Spira.*

And. Monori (Budapeszt). **O pastylkach jodowo-żelezistych wyrobu Jahra.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 33, 1902). Autor, asystent kliniczny, podawał pastylki Jahra w licznych przypadkach krzywicy, zołzów i twierdzi, że nawet bardzo małe dzieci zażywały je chętnie. Zawsze mógł M. stwierdzić uderzającą poprawę łaknienia i cery, oddawanie stolca stawało się prawidłowem, gruczoły chłonne ulegały zmniejszeniu, niektóre znikały zupełnie. M. ma postanowienie na przyszłość polecać te pastylki w każdym przypadku krzywicy, zołzów, błednicy, nieżytu oskrzelowego, w stanach osłabienia po tak ciężkich chorobach, jak kiła i gruźlica. Zwłaszcza u chorych, których środki pozwalają na stosowanie dobrej dyety, pobytu w świeżem powietrzu i kąpieli słonych, jak to wszystko znaleźć można na wybrzeżach morskich — należy te pastylki stale polecać, albowiem wtedy można ich działanie nazwać wprost znakomitem. *Dr. Baschkopf.*

Rubčeska. **O używaniu balonów w położnictwie.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 1903). W roku 1851 wprowadził Braun balon do położnictwa, który w pewnych przypadkach zakładał do pochwy. Barnes zrobił baloniki mniejsze w trzech wielkościach, które zapomocą zgłębnika można było wprowadzić do szyjki macicznej. Po Barnesie Fehling, Tarnier i inni modyfikowali tylko baloniki wprowadzone do szyi, były to jednak wszystko balony mniej lub więcej elastyczne. Dopiero w roku 1888 Champetier, a za nim Müller, wprowadzili balony nieelastyczne, w dnie najszersze, ku końcowi coraz to węższe, przechodzące w rurkę z korkiem. Wskazanie do używania balonów, według autora, jest bardzo rozległe. Używa ich dla wywołania poronienia dlatego, że jest to sposób w skutkach pewny, a mniej niebezpieczny, niż wstrzykiwanie nastoju jodowego, zakładanie świeczek, wstrzykiwanie gliceryny, a nawet przebicie błon. Przy zamkniętem ujściu zakłada blaszkownicę (laminaria); kiedy szyjka rozszerzy się tak, że jest drożna dla palca, zakłada balon elastyczny; gdy zaś szyjka jest drożna dla dwóch palców — balon nieelastyczny. Jeżeli mimo założenia balonu bóle nie występują, balon obciąża 1—3 klgr. Podobnie, jak dla wywołania poronienia, używa balonów i dla sprowadzenia porodu przedwczesnego. Poród przedwczesny wywołuje często, wszędzie tam, gdzie jest miednica ścieśniona, gdzieby było wskazanie względne do cięcia cesarskiego, wychodząc z tego założenia, że chociażby nawet po porodzie przedwczesnym śmiertelność dzieci wynosiła 40%, to i tak więcej utrzyma się dzieci przy życiu, aniżeli po cięciu cesarskiem, bo poród przedwczesny można u tejsamej osoby wywoływać 5 i 6 razy, gdy tymczasem cięcie cesarskie najwyżej 2 lub 3 razy. Zamiast robić cięcie cesarskie ze wskazania względnego, lepiej jest zrobić wymóżdżenie, aby przy następnej ciąży sprowadzić poród przedwczesny.

Dalej używa R. balonów do sprowadzenia bólów porodowych, zwłaszcza po ich ustaniu po odpłynięciu wód płodowych. Taksamo dla rozszerzenia ujścia, jeżeli jest wskazanie szybkiego ukończenia porodu z powodu niebezpieczeństwa dla płodu, lub dla matki, np. przy krwotokach, lub drgawkach. Przy łożysku przodującem działa balon szczególnie dobrze dlatego, że rozszerza ujście i równocześnie uciskając płat łożyska, tamuje krwotok. W końcu używa jeszcze balonów w celu uchronienia pęcherza płodowego od przedwczesnego pęknięcia, podpierając pęcherz płodowy balonem, założonym do pochwy i do rozszerzania zwężeń pochwy. Każde z poszczególnych wskazań używania balonu popiera autor szeregiem przytoczonych historyj. *P.*

Wiszniewski. **Przebieg ospy przy zażywaniu ksylolu.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 6). W. podawał w 6-ciu przypadkach ospy w okresie wysypywania ksylol w dawce 15 kropel od 4 do 6 razy dziennie, zwykle w winie czerwonem. U żadnego z tych chorych W. nie spostrzegał ropienia; pęcherzyki usychały wprost, tworząc cienką powierzchowną skorupę; jeśli zaś lek był zastosowany już w okresie grudkowym osutki, to grudki nie przechodziły w pęcherzyki i przebieg choroby był bezgorączkowy, lub z gorączką nieprawidłową, która trwała nie dłużej nad 4 dni stosowania ksylolu; u żadnego z chorych, leczonych ksylolem, nie przyszło do utworzenia blizn, chociaż W. nie przedsiębrał żadnych środków zapobiegawczych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. Eigenbrodt. **Tężec po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). W 6 dni po wstrzyknięciu podskórnem żelatyny z powodu krwotoku z nosa (po operacyi *cristae septi*) wybuchł u 19-letniej dziewczyny gwałtowny tężec, który po 19 godzinach mimo podania surowicy zakończył się śmiertelnie. W epikrynie udowadnia E., że zakażenie tężcem nastąpiło przez użytą, niedostate-

cznie wyjałowioną żelatynę. (W przypisku podaje Naunyn, że Merck w Darmstadzie przegotowuje żelatynę specyalnie do podskórnych wstrzykiwań). *Herman.*

Dr. M. Silbermark. **W sprawie techniki chirurgicznej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 52). Czem mniej rąk w czasie operacyi dotyka się rany, tem aseptyka pewniejsza. Liczbę rąk ograniczyć się stara S., podając 1) łopatkę w kształcie listka mirtu, którą podsuwa pod powłoki brzuszne, szyjąc ranę laparotomijną; 2) małe nożyczki, odpowiednio wygięte i zaopatrzone w pierścień, które, trzymane w ręce, nie przeszkadzają równocześnie zakładaniu szwów, lub podwiązek. *Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6. maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Na przedstawienie kol. Przewodniczącego wybrano jednogłośnie na członka czynnego Towarzystwa Dr. Jana Frączkiewicza

III. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w Wiedniu powstał związek dwóch Towarzystw, a to Stowarzyszenia lekarzy rakuskich i Towarzystwa, mającego na celu wspieranie wdów i sierót po lekarzach. Związek ten wezwał wszystkie stowarzyszenia lekarskie w całej Austryi, by one wszystkich swych członków do związku zapisywały. W tej sprawie odbył się we Lwowie dnia 4. maja b. r. Zjazd delegatów wszystkich stowarzyszeń lekarskich galicyjskich. Towarzystwo lekarskie krak. na Zjeździe tym reprezentowali: kol. Prof. Raczyński i kol. Prof. Rosner. O uchwałach Zjazdu powiadomi kol. Przewodniczący członków Towarzystwa, skoro otrzyma protokół dokładny Zjazdu.

IV. Kol. Bochenek wygłosił zapowiedziany odczyt: »Jak rozwinęło się uzębienie ludzkie«. (Rzecz przeznaczona do druku),

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 22 marca b. r.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Reiss przedstawia pacyenta z niezwykłą formą wysypki. Choroba trwa od 4. miesięcy, zaczęła się plamką na boku klatki piersiowej po stronie lewej; w zakresie tej plamki wystąpiło swędzenie, poczem wysypka, która rozszerzyła się po tułowiu i kończynach, zwłaszcza po ich stronie wyprostnej, przyjmując postać większych lub mniejszych plamek, kół i t. d. Zmiany te, wystające nieznacznie nad powierzchnię skóry, rozpoczynają się, jak bliższe spostrzeganie wykazuje, zawsze plamką, która zanikając w środku, szerzy się na obwodzie. Swędzenie spowodowało chorego do zasięgnięcia porady lekarskiej w Paryżu, gdzie chory wówczas bawił i tu zastosowano kąpiele skrobiowe. Rozpoznanie nie należy do łatwych. Sprawa przypomina w niektórych miejscach *lues papulosa circinata,* brak jednak wszelkiego nacieku, jakoteż i barwa pozwalają kiłę wykluczyć. Podobnie przedstawia się również i *lichen planus circinatus;* brak jednak wszelkich odosobnionych guzków połyskujących na obwodzie, jak również brak wszelkich plam barwikowych następowych, zresztą i samo umiejscowienie nie pozwalają na to rozpoznanie. Właściwe rozpoznanie jest: *seborrhoea orbicularis (circinata)* w dość rzadkiej formie, za czem przemawia strup łojotokowy na głowie chorego i inne objawy t. zw. *status seborrhoicus.*

Dla porównania przedstawia kol. Reiss znanego już chłopczyka z temsamem cierpieniem.

W dyskusyi zabierał głos Kol. Borzęcki.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego ze *scleroma nasi, faucium et pallati mollis.* Obraz wziernikowy wykazuje zatkanie nosa, rozpad podniebienia miękkiego, brak języczka i owrzodzenia na migdałkach; struny głosowe są jednak wolne. Charakterystyczne dla tego cierpienia dwoinki Frischa udało się kol. Krzyształowiczowi znaleźć we krwi wziętej ze szczytu guza (preparat znajduje się pod mikroskopem).

W dyskusyi kol. Borzęcki zwraca uwagę, że dotąd nikomu nie udało się wykazać dwoinek we krwi cierpiących na *rhinoscleroma.* Wykazanie prątków we krwi było w tym przypadku o tyle łatwiejsze, o ile krew do badania braną była z guza na nosie. Powątpiewa, czy wynik byłby dodatni, gdyby krew do badania pochodziła z miejsc odległych: np. z palca.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorą z *periphlebitis gummosa nodularis* na podudziu prawem. Guzy wybitnie zaznaczone, ułożone wzdłuż brzegu kości goleniowej, skóra nad nimi przesuwalna; przy ucisku dośrodkowej części pnia żylnego występują guzy wyraźniej. Na kończynie tej wprawdzie żylaków wykazać nie można, ale występują one bardzo wybitnie na kończynie drugiej. Chora przebyła kiłę przed kilkunastu laty, a obecnie skutkiem swego zajęcia stać musi po kilkanaście godzin na dobę. Stąd żylaki, a na jednym z nich wystąpiły obecnie zmiany kiły później. Chorej podano duże dawki jodu, zewnętrznie zaś na podudzie okłady kwaśne, przyczem kończynę ułożono wysoko, co w bardzo stosunkowo krótkim czasie przyniosło chorej znaczną ulgę. Sprawa ta, jak wogóle sprawy kiłowe w zakresie naczyń żylnych, należy do procesów chorobowych nader rzadkich.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego z *lues gummosa nasi.* Chory nic nie wspomina o przebyciu kiły, rozpad jednak całego nosa, charakterystyczne blizny i zrost podniebienia z tylną ścianą gardzieli nie pozwalają wątpić o charakterze choroby.

Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorego z *lues gummosa linguae.* Chory przed 10 laty przebył kiłę, był leczony mało. Nawroty zawsze usadawiały się na języku i zmiana obecna należy do późnych zmian kiły *(glossitis gummosa).*

Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą z *lupus vulgaris,* który zajmuje całą twarz i znaczną część głowy. Na policzku prawym w okolicy ucha nabłoniak grzybowato rozwinięty, wielkości dłoni dziecka. Chora dotąd nie była leczona.

Kol. Reiss przedstawia chorego z *alopecia areata capillitii.* Centrum zupełnie łyse, okolone wałem włosów, za tem znów szeroki pas łysiny. Włosy utrzymane tkwią zresztę wszędzie silnie, nigdzie nie można wykazać ułamanych, lub luźnie tkwiących; mamy więc do czynienia z postacią, zwaną *pelade.* Sprawa trwa od sześciu miesięcy.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorego z bliznowatym naciekiem na brodzie po stronie lewej, który ze względu na silnie powiększone i twarde gruczoły podszczękowe tejże strony i na ogólne zmiany kiły świeżej na skórze i na błonach śluzowych, a wreszcie, że mimo najskrupulatniejszego poszukiwania sklerozy nigdzie wykazać nie było można, musimy uważać za zabliźniony wrzód twardy.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna,* sekretarz.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Nauki lekarskie w nowozałożonym Uniwersytecie krakowskim.

Jakkolwiekbądź wątpliwości nie ulega, że nauki lekarskie w ogólności z początku albo wcale żadnego, albo bardzo szczupłego tylko doznały uwzględnienia, a skutkiem lichego uposażenia katedr aż do reformy Akademii, dokonanej przez Kołłątaja w r. 1780, dla dotkliwego upośledzenia swojego z trudnością tylko się rozwijać, a wcale zakwitnąć nie mogły.

Jakoż mimo słów, zawartych w przywileju erekcyjnym Kazimierza Wielkiego: *„Preterea scolas debitas exnunc ordinavimus (sic) pro legendo iure canonico vel civili, medicinis vel artibus liberalibus, hospitiaque competentia deputamus pro doctoribus, magistris, scolaribus, scriptoribus stacionartis et bedellis etc.“* szkoła główna w pierwszym zawiązku miała tylko dwa wydziały: prawniczy i filozoficzny: do tych przybył w r. 1397 teologiczny, na którego stworzenie pozwolił papież Bonifacy IX bullą z dnia 11 stycznia tegoż roku; lekarski zaś powstał dopiero po r. 1422. Mimo słów albowiem przywileju erekcyjnego Kazimierza Wielkiego: *„Duobus vero magistris legentibus physicam ordinamus sallarium XX marcarum cuilibet annuatim“* jeszcze w r. 1422

nie było wydziału lek. w Szkole gł. krak., jak na to przytacza dowód Muczkowski (Założenie Uniw. str. 2., przypiski) z postanowienia Alberta Jastrzębca, biskupa krak. uniwersytetu. kanclerza w tymże roku z polecenia papieża Marcina I., wydanego, gdzie czytamy: *„Propter multas deordinationes evitandas et ad obviandam, ne quomodolibet per inordinatum regimen Universitas dividatur, ex officio nostro tamquam Ordinarius et Cancellarius studii statuimus et ordinamus: quod rector Universitatis, qui protempore fuerit cum tribus decanis Facultatum; Theologiae, Juris Canonici et Artium habeant regimen et ordinationem omnimodam Universitatis“*. Jest tu więc wzmianka tylko o 3 wydziałach: teologicznym, prawniczym i sztuk. Jeżeli w ustawie wydziału lek. Uniw. krak. z r. 1433, ogłoszonej w T. I. „Roczników“ tegoż wydziału z r. 1838 str. 55 wyrazy: *„inter vetera statuta medicinae facultatis“* zdawałyby się dowodzić, że już wówczas wydział lek. posiadał jakieś dawne ustawy, to podobno zgodzić się będzie trzeba i tu z Muczkowskim, że tu mylnie czytano vetera, zamiast jak to z toku rzeczy raczej wypada cetera, co się też z starożytnego odpisu w bibliotece uniwersyteckiej zachowanego okazuje. Ale i po zaprowadzeniu wydziału lekarskiego tenże stanowił tylko część uniwersytetu, która ponad wątły swój zawiązek wyróść nie mogła i długo pozostała tylko ułomnym śladem jednego z głównych członków ustroju, który dla nieprzepartych przeszkód niezdołał się rozwinąć całkowicie porówno z innymi. Jednym z głównych powodów tego upośledzenia nauk lekarskich było początkowe zaraz urządzenie zakonne zakładu, nadające przewagę stanowi duchownemu. Profesorowie mieli wyznaczone sobie na mieszkania kolegia, w których według przepisanej reguły żyć byli powinni koleją starszeństwa, z wyjątkiem osobno uposażonych katedr astronomii i wymowy, posuwali się od posad szczupło uposażonych na dostatniejsze, a skutkiem tego przedmioty naukowe ciągle zmieniali, nie mogąc się przeto żadnemu poświęcić z zamiłowaniem i trwale. Dla tego też i nauczyciele lekarstwa poczytywali katedry swoje tylko za szczeble do wyższych duchownych dostojeństw. Jakoż z początku zajmowali je po największej części księża i zajmować je tylko mogli dla tego, że jedynie tylko te z nich obiecywały jakąś korzyść, do których przywiązane było duchowne jakieś beneficium. Są ślady, że w Krakowie było osobne kolegium lekarskie (Muczkowski: Mieszkania i postępowanie uczniów krakowskich w wiekach dawniejszych. Kraków 1842. 8. str. 10. 11.) i że znajdowało się w blizkości prawnego, lecz wnet inne otrzymało przeznaczenie. Albowiem, gdy medycy żonaci mieszkać tam niechcieli, uchwalono w r. 1450, kiedy krakowianinowi Bernardowi Hessemu katedrę medycyny oddawano, żeby tenże przedmiot swój wykładał w kolegium wielkiem, a na mieszkanie wyznaczono mu 4 grzywny. Według dawnych uchwał wydział lekarski powinien był mieć sześciu profesorów (Stan wewnętrzny i zewnętrzny *studii generalis Universitatis Cracov.* 1774. Ob. Rocz. Wydz. lek. T. II. 1839. str. 73.), ale gdy jego fundusze zmarniały, zeszczuplała także ich liczba do trzech, dwóch, a nawet do jednego.

Mamy też niewątpliwe świadectwa, że uprawa nauk lekarskich w Szkole głównej krakowskiej nie ciągnęła się pasmem nieprzerwanem i nie ogarniała zawsze tego zakresu, który jest konieczny do zupełnego wykształcenia się w tej sztuce i do ubiegania się w niej o stopień mistrza lub doktora. Bywało, i to zdaje się nie rzadko i nie na krótki czas tylko, że wydział lekarski istniał z imienia jedynie, lecz nie rzeczywiście, że wyobrażali go lekarze, mający sam tytuł profesora bez obowiązku wykładania i bez zapłaty. Wszakże zdarzało się, że i posiadający *beneficium* duchowne, do katedry lekarskiej przywiązane, mógł się uchylić od powinności osobistego uczenia i albo wyręczać się kim innym, albo i od tego ciężaru się zupełnie uwolnić. Stąd też do nauk lekarskich trzeba było przykładać się za granicą, zwykle we Włoszech, może później i w Pradze czeskiej, a tu w Krakowie potwierdzać otrzymany gdzieindziej stopień, już to dla nabycia prawa wykonawstwa, już to, by być policzonym w poczet członków uniwersytetu. (C. d. n.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

7. Instytucye i zakłady humanitarne.

Rozdział ten obejmuje:
a) zakłady dla pomieszczenia chorych,
b) zakłady zaopatrzenia,
c) ustęp (3 wiersze) o „Poliklinice lwowskiej“,
d) o Tow. ratunkowem lwowskiem i krakowskiem,
e) o domach przytułku lwowskim i krakowskim.

Powyższe ustępy Sprawozdania, omawiane jużto na innem miejscu, jużto ze Sprawozdań Towarzystw znane, opuszczamy.

Natomiast z prawdziwą przyjemnością notujemy rozwój i coraz to większą liczbę Kolonij wakacyjnych, których Sprawozdanie przytacza aż 10. Słusznie też podnosi Sprawozdanie, że „najprawdopodobniej zajmuje Galicya pod względem liczby dzieci, pomieszczonych w koloniach wakacyjnych, pierwsze miejsce pośród reszty krajów koronnych, a niektóre budynki tych zakładów mogą służyć za wzór“.

Zanotujemy jednak, że prócz zasiłków 3 galicyjskich Dyrekcyj kolei państw., instytucye te opierają się wyłącznie na ofiarach społeczeństwa samego i usilnych staraniach jednostek. Władze nie dają ani grosza, przepraszam, udzielają pozwolenia na urządzanie loteryj fantowych „z uwolnieniem od opłaty“.

Podobnież rozwijają się „korpusy wakacyjne“, urządzane dla dzieci, które już absolutnie w miastach spędzać muszą wakacye.

Również krakowski „Park Dra Jordana“ przykładem pociąga i dzięki jego twórcy powstaje podobna instytucya w Sanoku staraniem tamtejszego lekarza powiatowego, Dra Wł. Czyżewicza.

Wreszcie we Lwowie istniejące stowarzyszenie „Opatrzność“ wybudowało w ostatnich latach własny dom w celu pomieszczania w nim i przyzwyczajania do pracy moralnie i materyalnie upadłych osobników i uwolnienia Lwowa od żebraków i włóczęgów. Lecz choć miejsca jest na 200 prebendaryuszy było ich przeciętnie około 100 tylko, brakło bowiem grosza na utrzymanie ich, które i tak w 1899 roku kosztowało 21.355 koron. Takich domów i takich towarzystw najwięcej dziś potrzeba, to jest kierunek, który wskazać należy wszystkim, mającym czynić czy jałmużnę, czy wsparcie, czy fundacyę itd. Żadna inna instytucya dobroczynna nie zasługuje obecnie w naszych warunkach tak na najusilniejsze poparcie, jak właśnie taka instytucya.

8. Więzienia i areszty,

istniejące przy c. k. sądach obwodowych są stanowczo za ciasne i niehigieniczne i nieraz dają powód do szerzenia się epidemii, zwłaszcza duru plamistego. Natomiast w większych i lepiej urządzonych i prowadzonych zakładach karnych we Lwowie, Stanisławowie, Wiśniczu i Krakowie nie było żadnej choroby epidemicznej, ani też liczniejszych przypadków innych chorób.

9. Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym.

Brak pawilonów izolacyjnych przy szpitalach na przypadek pojawienia się jakiej epidemii jest w tym roku równie przykry, jak w roku zeszłym. Brakowi temu starano się zaradzić przez przenoszenie chorych w razie potrzeby do tymczasowych baraków i choć w ten sposób zapobiegano szerzeniu się epidemii. Wydano też w tym roku (1899) znacznie więcej grosza zarówno na leki i zarządzenia przeciw szerzeniu się chorób (146.184 złr., zaś w 1898 r. 109.130 złr.), jak i na zapomogi tam, gdzie głód groził (5100 koron, zaś w 1898 r. 4000 koron). Referent sanitarny i dwaj inspektorowie przedsięwzięli razem dziesięć podróży celem kontroli sposobu tłumienia epidemii. Jakie zarządzenia zastali już poczynione, jakie wydali sami, o ile one zostały spełnione, jakie wydały owoce, tego dowiadujemy się w jednym przypadku (powiat żydaczowski), gdzie też epidemia duru plamistego ograniczyła się do kilkunastu przypadków

Rozdział ten kończą bardzo staranne i mozolne obliczenia, ile wydano ze skarbu państwa na każdą chorobę z osobna, ile na każdy powiat, a w nim znowu na każdą chorobę, a ile z tego znowu wypada na każdą głowę ludności itd.

10. Inne urządzenia sanitarne i higieniczne.

W rozdziale tym Sprawozdanie, zaznaczywszy przeważnie złe urządzania łaźni rytualnych żydowskich po naszych miastach, tak dalece, że często zamyka się je z urzędu, przytacza budowę nowych w czterech miasteczkach; dalej podaje ulepszenia w naszych miejscach kąpielowych, z których najważniejsze jest wykończenie kanalizacyi w Rabce i przeprowadzenie 100 metr. kanału w Truskawcu.

11. Grzebanie zwłok; cmentarze.

Zaledwie czwartą część wszystkich przypadków śmierci stwierdzili w roku sprawozdawczym lekarze.

Na cmentarzach brak często trupiarni, albo są one źle urządzone. W kilku gminach założono nowe cmentarze, między innymi w Podgórzu 7 morgowy.

12. Służba zdrowia.

Liczbę lekarzy omówiło już Sprawozdanie na str. 88 w rozdziale p. t. „Służba zdrowia“. Tu tensam tytuł powtarza się powtórnie, a w pownej części i treść.

Słusznie żali się Sprawozdanie na to, że więcej niż trzecia część wszystkich lekarzy, których w Galicyi w r. 1899 było razem 1319, osiada w Krakowie i Lwowie, podczas gdy na blizko 7,000.000 ludności pozostaje tylko dwie trzecie. Bo też to i ciężko zdecydować się na osiedlenie na prowincyi: brak otoczenia ludzi z wykształceniem uniwersyteckiem, brak sposobu kształcenia dzieci, praca ciężka, a źle wynagradzana.

Że stosunki zarobkowe lekarzy znacznie się pogorszyły, o tem świadczy znaczna liczba przesiedleń, oraz podań o każdą, choćby lichą płatną posadę, a wreszcie znacznie zmniejszająca się liczba nowo wpisujących się uczniów medycyny. Tylko tworzenie znaczniejszej liczby i lepiej nieco płatnych posad na prowincyi może temu złemu zaradzić.

Rozdział 1892 położnych w kraju jest korzystniejszym, gdyż w Krakowie i Lwowie jest z tej liczby tylko 22·8%, reszta na prowincyi, gdzie coraz więcej otwiera się dla nich posad. Przepisane tabele porodowe przedłożyło 1662 położnych, t. j. 83·8% wszystkich. Sprawozdanie żali się, że lekarze urzędowi przedkładają Sprawozdania często pełne braków, w których jednak widocznem jest, że zgromadzenia i kontrola położnych nie odbywają się z należytą ścisłością. Mimoto stwierdza Sprawozdanie, że w ostatnich latach uzyskano godne zaznaczenia postępy tak co do pomocy położniczej, co do sprawiania narzędzi, co do prowadzenia dzienników porodowych, jak i co do używania środków odkażających i dozoru nad czynnością położnych. Aby zaś osiągnięty postęp co do pomocy położniczej dalej rozwijać, wydało c. k. Namiestnictwo odpowiednie wskazówki w okólniku z dnia 20/IX r. L. 73.802.

W roku 1899 zdało egzamin we Lwowie 116, w Krakowie 67, razem 183 położnych, z których 80 pobierało przez czas pobytu na nauce stypendya już to od wydziału powiatowego, już to od gminy.

Rozdział zakończają krótkie, a znane ze Sprawozdań szczegóły o instytucyach i towarzystwach zawodowych, jak izby lekarskie, towarzystwa lekarskie i aptekarskie.

13. Gminna służba zdrowia.

Tworzenie okręgów sanitarnych odbywało się w następujący sposób:

Z końcem roku	1893	było obsadzonych	11	okręgów
„	1894	„	31	„
„	1895	„	42	„
„	1896	„	68	„
„	1897	„	83	„
„	1898	„	85	„
„	1899	„	102	„

Po koniec roku 1899 utworzono właściwie 109 okręgów sanitarnych, lecz 7 z nich po koniec roku sprawozdawczego nie zostało obsadzonych. Zawsze jeszcze 13 powiatów nie miało żadnego lekarza okręgowego, a 31 tylko po jednym.

Lekarzy gminnych (po miastach i miasteczkach), z których w roku 1898 było 78, pozostało z końcem roku tylko 76, gdyż jeden z nich zrzekł się posady, a w Kołomyi, gdzie dotąd było dwóch lekarzy gminnych, zwinięto jedną z tych posad. Oprócz tego jest w kraju około 90 lekarzy gminnych, którzy nie po myśli ustawy z 2 lutego 1891 r. zajmują posady prowizoryczne z płacą od 300 do 600 koron!! W 7 powiatach: brzozowskim, dąbrowskim, husiatyńskim, limanowskim, mieleckim, pilzneńskim, rudeckim nie było z końcem roku 1899 żadnego, ani gminnego, ani okręgowego lekarza.

Z końcem roku 1899 było położnych gminnych 193 (w roku 1898 164), a 373 okręgowych (w roku 1898 329). W 16-tu powiatach nie było ani jednej położnej gminnej, a w 11 ani jednej okręgowej. W trzech zaś powiatach: borszczowskim, podhajeckim i żywieckim nie było ani jednej położnej, ani gminnej, ani okręgowej. W roku 1898 było takich powiatów pięć. Na podstawie §. 18 ustawy krajowej o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich mają wszystkie samoistne gminy sanitarne, t. j. takie, które utrzymują własnych lekarzy, poczynić odpowiednie zarządzenia celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych, potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących, a mianowicie mają utrzymywać w pogotowiu odpowiednio urządzony lokal dla chorych, opatrzony w najniezbędniejsze potrzeby ratunkowe i przewozowe.

Z tabeli, umieszczonej w Sprawozdaniu, przekonywujemy się, że takich gmin, któreby ustawie czyniły zadość, było mało, a i tu znajdujemy dopiski „nie urządzony“ lub „nie odpowiedni“ itp.; lokale takie są tem potrzebniejsze tam, gdzie niema szpitali, a takich gmin i to większych miasteczek przytacza Sprawozdanie aż 10. Lecz i z istniejących lokali, jak z tej tabeli widzimy, bardzo rzadko korzystano, bo są one zwykle zbyt niedostatecznie urządzone, a ludność do nich jeszcze nie nabrała zaufania.

14. Czynności c. k. Rady zdrowia.

Znajdujemy tu wyliczenie 67 (w 1898 roku 86) przedmiotów obrad, którymi Rada zdrowia zajmowała się na 13 posiedzeniach (opinie co do okręgów sanitarnych, co do otwarcia zakładów przemysłowych, obsadzenia posad itd.). W Sprawozdaniu z roku 1898 znajdowało się na tem miejscu jeszcze zestawienie spraw, przydzielonych do załatwienia departamentowi sanitarnemu c. k. Namiestnictwa i do wydania opinii z innych departamentów Namiestnictwa. Tabel tych w tym roku niema. (Dokończenie nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorych przez kol. prof. Trzebickyego, kol. Dr. Eisenberg mówił: „O nowej postaci chorobowej, t. zw. durze rzekomym“.

* Wydział lekarski U. J. mianował Dr. F. Eisenberga asystentem profesora higieny.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymał Henryk Trenkner.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący doktorowie wszechnauk lekarskich: J. Weinsberg, D. Hirsch, S. Gólski, B. Hanczakowski, K. Habicht, M. Blasberg, S. Pozniak, J. Rosenbaum i J. Schieber.

* Dr. Henryk Halban, syn ś. p. prof. Leona Halbana, wychowaniec Uniw. Jag., miał w Wiedniu wykład habilitacyjny z zakresu chorób umysłowych. Prelegent mówił: „O psychozach w rumieniu lombardzkim *(pellagra)*.

* D. 15 b. m. odbyło się w warszawskim kościele popijarskim uroczyste odsłonięcie pomnika poświęconego „przez wdzięcznych wychowańców wydziału prawnego“ ś. p. Dr. Józefowi Mianowskiemu, rektorowi b. Szkoły głównej w warszawie.

Ś. p. Dr. Józef Mianowski urodził się r. 1804 w Humaniu na Ukrainie; wydział lekarski ukończył w Wilnie r. 1828; po odbyciu gruntownych studyów w kraju i za granicą, mianowany został w r. 1839 profesorem — adjunktem kliniki lekarskiej w Wilnie, a jednocześnie wykładał fizyologię; w r. następnym mian został profesorem zwyczajnym fizyologii. Po skasowaniu wileńskiej Akademii lekarskiej poruczono mu wykłady z zakresu fizyologii w petersburgskiej lekarskiej Akademii wojskowej. Nad Newą spędził lat 18 na różnych zaszczytnych stanowiskach, a w r. 1860, jako emeryt, przeniósł się do Włoch. Powołany w r. 1862 na stanowisko rektora warszawskiej Szkoły głównej, pełnił te obowiązki do r. 1869. Umarł we Włoszech, w Sinigalii r. 1879

* Na konkursie w warszawskim szpitalu izraelickim na posadę ordynatora w oddziale chorób nerwowych największą liczbę głosów otrzymał znany specyalista, Dr. Ed. Flatau.

* Na ostatniem posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia zdał sprawę

Dr. Kusy, referent sanitarny w ministerstwie spraw wewnętrznych, o wybuchu dżumy w Indyach, a cholery w Syryi. Prof. Weichselbaum mówił o wyrabianiu surowicy do badania krwi w celach sądowo-lekarskich.

* Biuro centralne międzynarodowego związku przeciwgruźliczego odbyło zgromadzenie w Paryżu pod przewodnictwem Brouardela. Delegaci zdawali sprawę ze środków, przedsięwziętych w ich krajach do zwalczania gruźlicy: Leyden mówił o znakomitych wynikach usiłowań w tym kierunku w Niemczech, gdzie już istnieje 72 zakłady dla 7200 chorych na gruźlicę, którzy przeciętnie mogą przebywać po 3 miesiące w leczeniu; tym sposobem do 30,000 chorych rocznie może przebywać w tych zakładach. Hilliers nalicza w anglii 52 zakłady o 2,385 łóżkach; Belgia podług Dewetza ma tylko 2 zakłady; Dania podług Rördana — 3 zakłady; Szwecya podług Schmitta — 2 zakłady. Blumenthal twierdzi, że w Rosyi powstało kilka zakładów na wybrzeżach morskich. Francya, podług Brouardela, wysyła rocznie 5000 dzieci gruźliczych nad brzeg morski. Schrötter zna tylko 1 zakład przeciwgruźliczy w Austryi, zapewne Alland. Delegat austryacki zdaje się nic nie wie o sanatoryum w Zakopanem.

* Między 28—IV a 5—V doniesiono władzy o 1 przypadku ospy w pow. bocheńskim oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w m. Lwowie (2 przypadki) i następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (1 g.), dobromilskim (1 g.), dolniańskim (1 g.), drohobyckim (2 g.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (7 g.), nadworniańskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przemyślańskim (1 g.), przeworskim (4 g.), rawskim (1 g.), samborskim (1 g.), skałackim (2 g.), śniatyńskim (4 g.), stryjskim (1 g.), trembowelskim (2 g.), wadowickim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żołkiewskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVII (26—IV do 2—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 16 (5 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Dr. Lawin — prof. fizyologii w Kadyksie. Dr. Mifsud — prof. zwycz. medycyny wewnętrznej w Malcie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Oehl, prof. fizyologii w Pawii. —

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień). Geisler: Iridodialysis et inversio iridis traumatica. Ipohorski-Lenkiewicz: Wydobycie odprysku żelaznego z przedniej komory za pomocą elektromagnesu Haaba.

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Ciechomski: W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego (dokończenie). Kopczyński: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy (dok). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 19. Moraczewski. Chemia fizyczna i zastosowanie jej do medycyny. Goldberg: Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Mańkowski: Zakład higieny w Bernie szwajcarskim.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 19. Daníček: Echinococcus v dutině břišni. Brabec: O empyemu dutiny čelní (c. d.). Matiegka O významu váhy mozkové u člověka. Slavík: Zločin těžkého uškození na těle dle § 152 tr. z. resp. přečin proti bezpečnosti života dle § 335 t. z. Srdínko: O differencování pohlaví a dědičnosti u člověka i zvířat.

— *La Presse médicale* Nr. 37. Brouardel: Zwalczanie gruźlicy we Francyi. Bezançon i Labbé: Jednojądrzastość krwi i jej stosunek do odporności.

Nr. 38. Dieulafoy: Przypadek tężca wywołanego wstrzyknięciem żelatynowej surowicy. Langenhagen: Obfite wlewania jelitowe w leczeniu śluzowo-błoniastego zapalenia okrężnicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Bernhardt: Patologia zastarzałych obwodowych porażeń nerwu twarzowego. Roeder: Najniższy punkt zamarzania moczu chorych na zapalenie nerek i znaczenie jego, wyjaśnione drogą prób rozcieńczania. Aldor: Leczenie przewlekłego nieżytu jelit grubych za pomocą wysokich wlewań. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (c. d). Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Freumuth: Dyagnostyczne doświadczenia nad działaniem tuberkuliny w chorobach płuc. Pickert: Przyczynek do wyjaśnienia korzystnego wpływu pozostawania w łóżku na gorączkę suchotników. Ambrosino: Wynik leczenia w sanatoryach chorób płucnych członków dwóch Kas chorych. Köhler: Skuteczność nowoczesnego leczenia chorób płucnych w sanatoryach w świetle statystyki. Praktyka i zadanie tych zakładów. Liebe: Znaczenie sanatoryów w walce z gruźlicą. Fischer: Szmer w jamie ustnej. Spirlas: Wakuole trawienne i ich stosunek do pasorzytów raka Foa-Plimmera. Wolff. Uwagi nad leczeniem chorób płucnych w sanatoryach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20. Wiener: Przenoszenie się gruźlicy na rozmaite gatunki zwierząt. Netolitzky: Próby nakurzania z kilkoma środkami przeciwdychawiczymi. Haim: Chorobotwórczość prątka *proteus vulgaris* (Hauser) Haberer: Przypadek palców nadliczbowych u stopy. Böhler: Uwagi kliniczne nad guzami nerek, zwłaszcza nad złośliwymi nabłoniakami tego narządu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Riegel: O tętnie dziwacznem *(pulsus paradoxus)*. Rehfisch: Rokowanie przy tętnie przepuszczającem. Freymuth: Doświadczalne badania nad stosunkiem lekkich zakażeń do narządu krwiotwórczego. Pflughoeft: Doświadczalne badania nad wpływem wykluczenia wątroby na punkt zamarzania krwi.

Redakcya otrzymała. Dr. Zenon Orłowski: O wlijanii myszjaka na rost i chimiczeskij sostaw *Aspergilli nigri*. Hamaček: Janské lázně v Krkonoších. Doc Chlumský: Ueber Bau und innere Einrichtung einer chirurgischen Klinik. Wrzosek: Stručný přehled dějin polského lékařství v XIX věku

---

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 27 b. m. o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. doc. Łepkowski mówić będzie: „O porcelanie i emalii w dentystyce". (Z demonstracyami).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 30 Maja 1903. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

Potrzeba reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych nie schodzi z porządku dziennego rozpraw w towarzystwach położniczych i w piśmiennictwie bezmała wszystkich państw i krajów. I u nas jest ona również aktualna, jakkolwiek dopiero $5^1/_2$ lat minęło od wydania ostatnich przepisów służbowych dla położnych (rozporządzenie c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 10 września 1897 r.), co dowodzi, że przepisy te nie odpowiedziały w zupełności potrzebie i obecnym zapatrywaniom. Zresztą nie przedsiębrały nasze władze niczego w celu naprawy istniejących stosunków, a przedewszystkiem w celu skutecznego zapobieżenia strasznemu brakowi dyplomowanych położnych po wsiach, tudzież w celu zachęcenia lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych.

Co do reformy przepisów służbowych dla położnych należy podnieść, że jakkolwiek bardzo wiele szczegółów z przepisów służbowych, wydanych w r. 1897, można utrzymać bez wszelkiej zmiany, lub tylko z małemi poprawkami, a chodzi przedewszystkiem tylko o zmianę niektórych, co prawda bardzo ważnych postanowień, wśród których niezawodnie najważniejszem jest z a p r o w a d z e n i e i n n e g o ś r o d k a p r z e c i w g n i l n e g o w c e l u w y j a ł o w i e n i a r ą k położnych. Wybór odpowiedniego środka przeciwgnilnego sprawiał dotychczas największe trudności, bo starano się znaleźć przetwór, łączący jak najsilniejsze działanie przeciwgnilne z równoczesnem jak najmniejszem niebezpieczeństwem zatrucia. Dotychczas nie udało się znaleźć takiego środka przeciwgnilnego i zdaje się, że zjednoczenie tych dwóch własności w jednym i tym samym przetworze nie będzie nigdy możliwe. Dlatego i nadal nie obejdzie się położna bez dwóch środków przeciwgnilnych. Jeden z nich potrzebny do wyjałowienia rąk położnej, tudzież części rodnych zewnętrznych i ich otoczenia u rodzącej, względnie położnicy, drugi — potrzebny tam, gdzie nie chodzi o tak silne działanie przeciwgnilne, lub gdzie to ostatnie zbyt silnie zastosowane mogłoby być nawet szkodliwe, a więc n. p. w celu oczyszczenia powiek noworodka zaraz po urodzeniu, w celu wykonania ewentualnie potrzebnych i przez lekarza zaleconych przepłókiwań pochwy, także w celu przechowania podczas porodu nożyczek, tasiemek pępowinowych i cewnika.

Wyniki wszystkich doświadczeń klinicznych i bakteryologicznych wykazują, że dotychczas nie znaleziono przetworu przeciwgnilnego, który potrafiłby dorównać skuteczności działania sublimatu. Wszystkie inne środki posiadają tylko w części tak silne działanie przeciwgnilne, a niektóre z nich wywołują w rozczynach bardziej zgęszczonych zadrażnienie skóry i zgrubienie naskórka, nie nadają się zatem w położnictwie, wymagającem w celu łatwego wyjałowienia gładkiej skóry na rękach. Ten ostatni zarzut odnosi się przedewszystkiem do rozczynów kwasu karbolowego, przepisanego rozporządzeniem z dnia 10 września 1897 r. do użytku położnych państwa austryackiego. Już w przepisanym rozczynie 3% wywołaje kwas karbolowy niemiłe znieczulenie skóry i zgrubienie naskórka rąk. Właściwość ta jest jedną z przyczyn, dla których położne tylko rzadko kiedy sporządzają sumiennie 3% rozczyn kwasu karbolowego, a zwykle używają słabszych rozczynów, zawierających czasem już tylko ślad kwasu karbolowego. Dodajmy do tego niepewność działania przeciwgnilnego 3% rozczynu kwasu karbolowego, ewentualne niebezpieczeństwo wystąpienia objawów zatrucia, a wówczas musimy się dziwić, że przy takim braku zalet, a nadmiarze ujemnych stron, zdecydowano się u nas utrzymać kwas karbolowy, jako obowiązkowy środek przeciwgnilny dla użytku położnych. Zdziwienie musi być tem większe, że posiadamy w sublimacie tak znakomity środek przeciwgnilny, wywołujący tylko nieznaczne zadrażnienie skóry, a skuteczny już w rozczynie 1‰, co ma tę zaletę, że położna może być zaopatrzona w znaczny zapas sublimatu, wystarczający do sporządzenia wielkiej ilości płynu przeciwgnilnego, nie mówiąc i o tem, że sublimat jest równocześnie najtańszym środkiem przeciwgnilnym. Rozumie się samo przez się, że tylko w celu wyjałowienia rąk i części rodnych zewnętrznych zalecam używanie sublimatu w praktyce położnych; zarzut zaś niebezpieczeństwa, połączonego z używaniem sublimatu, upada, odkąd zaczęto wyrabiać papierki napojone sublimatem, przy których możność pomylki w przeciwstawianiu do pastylek sublimatowych jest wykluczona. D z i s i a j z a t e m n i e w i d z ę j u ż a n i j e d n e g o p o w o d u, p r z e m a w i a j ą c e g o p r z e c i w s u b l i m a t o w i i z tem większem przeświadczeniem i uprawnieniem wracam do żądania zaprowadzenia sublimatu w praktyce położnych, gdyż już przed 14 laty (*Centralblatt f. Gynaekologie,* 1887, Nr. 34) i powtórnie na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w roku 1900 w Krakowie za tem przemawiałem.

Jako środek przeciwgnilny, nadający się najlepiej do reszty potrzeb w praktyce położnych, zasługuje na uwzględnienie 3% rozczyn kwasu borowego. Obok dość silnego działania przeciwgnilnego, wolny on jest od wszelkiego niebezpieczeństwa zatrucia i tworzy płyn przeźroczysty w przeciwwstawieniu do mętnych rozczynów lysolu, lysoformu, kreoliny i kresolu, które w dodatku podobnie jak rozczyny kwasu karbolowego wywołują nieraz dolegliwe pieczenie.

Nieodzownym warunkiem umożliwienia sumiennego wykonawstwa przepisów postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego jest bezpłatne dostarczanie położnym wszystkich środków i przyborów do tego potrzebnych, jak: sublimat, kwas borowy, wyjałowiona wata, wyjałowiona waselina i szczotki do rąk. Środki te i przybory powinny być dostarczane położnym bezpłatnie w dostatecznym zapasie na receptę urzędowego lekarza, gdyż słuszność wymaga, ażeby państwo ponosiło ciężary, wynikające z wykonania przepisów postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego, a niesprawiedliwością jest i udaremnieniem wykonania tych przepisów zwalać koszt na położne, które tylko rzadko mają do czynienia z takiemi pacyentkami, które mogą ponosić w całości koszt postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego.

Nie mniej ważnem i pożądanem wydaje mi się zaprowadzenie obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczu noworodków. Pod tym względem zgadzam się najzupełniej ze stanowiskiem, zajętem przez A. Rosnera (*Przegląd lekarski*, 1903, Nr. 1) i żądam razem z nim zaprowadzenia obowiązkowego zakraplania oczu noworodków, a tylko co do wyboru środka, przeznaczonego do zakraplania, wolałbym pozostać przy rozczynie octanu lub azotanu srebrowego, gdyż wobec tyloletniego powszechnego zastosowania tych soli srebrowych prawie we wszystkich zakładach położniczych nie ulega wątpliwości ich niezawodna skuteczność i pewność działania, podczas gdy 10% rozczyn protargolu, zalecony przez Engelmanna, Piotrowskiego i Rosnera, jakkolwiek zdaje się nie ustępować w działaniu rozczynom powyższym, zbyt krótko jednak jest jeszcze w użyciu, ażeby dawał tę samą rękojmię. Objawom zadrażnienia spojówek, jakie tu i owdzie występują po zakropleniu rozczynu octanu lub azotanu srebrowego, możemy łatwo zapobiedz, jeżeli za radą Zweifla zaraz po zakropleniu przemyjemy oczy słabym rozczynem soli kuchennej, strącając w ten sposób ewentualny nadmiar srebra, jako niedrażniący chlorek srebrowy. Nie bez słuszności zaś oddaje Zweifel (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1900, Nr. 51) pierwszeństwo octanowi srebrowemu przed azotanem srebrowym, gdyż pierwszy rozpuszcza się tylko co najwięcej w ilości 1·02:100 wody, a rozczyn pozostaje zawsze niezmieniony, bo w miarę ewentualnego wyparowania wody opada na dno nadmiar octanu srebrowego.

Co do techniki mechanicznego mycia rąk podnoszę niemożliwość dokładnego oczyszczenia rąk i przedramion w przeciągu 3 minut, jak to ostatnie przepisy służbowe z r. 1897 przypuszczają. Jeżeli wierzchnia warstwa naskórka ma uledz w istocie pożądanemu zmacerowaniu i złuszczeniu, to na to potrzeba co najmniej 10 minut czasu.

Niedostatecznem wydaje mi się także zanurzenie rąk tylko na 3 minuty w płynie przeciwgnilnym I tutaj lepiej także więcej wymagać i oznaczyć *minimum* potrzebnego działania środka przeciwgnilnego na ręce na 5 minut.

Nie mogę się dalej zgodzić na zaniechanie używania waseliny do badania wewnętrznego, bo u niektórych ciężarnych i rodzących, zwłaszcza pierwiastek o suchej i chropawej pochwie, badanie wewnętrzne bez waseliny bywa nieraz utrudnione i bolesne, a nawet może sprowadzić obrażenie nabłonka. Dla palca badającego zaś jest waselina bardzo pożądaną ochroną miejsc o zdartym naskórku przed niebezpieczeństwem zakażenia kiłowego. Tymczasem w obowiązujących przepisach służbowych dla położnych znajdujemy na str. 23 zupełnie niewłaściwe postanowienia, które dozwalają położnym pomazywanie palca dla własnego bezpieczeństwa dopiero wtedy, „jeżeli miejsca dotyku na skórze palca są czułe, lub jeżeli obawiać się trzeba zarażenia przez bezpośrednie zetknięcie się palca położnej z częścią ciała rodzącej, dotkniętą zaraźliwą chorobą“. Jak gdyby każdy ubytek naskórka na palcu musiał się zdradzać bolesnością, lub położna mogła zawsze wiedzieć, kiedy rodząca jest dotknięta kiłą.

Zwrócić się także należy przeciw niepotrzebnemu, a nawet szkodliwemu przepisowi wypróżniania kiszki stolcowej noworodków zaraz po porodzie, gdyż pozbawienie płodu smołki, zawierającej jeszcze pewne odżywcze substancye, ulegające w kiszce stolcowej wessaniu, przyspiesza potrzebę rozpoczęcia wcześniejszego odżywiania płodu. Wzgląd ten nie jest bynajmniej obojętny wobec tego, że wytwarzanie się mleka w piersiach położnicy nieraz się opaźnia.

Tak samo pożądanem byłoby nareszcie zabronić położnym kąpieli noworodków aż do dnia odpadnięcia pępowiny. Ostrożność ta jest wskazana ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia pępka za pośrednictwem nieczystej wody i wanny. I w istocie niebezpieczeństwo to jest większe i częstsze, niżby się zdawało, gdyż nie zawsze można mieć wodę niepodejrzanej czystości, a tylko czasem możemy ufać czystości wanienki, jeżeli ta nie służy równocześnie do prania brudnej bielizny, jako zlew brudnej wody lub skład różnych rupieci. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu

W sprawie rozpoznawania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych.

Podali

Aleksander Fawicki i Witold Orłowski,

docenci chorób wewnętrznych.

(Dokonczenie).

VI.

Dla udowodnienia wyżej wypowiedzianych poglądów i twierdzeń przytaczamy 6 spostrzeżeń, zaczerpniętych z ogromnego materyału, który zebraliśmy w klinice lekarskiej w ciągu lat 12. Przytoczone historye chorób wybraliśmy z szeregu spostrzeżeń, dokonanych w latach 1892 i 1893, a to w celu stwierdzenia, że już oddawna posługujemy się opisanemi metodami rozpoznawczemi z zupełnem przeświadczeniem o ich użyteczności. Historye chorób przytaczamy w rozmiarach możliwie skróconych: stan innych narządów, oprócz dróg moczowych, podajemy tylko w razie istnienia jakichkolwiek zmian chorobowych.

Spostrzeżenie I. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis sin. Bronchitis. Nephroptosis duplex.* W—n, lat 40, zamężna, wstąpiła do kliniki 30 stycznia 1892 r., uskarżając się na gorączkę, silne bóle w boku lewym, kaszel i ogólne osłabienie. Choroba trwa od trzech dni; najpierw wystąpiły dreszcze, które trwały kilka godzin, potem gorączka i poty; ból w lewym boku, który chora odczuwała już oddawna, wzmógł się w znacznym stopniu; do tego dołączył się kaszel. Odżywienie podupadłe, powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade, dolny brzeg lewego

płuca podczas głębokich oddechów mało ruchomy; oddech szorstkawy, w płucach skąpa ilość suchych, oraz wilgotnych rzężeń; nerka prawa ruchoma; obmacywanie lewego podżebrza wywołuje znaczny ból, zwłaszcza w siedzibie nerki; nerka lewa wyczuwalna, jako ciało bolesne, nieco powiększone w porównaniu z prawą; ból rozpromienia się ku okolicy lędźwiowej; opukiwanie i wstrząsanie lewej okolicy nerkowej jest nadzwyczaj bolesnem. C. 39,4°. Ponieważ nerka lewa objętością przewyższa prawą, a badanie lewej okolicy nerkowej wywołuje silny ból, rozpoznano nieżytowe zapalenie lewej miedniczki nerkowej z jej rozszerzeniem; ograniczenie ruchomości dolnego płatu płuca lewego tłómaczyliśmy, jako zjawisko odruchowe, wywołane bolesnością okolicy nerkowej. Chora przebyła w klinice trzy tygodnie. Najwyższą ciepłotę stwierdzono dnia pierwszego; w dniach następnych obniżała się ona stopniowo, a po tygodniu pobytu chorej w klinice stała się prawidłową. Ilość moczu podczas okresu gorączkowego wahała się koło 1000·0; ciężar właściwy 1,010—1,012; oddziaływanie jego bardzo kwaśne; mocz zawierał śluz i nieznaczną domieszkę nabłonków i komórek ropnych; analiza stwierdziła w nim ślady białka. Gdy gorączka ustąpiła, stan ogólny chorej poprawił się i bóle w lewem podżebrzu znacznie zmniejszyły się, lecz z łatwością dawały się wywołać przy opukiwaniu okolicy nerkowej; objętość lewej nerki zmniejszyła się także. Ilość moczu na dobę podniosła się (1500 sz. ctm. przeciętnie) i w dwóch ostatnich dniach dochodziła do 2000 ctm. sz.; białko znikło; w osadzie znajdował się śluz i pojedyncze ciałka ropne. W tym więc przypadku za nieżytem miedniczki nerkowej przemawiały: 1) bóle w okolicy nerki lewej, które występowały przy opukiwaniu, oraz w okresie, gdy zaostrzenie sprawy chorobowej ustąpiło; 2) stan ciepłoty, zwłaszcza jednoczesne ustanie bólu z obniżeniem ciepłoty do normy; 3) wahania ilości moczu; 4) zmniejszenie objętości nerki lewej po napadzie.

Spostrzeżenie II. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra.* B—n, żołnierz, lat 25 liczący, wstąpił do kliniki 4 lutego 1892 roku, skarżąc się na ogólne osłabienie i niedomaganie, bóle w prawem podżebrzu i w lędźwiach; ból od czasu do czasu wzmaga się znacznie, występując z charakterem kolki. Choroba trwa od dwóch tygodni; przed trzema laty cierpiał na rzeżączkę. Badanie wykazuje nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego pod łopatką prawą; obmacywanie podżebrza prawego w okolicy nerki bardzo bolesne; ból rozpromienia się wzdłuż moczowodu w kierunku do moszny; obmacywanie podżebrza lewego nie sprawia bólu; wstrząsanie i opukiwanie prawej okolicy nerkowej nadzwyczaj bolesne. Na podstawie tych poszlak rozpoznano nieżyt prawej miedniczki nerkowej. Dalsza obserwacya rozpoznanie to potwierdziła. Chory przeleżał w klinice 6 tygodni. Bóle w prawej okolicy nerkowej zaostrzały się kilka razy do stopnia typowej kolki; dobowa ilość moczu ulegała znacznym wahaniom; najwyższa liczba wynosiła 2500, najniższa 800 ctm. sz.; zmniejszenie ilości moczu występowało podczas zaostrzenia bólów w prawej okolicy nerkowej; gdy zaś napad przemijał, ilość moczu znacznie podnosiła się; n. p. 15 lutego ilość moczu podniosła się z 1700 do 2500 ctm. sz.; 24 lutego z 1300 do 2400. Odpowiednio wahaniom ilości moczu zachowywał się i ciężar właściwy (1,010—1,024); mocz był bądź przeźroczysty, bądź też mętny, zależnie od przymieszki śluzu; zależności między zmętnieniem moczu i natężeniem sprawy nieżytowej w miedniczce nerkowej wykryć się nie udało, komórki ropy występowały w moczu tylko zrzadka; białka i wałeczków nie stwierdzono przez cały czas; odczyn moczu był kwaśny. Oddawanie moczu początkowo częstsze, następnie stało się prawidłowem. Ciepłota w pierwszych dniach choroby była nieco podniesiona, nie wyżej nad 37,7°; w dalszym zaś przebiegu nawet podczas silnego wzmożenia bólów w okolicy nerkowej ciepłota była prawidłową. W marcu nastąpiło znaczne polepszenie, wskutek czego chory dnia 18 marca wystąpił z kliniki.

Spostrzeżenie III. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra. Enteritis.* C—w, felczer, lat 21; wstąpił do kliniki 10 lutego 1892 r. Przed 4 dniami nagle bez widocznej przyczyny wystąpiła biegunka, wzdęcie i silne bole brzucha, nudności, dwukrotne wymioty i tępy ból w prawej okolicy lędźwiowej; jednocześnie podniosła się ciepłota. W ciągu trzech ostatnich lat pacyent cierpiał na zaparcie żywota naprzemian z biegunką, występującą od czasu do czasu. Przed trzema laty nabawił się rzeżączki, która przeszła w stan przewlekły i czasem zaostrzała się. Podczas tych zaostrzeń występował nieraz ból w okolicy lędźwiowej. Pieczenia w cewce moczowej chory nie doświadcza. Badanie wykazało następujące zmiany: w dolnej części prawej okolicy pachowej, również pod łopatką prawą odgłos wypukowy przytłumiony, oddech osłabiony, ruchomość dolnego brzegu prawego płuca ograniczona. Brzuch wzdęty, podczas obmacywania mało bolesny, z wyjątkiem okolicy żołądka, zwłaszcza podżebrza prawego, w którem ucisk wywołuje silny ból; wstrząsanie i opukiwanie prawej okolicy nerkowej jest w wysokim stopniu bolesne; uciskanie nad spojeniem kości łonowych nie wywołuje bolu. Ciepłota 38,8° C.

Na podstawie wskazówek, otrzymanych przy obmacywaniu i opukiwaniu prawej okolicy nerkowej, oraz wywiadów, wskazujących na bole w okolicy lędźwiowej podczas zaostrzeń rzeżączki przewlekłej, rozpoznano nieżyt prawej miedniczki nerkowej; nieprawidłowości ze strony płuca prawego tłómaczyliśmy, jako zjawiska odruchowe, występujące wskutek bolu. Oprócz tego mieliśmy do czynienia z niewątpliwem zaostrzeniem przewlekłego nieżytu przewodu pokarmowego, którego objawy prawie wyłącznie niepokoiły chorego. Dalsza obserwacya stwierdziła rozpoznanie. Chory przeleżał w klinice 42 dni. Objawy żołądkowo-jelitowe złagodniały po dwóch tygodniach pobytu w klinice, bolesność zaś w prawej okolicy nerkowej utrzymywała się przez cały czas i zmniejszyła się dopiero przed wystąpieniem chorego z kliniki. Ciepłota wieczorna była prawie ciągle podniesiona i dochodziła w pierwszym tygodniu do 39°, następnie obniżyła się do 38°, wreszcie w ostatnich 10 dniach była niżej 37,5° C; zrana była prawidłową, a nieraz zaś niżej normy; z nasileniem gorączki pogarszał się stan ogólny. Ilość moczu w pierwszych 12 dniach wahała się mniejwięcej około 1500 ctm. sz., następnie podniosła się do 2000—3000 ctm. sz.; ciężar właściwy początkowo wynosił 1,011—1,013, następnie 1,015—1,019; oddziaływanie moczu było kwaśne; mocz bywał często mętny z powodu zwiększonej ilości śluzu; od czasu do czasu zjawiały się w nim w nieznacznej ilości komórki ropne; białko występowało w bardzo niewielkiej ilości; wałeczków nie stwierdzono. Oddawanie moczu było częstsze przez cały czas choroby. Po upływie roku chory ponownie wstąpił do kliniki, uskarżając się na ból w lędźwiach, zwłaszcza w prawej połowie, ogólne niedomaganie i dreszcze; jednocześnie wystąpiło zaostrzenie przewlekłej rzeżączki; badanie wykazało nieżyt prawej miedniczki nerkowej.

Spostrzeżenie IV. Rozpoznanie: *Pyelitis calculosa sinistra* L—ij, żołnierz, lat 22; wstąpił do kliniki 28 września 1892 r., użalając się na silną gorączkę, ból i zawroty głowy, ogólne osłabienie i nadzwyczaj silne bole w lewym boku. Choroba rozpoczęła się 26/IX po ciężkiej pracy; chory uczuł nagle bardzo dotkliwy ból w boku lewym, który następnej nocy jeszcze się wzmógł; wystąpiły dreszcze, gorączka, bredzenie; chory podczas bredzenia spadł z łóżka, co wzmogło jeszcze bole. W tym stanie przywieziono go do kliniki. Przed 2 laty spadł z konia na kamień, przyczem stłukł sobie silnie bok lewy i stracił przytomność; ból zatrzymał go w łóżku prawie dwa miesiące; wkrótce po urazie zauważył krew w moczu. Po dwóch miesiącach nastąpiła poprawa, zawsze jednak podczas konnej jazdy uczuwał ból w lewym boku. Badanie wykazało: osłabienie drżenia głosowego w lewej okolicy pachowej i pod łopatką; odgłos wypukowy w tej okolicy przytłumiony, oddech nieco osłabiony; opukiwanie okolicy przytłumienia wywołuje silny ból. Najlżejsze obmacywanie lewego podżebrza jest bardzo bolesne; ból rozchodzi się wzdłuż lewego moczowodu, zdąża ku lewemu udu i lewemu jądru, ku tyłowi zaś do lewej okolicy nerkowej. Opukiwanie lewej okolicy nerkowej sprawia nadzwyczaj silny ból, który ku przodowi rozpromienia się w podżebrze. Obmacywanie prawego podżebrza niebolesne; opukiwanie prawej okolicy nerkowej wywołuje ból, lecz znacznie słabszy, niż po stronie lewej. Ogólny stan przygnębiony, chory leży wciąż na brzuchu, gdyż w tem położeniu bole łagodnieją. Ciepłota 40° C.

Na podstawie wywiadów, oraz nadzwyczaj silnych bolów w lewej okolicy nerkowej o cechach typowej kolki nerkowej, rozpoznano nieżyt lewej miedniczki. Chory przeleżał w klinice 11 tygodni. Przebieg choroby był następujący: ciepłota do 3 października wahała się między 39° a 40,5° C; następnie zaczęła szybko opadać i 4—X zrana wynosiła 37,5° C.; w dalszym zaś ciągu była prawidłową i tylko 30—XI podniosła się do 38,8° C., nazajutrz jednak była znów prawidłową. Bole w podżebrzu lewem i lewej okolicy nerkowej z obniżeniem ciepłoty złagodniały i 10—X chory w leżącem położeniu nie odczuwał bolów; bolesność występowała wyraźnie tylko podczas chodzenia, zwłaszcza zaś przy wstrząsaniu i opukiwaniu lewej okolicy nerkowej; 14—X ciepłota podniosła się wieczorem do 37,8°, jednocześnie wzmogły się bole. W dalszym ciągu bole mało niepokoiły chorego, jakkolwiek od czasu do czasu zaostrzały się; 30/XI ciepłota podczas nasile-

nia bolów podniosła się do 38,8° C. Przez cały czas pobytu chorego w klinice można było wywołać bole przez opukiwanie okolicy nerki lewej.

Interesującą jest ta okoliczność, że od 21 października, gdy bole w lewej okolicy nerkowej złagodniały tak, że silne opukiwanie wywołać zdołało zaledwo nieznaczne uczucie bolesne, występowała z dnia na dzień coraz nadczułość skóry wyraźniej w tych okolicach, gdzie przedtem była siedziba bolesności; nadczułość ta trwała 5—6 dni, a potem znikła. Tosamo zjawisko towarzyszyło i ostatniemu napadowi (30 listopada), jakkolwiek tym razem wystąpiło w słabym stopniu.

Dobowa ilość moczu wahała się w pierwszych dniach podczas gorączki mniejwięcej około 500 ctm. sz.; z opadnięciem wysokiej ciepłoty zwiększyła się ona do 1000, a następnie znów obniżyła się do 500 ctm. sz. Począwszy od 10 października mała ilość moczu zaczęła się podnosić; 13-go wynosiła przeszło 2500 ctm. sz.; zwiększeniu temu towarzyszyło zmniejszenie bolów w boku lewym. Od 14/X ilość moczu znowu zaczęła się obniżać (drugi napad) i 18/X wynosiła 500 ctm. sz.; następnie zaczęła stopniowo podnosić się i 6 listopada, gdy bole znacznie złagodniały, wynosiła 2400 ctm. sz. W dalszym ciągu ilość moczu na dobę była prawie prawidłową, od czasu do czasu zwiększała się, właśnie wtenczas, gdy słabły bole w podżebrzu lewem i lewej okolicy nerkowej. Oddziaływanie moczu było zawsze kwaśne; ciężar właściwy wahał się między 1,024—1,000, zależnie od wahań dobowej ilości moczu; białko (ślady) stwierdzono tylko w pierwszych 6 dniach. Początkowo mocz był wysycony i mętny; w osadzie znajdowały się kryształy kwasu moczowego, sole moczanowe i pojedyncze komórki nabłonkowe; gdy dobowa ilość moczu podnosiła się, mocz stawał się przeźroczystym i zawierał w mniejszej ilości tesame części składowe. Śluz wydzielał się kilkakrotnie w zwiększonej ilości, niezależnie od dobowej ilości moczu. Komórek ropnych nie wykryto w moczu ani razu; podczas badania 20 października znaleziono w moczu niewielką ilość krwinek czerwonych. Oddawanie moczu podczas zaostrzenia bolów w lewej okolicy nerkowej było częstsze, a po ukończeniu napadu — prawidłowe; podczas napadu moczenie stawało się niekiedy bolesne. Uciskanie na pęcherz moczowy nad spojeniem łonowem i na gruczoł krokowy przez odbytnicę zawsze było niebolesne.

Ze strony przewodu pokarmowego następowała częsta zmiana zaparcia stolca na biegunkę i odwrotnie; biegunka zwykle występowała podczas zaostrzenia bolów w lewem podżebrzu i w okolicy nerki lewej.

Chory uczuł w końcu znaczną ulgę i wystąpił z kliniki. Obserwacya więc kliniczna przekonała się o słuszności naszego rozpoznania. Na nieżyt miedniczki nerki lewej wskazywały napady typowej kolki nerkowej, które występowały od czasu do czasu, oraz towarzyszące im objawy (obfite moczenie i t. d.).

S p o s t r z e ż e n i e V. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra.* P—w, szeregowiec, lat 23, wstąpił do kliniki 3 października 1892 roku, użalając się na gorączkę, ból głowy, ogólne osłabienie, bole w całym brzuchu, nudności i wymioty; choroba trwa od 4 dni; rzeżączki nie przebywał.

Badanie wykazało: język obłożony, brzuch wzdęty, bolesny, zwłaszcza w prawej okolicy biodrowej, gdzie wyczuwa się przelewanie treści jelitowej; obmacywanie prawego i lewego podżebrza — bolesne; wątroba i śledziona nieco powiększone. Przy opukiwaniu okolicy nerek z tyłu występuje silna bolesność. Stolec zatrzymany. W moczu ślad białka. Ogólny stan przygnębiony, ciepłota 38,9°; różyczki na skórze niema (nie było jej również i w dalszym przebiegu choroby).

Pierwsze wrażenie, jakie sprawiał chory, było to, że mieliśmy przed sobą chorobę zakaźną, przypominającą dur brzuszny. Nieżytu miedniczek nerkowych nie przypuszczano wobec braku ścisłego umiejscowienia bolu w okolicy nerek.

Chory przeleżał w klinice 4 miesiące. Przebieg choroby był pouczający pod wielu względami i wykazał, że chory ten niewątpliwie cierpiał na nieżyt miedniczki nerkowej, a więc i tu bolesność miała znaczenie rozpoznawcze. Gorączka trwała od 9 do 18 października, ulegając nasileniom do 39° C. z wahaniami, dochodzącemi do 1°, począwszy zaś od 19-go ciepłota zaczęła opadać i 25-go stała się prawidłową. Z opadnięciem ciepłoty do normy zmniejszyła się wątroba, śledziona zaś prawie nie uległa zmianie; stan ogólny przedstawiał znaczną poprawę, bole w brzuchu zmniejszyły się; ból przy obmacywaniuześrodkował się przeważnie w prawej okolicy biodrowej, ztąd rozpromieniał się w górę ku podżebrzu prawemu, oraz ku miejscu siedziby nerki, gdzie był najsilniejszy; wstrząsanie prawej okolicy nerkowej i opukiwanie jej z tyłu było bardzo bolesne. Chory odczuwał ból i po stronie lewej, lecz znacznie słabszy. Ilość moczu podczas gorączki wynosiła 700—800 ctm. sz.; mocz był wysycony, niekiedy mętny od domieszki śluzu, o ciężarze właściwym 1,020—1,018; oddziaływanie moczu było kwaśne; badanie drobnowidowe wykazywało śluz, kryształki kwasu moczowego, nabłonek płaski i ropne komórki w bardzo niewielkiej liczbie. Po ustąpieniu gorączki ilość moczu podniosła się do 1300—1400 ctm. sz., a męt ustąpił; badanie drobnowidowe nie wykazywało ciałek ropy.

Wyniki tego badania naprowadziły nas na myśl, że mieliśmy do czynienia z nieżytem miedniczki nerki prawej. Dalszy przebieg choroby potwierdził to rozpoznanie. Ból w prawej okolicy nerkowej stopniowo się zmniejszał; 10—11 listopada ból można było wykazać tylko silnem opukiwaniem; 16 listopada znowu wystąpiło ogólne niedomaganie, ciepłota podniosła się do 38° i na tej wysokości utrzymywała się przez 2 dni, następnie opadła; począwszy od 21 do 27—XI ciepłota znowu poczęła się nasilać, dochodząc wieczorem do 40,6° C., zrana zaś była prawidłową; przez ten czas ogólny stan chorego znacznie pogorszył się, bole w brzuchu, podżebrzu prawem i lewem, oraz w lędźwiach bardzo się wzmogły; obmacywanie podżebrzy i opukiwanie okolicy nerek, zwłaszcza po stronie prawej było nadzwyczaj bolesne; uciskanie wzdłuż moczowodu prawego sprawiało silny ból, który rozpromieniał się do uda prawego; zaparcia żywota przechodziły w biegunkę (2—3 płynne stolce codzień); ilość moczu spadła do 600—300 ctm. sz., mocz był mętny, zawierał dużo śluzu, nieznaczną liczbę komórek ropnych i ślad białka; po opadnięciu gorączki do normy ilość moczu podniosła się do 1400—1500 ctm. sz.; po upływie dwóch dni mętny mocz stał się przeźroczystym, nie zawierał już białka i komórek ropnych. W czasie gorączki moczenie stawało się nieco częstszem (6 do 7 razy na dobę), po ustąpieniu zaś gorączki prawidłowem (3—4 razy).

Tygodniowy ten okres gorączki miał ogromne znaczenie rozpoznawcze: pojawienie się w moczu ropy, cechujące właściwości napadu bolowego (»kolka nerkowa«) i ciepłota, która wskazywała na sprawę ropno-nieżytową, przemawiały za zaostrzeniem nieżytu miedniczki nerkowej.

Od dnia 30 listopada do 22 grudnia ciepłota była prawidłową i chory czuł się dobrze; tylko obmacywanie prawego podżebrza i opukiwanie prawej okolicy nerkowej z tyłu sprawiało mierny ból; mocz nie wykazywał żadnych nieprawidłowości.

Od 22 do 28 grudnia trwało nowe zaostrzenie z podniesieniem ciepłoty, jakkolwiek mniej znacznem, niż poprzednio; napad trwał 7 dni i przebiegał, jak i poprzedni, z zmniejszeniem się ilości moczu, wystąpieniem w nim komórek ropnych itd. Po 7 dniach gorączka ustąpiła, mocz nabrał cechy prawidłowej, bole złagodniały. W dalszym przebiegu można było zaznaczyć 2 zjawiska: 1) 15 stycznia bole w okolicy nerkowej znacznie się wzmogły, jakkolwiek ciepłota została prawidłową, a 16-go stwierdzono w moczu obfitą ilość ropy, która nazajutrz znikła; 2) 30 stycznia ciepłota podniosła się do 38,4°, bole w okolicy nerkowej się wzmogły; 31 stycznia znowu pokazała się w moczu ropa, coprawda w nieznacznej ilości, a nazajutrz już jej nie można było wykazać; 4 lutego chory opuścił klinikę.

S p o s t r z e ż e n i e VI. Rozpoznanie: *Pyelitis catarrhalis dextra. Enteritis chr.* Sz—n, szeregowiec, lat 22, wstąpił do kliniki 10 marca 1893 r., uskarżając się na upośledzenie łaknienia, odbijanie, wzdęcie brzucha, bole w okolicy żołądka, oraz w okolicy lędźwiowej i ogólne osłabienie. Od kilku lat cierpi na zaparcie stolca, występujące naprzemian z biegunką, podczas której bole w brzuchu wzmagają się; ilość moczu podczas zaostrzenia bolów zwykle obniża się, mocz staje się mętnym, a moczenie częstszem; po ustąpieniu zaostrzenia wydzielanie moczu znacznie się zwiększa i mocz staje się przeźroczysty. Rzeżączki chory nie przebywał.

Badanie wykazało następujące nieprawidłowości: brzuch nieco wzdęty i bolesny na całej przestrzeni, zwłaszcza w okolicy żołądka, okrężnicy wstępującej i zstępującej, prawego podżebrza, mniej lewego. Okrężnica wstępująca i zagięcie esowate są nacieczone. Podczas obmacywania podżebrza prawego w kierunku ku nerce prawej ból najsilniejszy, jakkolwiek nie przedstawia się ściśle umiejscowionym; lekkie opukiwanie okolicy nerek sprowadza nieznaczny ból, mocniejsze opukiwanie po stronie prawej jest boleśniejsze, ciepłota prawidłowa.

Wywiady i badania wykazywały przewlekły nieżyt przewodu pokarmowego. Bole w podżebrzach mogły również powstawać wskutek rozdymania jelit; ta jednak okoliczność, że w podżebrzu prawem ból był silniejszy, niż w lewem i że w okolicy nerki prawej ból był najwy-

raźniejszy, co zwłaszcza występowało podczas mocniejszego opukiwania, wszystko to zmuszało do podejrzywania i nieżytu prawej miedniczki nerkowej. Dalszy przebieg choroby przekonał o słuszności tego rozpoznania. Chory przeleżał w klinice prawie 5 miesięcy. Gdy biegunka na 13 dzień pobytu w klinice ustąpiła, można było z łatwością wykazać, że bólześrodkowywał się właśnie w okolicy nerki prawej; nerka lewa prawie nie zdradzała bolesności. Dnia 23 marca ilość moczu podniosła się do 1700 ctm. sz. o ciężarze właściwym 1%; oddziaływanie moczu było kwaśne, mocz był mętny od domieszki śluzu; białka i komórek ropy nie stwierdzono. Następnie ilość moczu spadła do 1000 ctm. sz. i na tym stopniu pozostawała do 1 kwietnia; przez ten czas mocz często bywał bardzo mętny od przymieszki śluzu; opukiwanie prawej okolicy nerkowej świadczyło niezbicie, że właśnie jej ból dotyczył; ogólny stan był zadowalniający, ciepłota prawidłowa, czynność jelit nie naruszona.

Od dnia 1 kwietnia nastąpiło nagłe pogorszenie stanu chorego: wśród ogólnego osłabienia i bólów w brzuchu wystąpiły w prawej okolicy nerkowej nadzwyczaj silne bole, mocz wydzielał się w zmniejszonej ilości i bardzo mętny; oprócz obfitej zawartości śluzu, zawierał on nieznaczną ilość komórek ropnych. D. 6 kwietnia bole złagodniały, ilość moczu podniosła się z 900 ctm. sz. (dobowej ilości z dnia poprzedniego) odrazu do 5600 ctm. sz.; ta zwiększona ilość moczu, obniżając się stopniowo, utrzymywała się aż do 13 kwietnia; d. 13 wynosiła 2,100 ctm. sz.; w następnym tygodniu ilość moczu wahała się około 1800 ctm. sz.; od 21/IV zaczęła ona obniżać i 24 kwietnia wynosiła już tylko 500 ctm. sz. Podobne znaczne obniżenie ilości moczu tłómaczyło się jednoczesną biegunką; gdy po 2 dniach biegunka ustąpiła, ilość moczu podniosła się znowu do normy.

D. 4 maja wystąpiła gorączka o torze nieprawidłowym (37,6 do 38,6), która następnie trwała prawie przez cały czas pobytu chorego w klinice. Przebieg choroby od tego czasu był jednostajny; bole w brzuchu i okolicy nerkowej po stronie prawej już to się wzmagały, już to słabły i pod koniec pobytu w klinice znacznie złagodniały; ilość moczu była przeważnie obniżona (1000—1100 ctm. sz.); mocz był mętny, czasami zaś przeźroczysty, oddziaływanie jego kwaśne, ciężar właściwy wahał się około 1,014: komórek ropnych nie stwierdzono, tylko 9 czerwca w następstwie silnego zaostrzenia bolów w okolicy nerek pokazały się w moczu ciałka ropne w znacznej liczbie.

Widzimy więc, że potwierdziło się pierwotne nasze przypuszczenie, iż mieliśmy do czynienia z nieżytem prawej miedniczki nerkowej. Za tem rozpoznaniem przemawiały 1) bole podczas opukiwania prawej okolicy nerkowej przez cały czas pobytu chorego w klinice; 2) czasowe znaczne wzmożenie ilości moczu (*polyuria*); 3) śluz w moczu, którego ilość okresowo znacznie podnosiła się i 4) obfita ilość ciałek ropnych w moczu po jednym z napadów zaostrzenia (9 czerwca). Ból w lewej okolicy nerkowej powstawał najprawdopodobniej na drodze odruchowej.

Piśmiennictwo. 1) Israël: Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. (Berl. kl. Wochenschrift 1889, Nr. 7; również Deutsche medic. Wochenschrift 1887, Nr. 20 i 1893, Nr. 22; Archiv für klinische Chirurgie 1894, Bd. 47 (Erfahrungen über Nierenchirurgie) i Bd. 61 (Operationen bei Nieren- und Uretersteinen); Berl. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 2 (Was leistet der Ureterenkatheterismus in der Nierenchirurgie); patrz wreszcie monografię: Chirurgische Klinik der Nierenkrakheiten, Berlin 1901. — 2) Guyon: Kliniczeskija lekcii o boleznijach moczewych putiej. Przekład rosyjski, 1899. — 3) Senator: Die Erkrankungen der Nieren. Nothnagel's Specielle Pathol. u. Therap. Bd. 19 cz. 1, rozdział 2 — 4) Récamier: Etude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale. Thèse de Paris 1889. — 5) Leo: Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane. Berlin 1895 — 6) Ultzmann: Die Krankheiten der Harnblase. Pyelitis und Pyelonephritis 1890. — 7) Fürbringer: Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 1890. — 8) Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkranheiten 1886. — 9) Labadie-Lagrave: Urologie clinique et maladies des reins 1888. — 10) Fischl: Ein Beitrag zur Aetiologie und Diagnose der Pyelitis. Zeitschrift für Heilkunde 1886, Bd. 7) — 11) Ziernow: II-oj Sjezd Obszczestwa russkich wraczej w pamiat Pirogowa. (Medicinskoje Obozrenije 1886, Nr. 2—3). — 12) Fiłatow: O pielitie i moczekisłom diatiezie u djetjej. (Djetskaja medicina 1901, t. 6, Nr. 4). 13) Zacharijn: Kliniczeskija lekcii. Zesz. 2, 1890. — 14) Goldflam: O wstrząsaniu nerek. (Medycyna 1900, Nr. 25, również Berl. kl. Wochenschrift 1901, Nr. 2). — 15) Küster: Die chirurgischen Krankheiten der Nieren. (Deutsche Chirurgie herausgegeben v. Bergmann und v. Bruns 1896, część I). — 16) W. Orłowski: K woprosu o baktericidnych i rastworjauszczych moczewuju kisłotu swojstwach urotropina i terapewticzeskom jego primienienii pri cistitach, 1900. Petersburg. — 17) Krogius: Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire, 1892. Helsingfors. — 18) Melchior: Cystitis und Urininfection. Klinische, experimentelle und bacteriologiche Studien. 1897 Berlin; również: Bericht über 52 bacteriologisch untersuchte Fälle von infectiöser Erkrankung des Harntractus. Monatsberichte über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Harn- und Sexualapparate 1899 i inne prace. — 19) Rosenfeld: Zur Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Pyelitis. Berliner kl. Wochenschrift 1898, Nr. 30). — 20) Casper: Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Berlin 1896; również: Berl. kl. Woch. (Ueber den diagnostischen Werth des Ureteren-Katheterismus für die Nierenchirurgie. — 21) Eichhorst: Lehrbuch der speciel. Pathol. und Therap. Bd. II. — 22) Schrwald. Zülzer's klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1894, część II. — 23) Memelsdorf: Przytaczam według streszczenia z Centralblatt für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane 1900, str. 263. — 24) Holländer: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie. (Berl. kl. Woch. 1897, Nr. 34). — 25) Goldberg: Ueber das Verhalten von Eiweissgehalt und Eitergehalt in Urinen. (Centralblatt für die medic. Wissensch. 1893, Nr. 36); Zur Kenntniss der Pyurie und der Hämaturie. (Berl. kl. Woch. 1895, Nr. 49). — 26) Reinecke: Leucocytenzählungen im Harn und ihr Werth für die Diagnostik. (Berlin. kl. Wochenschr. 1895, Nr. 49) — 27) Leube: Specielle Diagnostik der inneren Krankheiten. t. I. — 28) Pinner: Beitrag zur Nierenchirurgie (Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie 1898, t 58) — 29) Gersuny: Przytaczam według sprawozdania, zamieszczonego w Centralblatt für Chirurgie 1897, Nr. 39, str 1049. — 30) Klemperer: Die Therapie der Gegenwart 1900 — 31) Raynaud: Des crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice progressive. (Archives générales de médecine 1876).

III. Dalsze typowe i atypowe formy afazyi.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Podobną w części do tych postaci jest ślepota wyrazowa, aleksya, w której chory tylko liter nazwać nie umie, a to wskutek przerwania drogi *o*,—*s* (p. wyżej).

Pokrewną z afazyą optyczną i bardzo zajmującą jest t. zw. ślepota duchowa *(Seelenblindheit)*. Stan ten najlepiej możemy wyjaśnić, jeżeli sobie przedstawimy człowieka ślepo urodzonego, który nigdy w życiu nie widział, a nagle wzrok uzyskał. Chory taki widzi wszystko bardzo dobrze i dokładnie, lecz niczego nie rozpoznaje, nie wie, jak przedmioty się nazywają, co one znaczą, co przedstawiają, do czego służą itd. Stan ten fizyologicznie istnieje u dziecka nowonarodzonego, patologicznie zaś występuje u człowieka, który ulegnie zniszczeniu ośrodka wzrokowego, wyobrażeniowego, t. j. nie tego, który służy do postrzegania, lecz do wyobrażenia, do pamięci i zatrzymania wrażeń wzrokowych, albo jeżeli wszystkie połączenia pomiędzy ośrodkiem wzrokowym, a innymi ośrodkami korowymi są przerwane. Chory taki widzi dobrze, lecz tylko oczami, a nie mózgiem; nie pojmuje przedmiotów widzianych, nie jest w stanie odtwarzać wrażeń wzrokowych, nie może przypomnieć sobie, że pewne okolice, przedmioty, ludzkie twarze i t. d., powinien znać, bo już kiedyś dawniej widział. Z tego powodu taki chory nie może się zoryentować w własnem swojem pomieszkaniu, w przestrzeni, nie wie, gdzie jest, otoczenia codziennego nie poznaje, jak gdyby wszystko widział po raz pierwszy. Np. widok tak pospolitych przedmiotów, jak zegarek, klucz, nóż, pierścień, albo znanej ulicy, nie wywołuje w jego pamięci obrazów z nimi zwykle połączonych, jak gdyby tego wszystkiego dawniej nigdy nie widział. Znane litery zdają mu się zupełnie obce. Formę tę najpierw stwierdził Munk u zwierząt, tłómaczył ją, przyjmując dwa ośrodki wzrokowe: spostrzeżeniowy i pamięciowy, zniszczeniem tego ostatniego; Fuerstner spostrzegał pierwszy raz u obłąkanych objawy, wskazujące na to, że chorzy, zresztą dobrze widzący, nie poznawali widzianych przedtem przed-

miotów. Postaci tej nie należy mięszać z afazyą optyczną, w której chory nietylko widzi, lecz i poznaje rzeczy, ludzi itd., ale słownego dla nich wyrazu znaleźć nie może, gdyż nie pamięta, jak się to wszystko nazywa.

Jako analogię do stanu dopiero co omówionego znamy ciekawe zaburzenie czucia, stwierdzone przez Wernickego, Oppenheima i innych, które polega na niemożności poznania przedmiotów przez ich dotykanie, mimo utrzymanego zmysłu dotyku. Zdolność poznania przedmiotów za pomocą obmacowywania nazywa się Stereognosis, niezdolność Astereognosis albo Stereoagnosis. I tu idzie o utratę obrazów pamięciowych, nabytych drogą zmysłu dotykowego, a więc o pewnego rodzaju znieczulenie duchowe *(Seelenanaesthesie)*. Monakow i Flechsig sądzą, że przyczyna leży w zaburzeniu kojarzenia między wrażeniami skóry, mięśni i stawów, że *„die Zusammenordnung der elementaren Empfindungen der Haut, Muskeln, Gelenke u. s. w. nicht mehr zur Empfindung kommen"*.

Podobne postacie przedstawiają bezsmak duchowy *(Seelengeschmacklosigkeit)*, duchowy brak powonienia *(Seelengeruchlosigkeit)*; chorzy tacy odczuwają smak i zapach, a nie poznają przedmiotów, w których smak i woń mają swoje źródło; n. p. pijąc piwo mówią, że to woda słona albo skosztowawszy octu, powiadają że to kawa i t. p.

Munk na podstawie doświadczeń na zwierzętach rozróżnia głuchotę duchową i korową. Po wycięciu powierzchownego kawałka kory płatu skroniowego pies nie oddziaływa na nawoływania dawniej mu znane, (jak „pst", „chodź tu", „łapę"), ale jest jeszcze czułym na wrażenia słuchowe i to jest głuchota duchowa. Po wycięciu zaś większej części powierzchni mózgu, t. j. całej sfery słuchowej, następuje zupełna niewrażliwość na podniety słuchowe, co stanowi głuchotę korową.

Nothnagel również przyjmuje podobnie, jak w zaburzeniach wzroku 1) głuchotę korową, 2) głuchotę duchową, gdzie chory słyszy, ale nie rozumie nietylko słów, lecz także innych wrażeń słuchowych, (jak szemranie strumyka, szczekanie psa) i 3) właściwą głuchotę wyrazową, w której chory wszystko słyszy i rozumie z wyjątkiem wypowiadanych wyrazów, które słyszy, a których nie rozumie.

Rzadką postać typową stanowi skojarzenie głuchoty z ślepotą wyrazową (*caecitas et surditas verbalis*). Na tem miejscu zaznaczyć wypada, że wszystkie postacie dłużej trwające, albo trwale nabyte w wczesnym wieku dziecięcym, mogą pociągnąć za sobą mniejszy lub większy ubytek w umysłowości człowieka.

Niezdolność poznania, do czego jakiś przedmiot służy, nazywa się apraksyą. Jest to stan, spowinowacony z ślepotą duchową, z tą jednak różnicą, że chory poznaje przedmiot, wie jak się on nazywa, pamięta, że go już widział, zna jego przymioty, a zapomniał jedynie, do czego służy. Taki chory nie rozumie znaczenia pieniędzy, łyżki, widelca, form konwencyonalnych, obrzędów kościelnych, różnych obchodów itp.; bierze do ust mydło, zamiast chleba, posługuje się nożem w miejsce łyżki i odwrotnie itp. Stan ten wikła się prawie zawsze z afazyą i przeważnie jest połączony z zakłóceniem inteligencyi.

Niezdolność porozumienia się ruchami (giestami, lub migami) nazywa się amimią. Zaburzenia w tym sposobie i zakresie wyrażenia się nazywano dysmimią. Paramimię mamy wtedy, jeżeli chory robi fałszywe znaki, n. p. kiwa głową potakująco, gdy chce przeczyć i odwrotnie: robi znaki przeczące, gdy chce potakiwać.

Dalej mamy różne postacie afazyi natury przeważnie czynnościowej. Tu należy afazya wrodzona i głuchota psychiczna (Heller, Urbantschitsch, Alt, Coën i inni), które właściwiej zaliczyćby należało do chorób nerwowych i umysłowych. Głuchota psychiczna jest to stan, przedstawiający pozornie wszystkie objawy głuchoniemoty uleczalnej u niedołężnych umysłowo, względnie u idyotów. Niektórzy autorowie nie odróżniają głuchoty psychicznej od głuchoty wyrazowej i uważają te dwie postacie za identyczne. Według Hellera głuchota psychiczna cechuje się tem, że chorzy nią dotknięci słyszą fizycznie, ale psychicznie nie pojmują, oddziaływają na muzykę, tworzą sobie osobną mowę i wymawiają niektóre zgłoski wyraźnie. Odróżnia się ona od głuchoty duchowej tem, że w tej ostatniej są wprawdzie też niektóre zaburzenia afatyczne, jak parafazya, aleksya, agrafia, ale niema afazyi, jak przy pierwszej.

Autorowie odróżniają 2 formy niemoty wrodzonej: 1) t. zw. *Hörstummheit, Stummheit ohne Taubheit, alalia idiopathica*, t. j. niemotę słyszących i 2) niemotę idyotyczną. W chorobie pierwszego rodzaju niemota występuje bez wykazalnej przyczyny, bez zmian w narządach i ośrodkach mowy, bez upośledzenia inteligencyi i ustępuje po krótszem lub dłuższem trwaniu dobrowolnie, lub po stosownem leczeniu, czasem bardzo szybko, a zatem nie jest następstwem niedorozwoju ośrodków mowy, a cechuje się niemożnością mówienia, mimo dostatecznej wydolności słuchu. Takie dzieci albo wcale nie tworzą głosek artykulacyjnych, albo jąkają się w wysokim stopniu. W braku upośledzenia inteligencyi przyczyną jest brak i niestałość uwagi, lub ochoty do mówienia. Do tej postaci należy większość przypadków t. zw. głuchoty psychicznej. Do czynników przyczynowych i wywołujących zaliczają się: zadziałanie urazowe, lub wpływy psychiczne i dziedziczność (Coën).

Alt sądzi, że wybitnej różnicy między temi postaciami niema, że *Hörstummheit*, niemota idyotyczna i głuchota psychiczna przedstawiają ten sam obraz chorobowy, lecz w różnych stopniach, zależnych od stopnia zawsze istniejącego w pewnej mierze idyotyzmu. W najłagodniejszych formach nieudolności umysłowej niemota zależy: 1) od zatrzymania w rozwoju ośrodkowego mechanizmu artykulacyi i mowy przy braku wybitnych objawów zniedołężnienia umysłowego, — albo 2) od niedosłyszenia wysokiego stopnia, przyłączającego się do niedołęstwa umysłowego, utrudniającego nauczenie się mowy, albo nareszcie 3) od braku stosownego wychowania, przykładu i zachęcenia do mowy ze strony otoczenia, głuchoniemych rodziców. Na dowód, że sam brak pobudzenia ośrodków słuchowych może sprowadzać niemotę, przytacza Alt między innymi przypadek takiego niby głuchoniemego dziecka, które po oddaleniu od rodziców głuchoniemych w krótkim czasie stało się zupełnie normalnem.

Już dawniejsze badania Mierzejewskiego nad małogłowiem potwierdziły teoryę o zastoju w rozwoju półkul mózgowych. Mózg zatrzymuje się w pewnym okresie rozwoju, a nawet budowa pierwocin mózgowia znajduje się na stopniu najwcześniejszego rozwoju płodowego. Ołtuszewski

sądzi na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń, że dzieci z wrodzoną afazyą przedstawiają pierwszy lub drugi okres rozwoju ośrodków mowy, t. j. albo brakuje im ośrodka *m*, połączenia tegoż z *s* i *P*, albo tylko połączenia *P* z *m*. Wszystko, co upośledza pamięć, uwagę i wolę, może wywołać afazyę czynnościową u dzieci. Jako ważne czynniki przyczynowe tej choroby uważa Ołtuszewski obok wrodzonego niedołęstwa umysłowego (zacofanie, pierwotny niedorozwój, pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu), przebyte cierpienia mózgowe, nie pozostawiające śladów organicznych, lecz upośledzające odżywienie kory i powstrzymujące rozwój ośrodków mowy (wtórny niedorozwój), albo też zmiany patologiczne, jak zapalenie opon, zanik, przerost mózgu itp. Podobny wpływ na niemotę przez upośledzenie rozwoju ośrodków mowy mają może wyrośle gruczołowate w jamie nosowopołykowej ze względu na związek naczyń chłonnych gardła, nosa i mózgu. Za tem ogólnem upośledzeniem ośrodków korowych przemawia także ta okoliczność, że takie dzieci zwykle zaczynają też później chodzić. Związek zaś ruchów ciała z wyrobieniem się ośrodków ruchowych mowy zdaje się nie ulegać wątpliwości. Przemawia za tem wytworzenie się tych ośrodków mowy w lewej półkuli, gdzie wcześniejszy rozwój innych ośrodków ruchowych jest podstawą zgrabniejszych i subtelniejszych ruchów prawej połowy ciała, wyrobienie się tych ośrodków mowy w prawej półkuli u mańkutów, dalej pewna równoległość rozwoju mowy z rozwojem chodzenia u dzieci. Godnym uwagi jest również późniejszy rozwój mowy u dzieci krzywiczych.

Ziem, nawiązując do jednego przypadku płonicy, w przebiegu której wystąpiła niemota ruchowa, a którą tłómaczy przekrwieniem w zawoju Broca, odnosi względnie częste wystąpienie niemoty po chorobach zakaźnych u dzieci do ścisłego związku anatomicznego i krążenia, zachodzącego w wieku dziecięcym między mózgiem a nosem, przeważnie zakaźnie zajętym w tych chorobach.

Cheroin zwraca uwagę, że pewne zaburzenia mowy, jak szeptanie, zamienianie ze sobą pewnych spółgłosek itd., nie zostają spostrzegane przez osoby, dotknięte temi zaburzeniami (ani przez ich otoczenie), bądź dlatego, że się do nich przyzwyczaiły, bądź też skutkiem dziedzicznej niezdolności słuchu do rozłożenia dźwięków. Takie osoby nie są również w stanie rozróżnić spółgłoski prawdziwej od fałszywej i leczenie takiego zaburzenia mowy może być skutecznem tylko wtedy, jeżeli poprzednio ucho zostało wyćwiczone do prawidłowego słyszenia.

Dla zupełności nadmieniamy tu jeszcze o rzadkiej postaci zaburzenia mowy, która nie jest zupełnie wyjaśniona; należy może prędzej do dyslogii, niż do afazyi, mianowicie „agramatyzm“, „akatafazya“ (Kussmaul), „style nègre“, „style telegraphique“; są to zboczenia mowy, polegające na niemożności gramatycznego uformowania słów i syntaktycznego ich uszykowania do zdań, używaniu czasowników zawsze w trybie nieoznaczonym, w stylu telegraficznym z opuszczeniem rodzajników itp. Kussmaul odróżnia agramatyzm u zdrowych, pochodzący z braku nauki, ze złego przyzwyczajenia, od agramatyzmu patologicznego, połączonego zwykle z zakłóceniem inteligencyi. Taksamo Steinthal, Ziehen, Eskridge i inni uważają zboczenie to za zaburzenie psychiczne, jako objaw zakłóconej inteligencyi. Pick, Heilbronner i inni zaś przypuszczają, że polega ono na uszkodzeniu ośrodka sensorycznego mowy i występuje w pewnych okresach afazyi czuciowej.

Broadbent przyjmuje nawet osobny ośrodek — *propositionising centre* — w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka ruchowego mowy, którego zniszczenie powoduje niezdolność do mowy gramatycznej, syntaktycznej: *„would render the patient unable to construct a sentence although retaining the use of names“*.

IV. Higiena wzroku w okresie szkolnym.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Dokończenie).

Wzrok uczniów. Wszystkie powyżej wyłuszczone czynniki, jeżeli nie odpowiadają wymaganiom higieny, muszą działać szkodliwie na wzrok nawet prawidłowy, cóż dopiero, jeżeli wzrok ten jest już nienormalnym, jeżeli istnieje wada refrakcyi lub jakakolwiek choroba oczna. Jeżeli wada refrakcyi nie zostanie zawczasu poprawioną szkłami, jeżeli dziecko musi uczyć się w niekorzystnych warunkach, robić roboty ręczne, uczęszczać na lekcye rysunku, wtedy wada ta szybko się zwiększa i sprowadza różne złe następstwa i powikłania.

Uczeń ma n. p. krótki wzrok, więc przybliżać musi oczy do książki lub zeszytu, przez co wzrok jego jeszcze bardziej się skraca. Zamiast być uwolnionym od różnych nadobowiązkowych przedmiotów, ślęczy nad nimi całemi godzinami, skutkiem czego krótki wzrok jego musi postępować i dochodzi w niedługim czasie do bardzo wysokich stopni. Albo znów dziecko ma hypermetropię, wtedy, zwłaszcza przy wyższym jej stopniu, już po kwadransie lub pół godzinie nauki oczy jego się męczą, litery widzi coraz niewyraźniej, nie może czytać, płacze i robi błędy w zadaniu. Wtedy zamiast je karać, przypisując to lenistwu, lepiej pójść do lekarza, aby zbadał wzrok i przepisał potrzebne szkła. To samo zrobić wypada, gdy rodzice lub nauczyciel zauważy, że uczeń przy nauce przybiera jakieś nienaturalne pozycye głowy, a nie kłaść na karb złego przyzwyczajenia i czekać aż dopiero wytwarzający się zez zmusi do zasięgnięcia fachowej porady.

Właściwie powinienby wzrok każdego ucznia być zbadany przed wstąpieniem do szkoły, aby stosownie do tego umieścić go w klasie bliżej lub dalej od tablicy, uwolnić lub nie od nauk, bardziej oczy wytężających, a nauczycielowi dać wskazówki, na co przedewszystkiem zwracać ma uwagę. Badanie wzroku powinno powtarzać się co roku, bo wada refrakcyi, jeżeli jej nie było, może się rozwinąć już w szkole, albo stopień istniejącej zwiększać się w miarę coraz to dłuższej i trudniejszej nauki. Częste badanie oczu jest także potrzebnem ze względu na zaraźliwe choroby oczne, które w szkołach, przeniesione z jednego ucznia na resztę, mogą tworzyć istotne epidemie.

Lekarze szkolni. Ze wszystkiego, co wyżej powiedziano, wynika jasno, jak potrzebnym jest nadzór lekarski w szkołach, to też instytucya lekarzy szkolnych istnieje już w niektórych krajach Europy. Ale jeżeli odpowiedzieć ma ona celowi, potrzeba, aby taki lekarz szkolny był obeznany należycie z higieną szkolną, której nauka powinna być w studyach medycznych obowiązkową, aby był obeznany z cho-

robami dziecięcemi, równie jak z gimnastyką zdrowotną i leczniczą.

Ze względu na potrzebę badania wzroku, co nie jest rzeczą łatwą i wymaga dokładnej znajomości okulistyki, zachodzi pewna trudność, gdyż nie sposób żądać od każdego lekarza, aby był fachowym okulistą; z drugiej zaś strony lekarz, który wyłącznie poświęca się okulistyce, nie będzie posiadał innych potrzebnych dla lekarza szkolnego wiadomości, zostających poza zakresem jego specyalności.

Trudność tę dałoby się ominąć w ten sposób, aby przynajmniej w większych miastach badanie wzroku, które wystarczy, jeżeli odbędzie się raz na rok, powierzone było zawodowym okulistom, między których poszczególne szkoły możnaby rozdzielić.

Nadzór lekarski nietylko nad wzrokiem, ale wogóle nad zdrowiem uczniów jest niezbędnie potrzebnym, a do tego koniecznem jest zaprowadzenie stałych lekarzy szkolnych, bo dotychczas praktykowany w miastach naszych udział lekarzy miejskich tylko od czasu do czasu, jest nie wystarczający, nie mówiąc już o tem, że w szkołach prowincyonalnych i tego nawet brak. Najlepsze szkoły średnie, chociażby wzorowo pod każdym względem urządzone, szwankować będą na bardzo ważnym punkcie, dopóki instytucya lekarzy szkolnych nie zostanie powołaną do życia.

Wszędzie na zachodzie potrzebę tę już zrozumiano i od lat starano się w różny sposób jej zaradzić. W Brukseli już od r. 1874 istnieje nadzór lekarski nad wszystkiemi szkołami: trzy razy w miesiącu badają tam lekarze sale szkolne i stan zdrowia wszystkich uczniów, podobnie jak w innych miastach Belgii. W Holandyi obowiązuje od roku 1865 dekret, który nadaje lekarzom rządowym prawo do nadzoru nad szkołami, ale ich do tego nie zmusza. We Francyi od r. 1872 istnieją w całym departamencie Sekwany, oraz prawie we wszystkich większych miastach, jak Lyon, Bordeaux, Havre, lekarze szkolni, mianowani na przeciąg 2 lat przez prefekta, którzy mają obowiązek dwa razy w miesiącu rewidować każdą klasę, badać wszystkich uczniów i składać sprawozdanie merowi. Podobny nadzór, lubo jeszcze nie powszechny, zaprowadzono też w Anglii, Szwajcaryi i niektórych miastach Niemiec, a korzyści są tak wielkie, że nie długo już czekać, gdy nie będzie tam ani jednej szkoły bez lekarza szkolnego.

S k a l e c z e n i a o c z u. Zabawy na pauzach, na wycieczkach poza szkołą, w których udział bierze większa liczba wyrostków niedoświadczonych, nieostrożnych a żywych, połączone są z niebezpieczeństwem skaleczenia oka, które też bardzo często w tym okresie życia się przytrafiają.

Pod tym względem żądać musimy ścisłego dozoru ze strony nauczycieli podczas pauz, przy wychodzeniu uczniów ze szkoły, na wycieczkach i majówkach i to dozoru nie dla formy tylko, jak to zwykle ma miejsce.

Wielkiem także niebezpieczeństwem dla wzroku grożą ulubione przez chłopców kapsle metalowe, które zwykle kładą oni na kamieniu i uderzając drugim, wywołują wystrzał. Przytem kapsla zostaje rozerwaną na małe ostre kawałeczki, które rozpryśnięte z wielką siłą, jeżeli trafią w oko, przecinają twardówkę lub rogówkę i wpadają w głąb. Wiadomą jest rzeczą, że takie wtargnięcie obcego ciała do oka wywołuje ciężkie zapalenia, które zakończyć się mogą nie tylko utratą oka skaleczonego, lecz także wzniecić sympatyczne zapalenie na drugiem oku. Słynny paryski fabrykant sztucznych oczu Boissonenau znalazł na 3984 osób, które u niego sztuczne oczy nabywały, 939 takich, co straciły wzrok w dzieciństwie, z czego 343 wskutek zabawy kapslami.

Wobec tak częstych wypadków, zdarzających się wszędzie, zastanawiali się nawet okuliści nad tem, czyby nie należało wyjednać u władz rozporządzenia, zabraniającego sprzedawania niedorostkom takich kapsli metalowych, jako rzeczy, mogącej w ręku ich stać się niebezpieczną dla zdrowia. I nasz Zjazd lekarzy polskich z roku 1891 w Krakowie debatował nad tą kwestyą, ale, o ile mi wiadomo, dotychczas bez konkretnych wyników. Zdaniem mojem podobny zakaz odnosić się powinien także do ogni sztucznych, którymi młodzi chłopcy tak lubią się bawić, a które również przez nieostrożność wywołać łatwo mogą skaleczenie i oparzenie oczu.

U ż y w a n i e s z k i e ł. Uczniowie krótkowidzący w wyższych klasach szkół średnich, widząc źle na tablicy, radzą sobie w ten sposób, że kupują szkła bez ordynacyi lekarskiej i te albo ciągle noszą, albo używają do czytania i pisania tych samych, któremi patrzą w dal. Najczęściej szkła, w ten sposób kupione, są nieodpowiednie, mniejsza jeszcze, jeżeli są za słabe, gorzej daleko, gdy są za mocne, lub gdy używane bywają bez potrzeby także przy pracy z blizka. Wielu też nawet z dobrym wzrokiem nosi szkła dla fanfaronady. C o h n znalazł u 37% uczniów, używających okularów, szkła mocniejsze, niż tego wymagał ich krótki wzrok, a gdybyśmy poszukali w naszych szkołach, z pewnością znaleźlibyśmy to samo.

Aby temu nadużywaniu szkieł przez uczniów zapobiedz, powinny władze szkolne wydać rozporządzenie, że każdy uczeń, który posługuje się szkłami, musi przed nauczycielem wykazać się poświadczeniem lekarza, że istotnie szkieł potrzebuje, że te mu zostały przepisane, z dodaniem uwagi, czy ma je stale nosić, czy też tylko przy patrzeniu na tablicę, a do czytania i pisania zdejmować, lub na odwrót.

J a g l i c a (*trachoma*). W szkołach należałoby co pewien czas badać oczy wszystkich uczniów bez wyjątku i chorym na jaglicę zabronić stanowczo uczęszczać na lekcye tak długo, dopóki zupełnie wyleczeni nie zostaną. Epidemie bowiem tej choroby szerzą się w zastraszający sposób wszędzie tam, gdzie większa liczba osób stale razem przebywa i znane są przypadki, gdzie jeden uczeń chory na jaglicę zaraził całą klasę. Rodzice takich dzieci powinni być na tyle sumienni, aby nie czekając zakazu, nie posyłali ich do szkoły. Ponieważ jednak nie zawsze można się na to spuścić, przeto należałoby, aby każdy lekarz, gdy u dziecka rozpozna egipskie zapalenie oczu, oprócz pouczenia rodziców, że go do szkoły nie powinni posyłać, donosił bezzwłocznie zarządowi szkoły, że taki a taki uczeń cierpi na zaraźliwą chorobę oczną i do szkoły puszczonym być nie może. I tutaj potrzeba lekarzy szkolnych oraz peryodycznego badania oczu wszystkich uczniów leży jak na dłoni[1]).

S a m o g w a ł t. Okres dojrzewania chłopców i dziewcząt przedstawia dla oczu niebezpieczeństwo, grożące z innej jeszcze strony. Budzący się wtedy naturalny popęd płciowy popycha bardzo wielu dorastających do występnego przyzwyczajenia, które podkopuje cały ustrój, głównie zaś, jak wiadomo, układ nerwowy, działając pośrednio, a nawet,

[1]) Co do innych środków zapobiegawczych porównaj rozdział XII mojej „Popularnej higieny wzroku".

jak badania nowsze wykazały, także wprost, bezpośrednio na wzrok. Nie jedna też choroba oczu, dla której daremnie szuka się przyczyny, rozwija się na tej podstawie.

Najczęstsze cierpienia oczne, wywołane przez samogwałt, są:

1. Uporczywe nieżyty spojówki i zapalenia brzegu powiek, opierające się wszelkiemu leczeniu, dopóki przyczyny się nie odkryje i nie usunie.

2. Podmiotowe zjawiska świetlne w postaci błyskawic, gwiazd latających przed oczyma, oraz wielka wrażliwość na światło bez zmian anatomicznych w oczach. Pojawia się to najczęściej koło 20 roku życia.

3. Osłabienie akomodacyi, będące powodem nużenia się wzroku przy pracy ocznej, a dochodzące nawet w ciężkich przypadkach do lekkiego porażenia, uniemożliwającego czytanie i pisanie.

4. Powstające czasem męty w ciałku szklistem, nawet krwotoki w wewnętrznych częściach oka, lub też niedowidzenie na tle nerwowem, bez wyraźnych zmian na dnie oka.

5. Graefe i Foerster opisują przypadki choroby Basedowa, która istotnie powstając też niekiedy wskutek przedrażnienia płciowego w sposób naturalny, może tem łatwiej powstać na tle samogwałtu, dającego częściej sposobność do tego przedrażnienia. Podobny przypadek spostrzegałem sam u jednego chorego wspólnie z jednym z kolegów internistów.

Wobec tego, że szkoły są zazwyczaj rozsadnikiem samogwałtu, źle robią nauczyciele i przełożeni, ktorzy omijają ten temat, wychodząc z błędnego mniemania, że „nie wypada“ mówić o tem z uczniami, lub z obawy, aby niewinnego dziecka nie zepsuć i nie nauczyć tego, o czem mogło jeszcze nie wiedzieć. Najdrażliwszy nawet przedmiot można poruszyć i omówić, tylko trzeba wziąć się do rzeczy rozsądnie, umieć wzbudzić zaufanie ucznia, nie grozić mu karami, które i tak są bezcelowe, przemawiać raczej do jego rozsądku, jak wobec młodszego kolegi. Byłoby to też najodpowiedniejszem zadaniem lekarzy szkolnych.

Choroby weneryczne. Szerzenie się chorób wenerycznych wśród młodzieży szkolnej przybiera coraz bardziej zastraszające rozmiary. Czytelnikom nie potrzebuję obszerniej wyłuszczać, jakie spustoszenie wywołuje w oczach kiła, a i rzeżączka może dać powód do ropotoku spojówek i przez to pozbawić wzroku. Sprawa ochrony przed chorobami wenerycznemi należy do higieny ogólnej, a rozwiązanie jej pomyślne napotyka na tysiączne trudności. Zanim kiedyś dojdzie nauka do tego, że wytępi tak dziś rozpowszechnioną wśród wszystkich warstw ludności kiłę, zadaniem lekarzy i nauczycieli powinno być zapobieganie, o ile to możliwe, coraz częściej zdarzającym się przypadkom zarażenia kilkunastoletnich młodzieńców. Do tego celu zmierzać powinno wczesne rozumne pouczenie młodzieży wogóle o niebezpieczeństwach chorób wenerycznych i o sposobach zapobiegawczych, tem więcej, że wielu lekceważy sobie np. taką rzeżączkę, jako chorobę w ich mniemaniu nic nie znaczącą; niektórzy nawet przebycie jej uważają za rodzaj pasowania na dorosłego mężczyznę. Potrzebnem jest dalej pouczenie o konieczności fachowego leczenia w razie nieszczęśliwego przypadku, bo znowu zdarza się, że wielu młodych ukrywa się z tą chorobą przed starszymi, gotując sobie i drugim nieszczęście. Dziwna rzecz, że wobec żadnej innej choroby nie zachowują się ludzie tak nierozsądnie, tak bezczynnie, podobni strusiom, co chowają głowy w piasek, aby nie widzieć grożącego niebezpieczeństwa [1]).

V. Wyciągi.

Bruns (Hannower). **O pląsawicy elektrycznej.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 51). Pląsawica elektryczna niema nic wspólnego z pląsawicą Sydenhama i Huntingtona. B. zalicza do tej choroby trojakiego rodzaju kurcze doraźne, błyskawiczne, mięśni głowy, karku, barków i ramion, niekiedy także innych części, a nawet całej połowy ciała, występujące u dzieci od 7—15 lat, a mianowicie: 1. przypadki pląsawicy elektrycznej w ścisłem słowa znaczeniu, spokrewnione z różnemi postaciami *tic convulsif i paramyoclonus multiplex*; 2. przypadki przyrody histerycznej i wreszcie 3. kurcze błyskawiczne z powodu padaczki, podobne do przypadków, opisanych jako *epilepsia choreica i epilepsia partialis continua.* Przypadki padaczkowe łatwo można rozpoznać: we wszystkich innych leczenie powinno być przeciwhisteryczne, a więc pobyt w zakładzie, zalecone przez autora „rozmyślne zaniedbywanie“ chorego, galwanizacya karku, natryski i przedewszystkiem często potrzebna jest poprawa odżywiania. Pod wpływem tego leczenia przypadki, polegające na macinnicy, rychło ustaną, podczas gdy przypadki, należące do *tic convulsif*, uporczywie się utrzymują. Dlatego też Henoch i Bergeron, którzy niezależnie od siebie tę chorobę dokładnie opisali, nie zgadzają się z sobą w rokowaniu tak, że pierwszy uważa ją za przewlekłą i uporczywą wobec wszelkiego leczenia, drugi zaś osiągnął rychłe wyleczenia, gdyż musiały to być przypadki z podstawą macinniczą, a zalecane przez niego środki wymiotne wywierały tylko wpływ psychiczny. *Dr. Fels.*

Schröder. **O szwie żyły udowej w blizkości więzu Pouparta i o jego wskazaniach.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). W trzech przypadkach zeszył autor żyłę udową w blizkości więzu z powodu nacięcia jej przy wyłuszczaniu przerosłych gruczołów pachwinowych. W jednym tylko miał powstać obrzęk kończyny dolnej, jednakże autor już sam tego podczas leczenia stwierdzić nie mógł. W przypadkach skaleczeń żyły udowej można myśleć o podwiązaniu, lub o zeszyciu: przy podwiązaniu powstaje krążenie uboczne, gdy parcie tętnicze w kończynie jest dość znaczne; w przeciwnym razie powstają zaburzenia w krążeniu żylnem. Zeszycie żyły jest w przeciwieństwie do podwiązania, zdaniem autora, postępowaniem idealnem; nie wywołuje żadnego zaburzenia w krążeniu i przywraca stosunki prawidłowe. Fraenkel radzi szyć żyłę lub tętnicę udową tylko wtedy, gdy się jest pewnym bezgnilnego przebiegu pooperacyjnego; autor idzie nieco dalej i radzi szyć żyłę nawet tam, gdzie jest ropienie, ale umiejscowione; jak np. w przypadkach zropiałych gruczołów. Przy wytamponowaniu gazą miejsca krwawiącego wynajduje się ranę w żyle, podnosi brzegi tępymi szczypczykami i szyje szwami węzełkowymi, cienką igiełką jelitową, nawleczoną cienkim jedwabiem. Po zeszyciu i opatrzeniu rany układa się kończynę dolną wysoko, sposobem Leunandera, by przez podniesienie łóżka od strony nóg ułatwić krążenie, a nie owijać kończyny opaską flanelową. *B. Żmigród.*

Monti. **W sprawie wysypki posurowiczej.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Autor porusza kwestyę przyczyny powstawania wysypki po użyciu surowicy przeciwbłoniczej i jak możnaby temu zapobiedz. Nie ulega wątpliwości, że antytoksyna błonicza jest zupełnie nieszkodliwa i nie może być uważana za przyczynę wysypki. Również twierdzenie, jakoby powodem wysypki był mały dodatek kwasu karbolowego do surowicy, okazało się nieuzasadnione. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z zatruciem, spowodowanem wstrzyknięciem płynu, zawierającego białko ze zwierzęcia obcego gatunku. Za tem przemawiałyby doświadczenia Montiego i Johanessena, którzy, używając zwykłej jałowej surowicy z krwi zwierząt, wywołali podobne zupełnie objawy. Pojawianie się wysypki zależy zdaje się najwięcej od ilości użytej surowicy. Na tym punkcie poglądy autora schodzą się z zapatrywaniami większości badaczy (Hartmann, Dant, Ritter), stoją jednak w sprzeczności z doświadczeniami Mosera, który wstrzykiwał w płonicy po 180 ctm. swoistej surowicy, nie wywołując wysypki. Być może, że skóra i krew płoniczych chorych nie posiadają warunków sprzyjających rozwinięciu się toksycznej działalności końskiej su-

[1]) W ostatnich tygodniach podjęto już we Lwowie tę sprawę z inicyatywy p. protomedyka Merunowicza, czemu tylko przyklasnąć należy. (Przyp. autora).

rowicy, lub też działanie to jest sparaliżowane wpływem paciorkowców. Także odmienny sposób przyrządzania (wielokrotne ogrzewanie do 50°) może być przyczyną tych różnic.

Nieodpowiednio przyrządzona lub zmieniona już surowica może i w małych ilościach wywołać wysypkę. Monti radzi w celu uniknięcia tych niepożądanych przypadłości trzymać się następujących przepisów: 1) używać tylko surowicy przeźroczystej; 2) jeżeli surowica jest mętna, ogrzać ją przed użyciem do 35° i użyć tylko w tym razie, jeżeli po kilkakrotnem ogrzaniu zmącenie zupełnie ustąpiło, 3) tosamo stosuje się do surowicy dłuższy czas przechowywanej, zawierającej biały osad kłaczkowaty; 4) należy używać jedynie wysokowartościowej surowicy, która pozwala wprowadzić potrzebną ilość jednostek antytoksycznych w małej ilości płynu (nie przekraczającej 10 sz. ctm.); 5) pożądanem byłoby wielokrotne ogrzewanie surowicy do 35°—50°, gdyż w ten sposób, nie obniżając wartości leczniczej surowicy, możemy nawet przy użyciu większej ilości usunąć przyczyny działające toksycznie i wywołujące wysypki posurowicze. *Dr. T. Żeleński.*

Dr. Novák (Łabska Tynice). **Przerwa 61 godzin, trwająca przy porodzie bliźniąt.** (*Časopis lékařů českých* r. 1903, Nr. 11). Autor wezwany został do wyrobnicy na wieś, która przed dwoma dniami porodziła zdrowego chłopca, łożysko jednak wciąż jeszcze nie odchodziło. Gdy wszedł do mieszkania tej kobiety, zastał ją zajętą praniem bielizny na środku izby. Przy badaniu stwierdził w znacznie powiększonej macicy żywy płód w położeniu poprzecznem. Poród pierwszego dziecka odbył się według podania położnej zupełnie prawidłowo. Kobieta ta, licząca lat 29, wieloródka, pracowała jeszcze na dwie godziny przed odejściem wód płodowych, a ponieważ łożysko po porodzie nie odeszło, za radą akuszerki wstała następnego dnia do swych codziennych zajęć. Dr. Novak wykonał z pomocą kolegi obrót i wydobył płód płci żeńskiej w stanie zamartwiczym. Dziewczynkę tę, która przyszła na 61 godzin po urodzeniu pierwszego bliźniaka, zdołano w stosunkowo krótkim czasie ocalić zapomocą sztucznego oddechania; była ona silniej rozwiniętą, niż chłopak i od niego nieco cięższa. W czasie niniejszego sprawozdania, w 50 dni po urodzeniu, chłopiec ważył 3480 grm., dziewczynka 4000 grm. Tak dzieci, jak i matka są zupełnie zdrowe. *Chlumský* (Kraków).

Doc. J. Salgó (Peszt). **O czynnościowych psychozach starczych.** (*Gyógyászat* 1902, Nr. 19). Wobec daleko posuniętych zmian w ustroju, towarzyszących wiekowi starczemu, trudno właściwie mówić o „czynnościowych" psychozach, wykluczających wykazalne zmiany anatomiczne ośrodkowego układu nerwowego, więc pozwalających rokować korzystnie co do wyleczenia. Przecież nie może sobie S. wyobrazić zboczenia umysłowego bez zmian w narządzie ośrodkowym; istnieją one, tylko ich dotychczas nie stwierdzono. Do takich przemijających, więc uleczalnych, zboczeń umysłowych starców zalicza S. typową zadumę, której czysty obraz spotykamy właściwie tylko w starości. Głównym jej objawem jest chorobowo ścieśniona świadomość, z której wypływają dalsze obrazy przygnębienia umysłowego, jak smutek, lęk itp. Podobny zupełnie obraz widzimy u umysłowo zdrowych w następstwie silnego przepracowania umysłu, u których wyobrażenia, co do treści zupełnie obojętne, przerywają na pewien czas z siłą wyobrażeń przymusowych cały bieg myśli. Mimo niewątpliwego pochodzenia z zaniku starczego psychoza kończy się bardzo często wyleczeniem, przedstawia się więc „jako czynnościowa". Drugą postacią starczej psychozy jest „ostre starcze ogłupienie", występujące po jakiemkolwiek somatycznem zaburzeniu (zwykle po chorobach żołądka, jelit, pęcherza moczowego lub gruczołu krokowego) z nieznacznym stanem gorączkowym, do których wśród objawów uporczywej bezsenności i wyniszczenia łączy się niepokój i zupełne pomięszanie (niebryentowanie się co do miejsca, czasu, ludzi i zwykłego otoczenia, utrata najpierwotniejszego poczucia wstydu, nieczystości itd.). Najwięcej obraz ten odpowiada zboczeniu, zwanemu „moria" w dawniejszej psychyatryi. Jeżeli się uda wstrzymać upadek sił dobrem odżywieniem, sprowadzić sen i uspokojenie trafnie dobranymi lekami nasennymi, jeżeli opieka potrafi zapobiedz samokaleczeniu, mogącemu łatwo dać powód do rozwinięcia się róży, a ciężkie powikłanie somatyczne nie przyłącza się, wtedy następuje wyleczenie opisanej psychozy mniejwięcej w tylu tygodniach, ile miesięcy do tego potrzebuje starcza zaduma. Poznanie możebności pomyślnego przebiegu tego zboczenia umysłowego, przedstawiającego się z góry jako nieuleczalne, ważnem jest z dwóch względów. Po pierwsze ze stanowiska praktycznego jest bardzo ważnem, żebyśmy się nie kierowali wywodami teoretycznymi w zawodzie lekarskim, choćby one były pozornie naukowo bardzo uzasadnione, bo w praktyce nieraz górę bierze doświadczenie nad pozornie niewątpliwem twierdzeniem naukowem. Powtóre ze stanowiska sądowego. Dziś, kiedy stwierdzenie zboczenia umysłowego przez rzeczoznawców wiąże się natychmiast z daleko idącemi zarządzeniami cywilno-prawnemi, stwierdzenie nieuleczalnej psychozy musi pociągnąć często fatalne dla chorego następstwa. Kto zna wstrętne walki o majątek, staczane przez krewnych obłąkanego, ten pojmie, jakie ma znaczenie, jeżeli człowiek, który według orzeczenia znawców sądowych dotknięty jest nieuleczalnem ogłupieniem starczem, nad którym rozciągnięto kuratelę, po pewnym czasie ocknie się i zażąda zwrotu odebranego mu prawa rozporządzalności. *Dr. Baschkopf.*

Dr. O. Hick. **Etyologiczna terapia zapalenia płuc.** (*Neue Therapie*, 1903). Autor, zbijając zdanie, że lekarze przy zapaleniu płuc, nie mając środka swoistego, są bezsilni, zwraca uwagę na liczne doświadczenia z kreozotem i jego przetworami, jako na leki nadzwyczaj skuteczne; opiera się on na zasadzie, iż środki te, jako odkażające, dochodząc z krwią do płuc i będąc tą drogą wydalane z wydechem, zabijają pneumokoki, zmniejszając zarazem i ilość toksyny przez nie wydzielanej. Prócz tej teoretycznej dedukcyi, autor popiera swą hipotezę statystyką: na 1130 przypadków zapalenia płuc, leczonych kreozotem, a zebranych z piśmiennictwa przez Dra v. Zandta, śmiertelność spadła z 25%, jak było przedtem, na 5%. W tych przypadkach, w których stosowano syrolinę, lub tiokol (przetwory kreozotu), wysoka ciepłota szybko obniżała się tak, że właściwego przełomu nie było, a stan ogólny chorego szybko się poprawiał. Autor poleca przeto lekarzom praktykującym w każdym przypadku zapalenia płuc stosowanie tych środków w dwóch postaciach: albo syroliny, co 2 godziny łyżkę, lub tiokol w pastylkach półgramowych, lub podług recepty: *Rp. Pastill. thiocol-Roche IV. 25 d. ad lagen. orig. S. co 2 godziny pastylkę.* *Dr. Włodz. Serkowski* (Stryj).

G. Wennerström. **Kolpohisterotomia przy tyłozgięciu uwięzłej macicy ciężarnej.** (*Centr. für Gyn.* 1903, Nr. 10). Wszelkie sposoby odprowadzenia nie pomogły. Wskutek pojawienia się niedrożności jelit, wzdęcia, wymiotów, przecięto tylną ścianę pochwy, oddzielono otrzewnę, nacięto macicę, rozszerzono dalej otwór na tępo i wydobyto z wnętrza zmacerowany płód z całkowicie oddzielonem łożyskiem, oraz dwie tacki ropy ze skrzepami krwi. Ranę zatkano gazą jodoformową po poprzedniem wprowadzeniu sączka do dna macicy, który po tygodniu wyjęto. Wyleczenie szybkie, objawy groźne ustąpiły natychmiast po operacyi. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu wystąpienia prawdziwych objawów niedrożności jelit, gwałtownych bólów w krzyżach i udach, oraz wykonania zabiegu pozaotrzewnowo. *G. Grzybowski.*

Bieławieniec. **W sprawie działania adrenaliny na ustrój zwierzęcy.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 7). Na podstawie doświadczeń, dokonanych na królikach i psach w farmakologicznej pracowni prof. Krawkowa (Petersburg), przyszedł B. do wniosków następujących: 1) adrenalina podnosi ciśnienie krwi wskutek znacznego skurczu naczyń i podniecenia czynności serca; 2) skurcz naczyń zależy od bezpośredniego jej działania na ścianki naczyń; 3) adrenalina początkowo wywiera działanie podrażniające, a następnie porażające na ośrodki nerwów błędnych; na zakończenia zaś obwodowe tych nerwów nie działa wcale; 4) w małych dawkach adrenalina podnosi wymianę gazów, w wielkich zaś obniża ją w silnym stopniu, sprowadzając obniżenie ciepłoty; 5) na ośrodkowy układ nerwowy adrenalina działa w sposób przygnębiający; 6) przyspieszenie tętna po wstrzykiwaniu adrenaliny powinno ostrzegać przed wprowadzeniem nowej dawki leku; 7) śmierć z adrenaliny zależy od porażenia ośrodka oddechowego; 8) jednakowa dawka działa na różne zwierzęta tegoż gatunku z niejednaką siłą, wobec czego przy stosowaniu adrenaliny należy zachowywać wielką ostrożność; 9) wodny rozczyn adrenaliny ulega szybko utlenianiu się i różowieje, a następnie przyjmuje barwę ciemno-brunatną; pomimo to adrenalina nie traci swego działania; 10) chlorek adrenaliny prof. Pöhla i Takamine wyrobu firmy Parke Davis Comp. działają jednakowo, z tą tylko różnicą, że działanie ostatniego wyrobu jest silniejsze. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. J. Klausner. **O operacyi wodniaka jądra sposobem Winkelmanna.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Autor podnosi gorąco zalety tej nadzwyczaj prostej metody doszczętnego operowania wodniaka jądra. Zastosować jej nie można jedynie w przypadkach, w których osłonki są bardzo zgrubiałe. Wraz ze swoimi 35 przypadkami zebrał z piśmiennictwa 104 operacyj Winkelmanna, z 4 tylko przypadkami nawrotów. (Nie wlicza przypadków, ogłoszonych przez Dra A. Rydygiera w „Now. lek." 1902, Nr. 12, z których, ze względu na ostateczny wynik, interesować nas może 38 z 2 nawrotami. Mielibyśmy zatem 142 operacyj z 6 nawrotami. *Przyp. Ref.*). Na swoich przypadkach stwierdził K., że jądro nie ulega przemieszczeniu (ku górze), ani też zgoła nie cierpi na odżywieniu. *Herman.*

Czyhlarz (Wiedeń). **W sprawie powstawania palców pałeczkowatych w przebiegu chorób serca.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 9, 1903). Jednym z najgłówniejszych czynników, przyczyniających się do wytworzenia palców pałeczkowatych u sercowo chorych jest, według Bambergera, sprawa zastoinowa. Autor jednak na zasadzie trzech odnośnych przypadków chorobowych dochodzi do wniosku, że palce pałeczkowate mogą powstać skutkiem jakiegoś bliżej nieznanego „czynnika zapalnego“, bez współudziału objawów zastoinowych. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Albert Wettstein. **O leczeniu błonicy ze szczególnem uwzględnieniem leczenia surowicą.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1902). Liczba przeciwników leczenia błonicy surowicą maleje, a przekonanie o skuteczności tego sposobu leczenia tak się upowszechnia, że nawet ubiegłego roku w parlamencie niemieckim chciano pociągnąć do prawnej odpowiedzialności pewnego dyrektora szpitala, który z zasady u chorych na błonicę nie stosował surowicy. Rozprawą swoją, opartą na materyale kliniki chirurgicznej w Zurychu, (Profesor Krönlein), a obejmującym razem 986 przypadków błonicy, stwierdzonej bakteryologicznie i leczonej surowicą, stara się autor pokonać przeciwników, a umocnić w przekonaniu wierzących. Nie wdając się w szczegóły, które wybrać i należycie przedstawić mógłby jedynie ten, kto sprawą tą oddawna i specyalnie się interesuje, podajemy tylko szczegół ten, że w klinice chirurgicznej w Zurychu, w której każdemu choremu na błonicę wstrzykuje się surowicę o sile przeciętnie 1000 jedn. antytoks., śmiertelność z tej choroby spadła z 35·72% (przed r. 1894) na 15·18 (po r. 1895); równocześnie zaś w kantonie zurychskim, gdzie jeszcze nie w każdym przypadku używają surowicy, przeciętna śmiertelność w tychsamych latach z 17·1% spadła na 8·9%. Wnioskuje zatem autor, że 1) surowica przeciwbłonicza jest lekiem swoistym w błonicy; 2) działa tem pewniej, im we wcześniejszym okresie choroby zostanie wstrzykniętą; 3) przypadki leczone surowicą okazują znacznie mniej powikłań; 4) surowica obecnie używana nie wywiera wpływów ubocznych; 5) lekarz, który w przypadku błonicy nie wstrzyknie choremu surowicy, staje się winnym „błędu w sztuce“. *Herman.*

Dr. Ph. Bockenheimer. **W sprawie powstawania szczeliny brzuszno-pęcherzowo-płciowej.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). B. opisuje przypadek wady wrodzonej, spostrzeganej na 3-dniowym noworodku. Na zwłokach stwierdzono przepuklinę pępkową, której osłona zewnętrzna utworzoną była tylko z otrzewnej; poniżej wązki pasek skóry prawidłowej, ograniczający guz, utworzony z jelita rozszczepionego (dolna część jelita biodrowego, kątnica i większa część jelita grubego). Zresztą jelito grube u wejścia do miednicy małej kończyło się ślepo. Po obu stronach tego guza znachodziły się dwa mniejsze, w okolicy odpowiednich pachwin, które odpowiadały rozszczepionemu pęcherzowi. W każdą połowę wchodził odpowiedni moczowód. Prącie zastąpione było przez dwa wzgórki wielkości ziarnka grochu, a moszna, zresztą dobrze wykształcone, leżały w okolicy spojenia łonowego rozpłaszczone i w tem położeniu ustalone. Równocześnie lewa stopa była w wysokim stopniu zniekształcona. Wszystko to razem, zdaniem B., przemawia za tem, że wada ta wywołaną została skutkiem działania jakiejś przewlekłej przyczyny urazowej, której działanie rozpoczęło się między 9—10 tygodniem życia płodowego. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Valentini. **O systematycznem leczeniu przeciwgorączkowem duru brzusznego piramidonem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 16). Jako sposób prawidłowy leczenia duru brzusznego uważamy leczenie kąpielami, chociaż mają one nieraz strony ujemne, gdyż może nastąpić zapad, a w razie wojny lub większej epidemii trudnoby było podołać ścisłemu leczeniu kąpielami. Jeśli więc kąpiele nie są możebne lub niedozwolone (krwotoki kiszkowe itp.), stosujemy środki przeciwgorączkowe, które jednak obniżają ciepłotę tylko na krótki czas bez najmniejszego wpływu na przebieg choroby. Natomiast V. poleca regularne podawanie piramidonu, jako sposób przewyższający leczenie kąpielowe. Podaje on bezustannie dniem i nocą w lżejszych przypadkach co dwie godziny 0·2, w cięższych 0·3, a w najcięższych po 0·4 piramidonu; dzieciom zaś co dwie po 0·1. Z początku można wogóle podawać większe dawki do ustąpienia gorączki; dopiero, kiedy chory już kilka dni nie gorączkuje, należy dawkę zmniejszyć. W przeciągu 24 godzin gorączka zupełnie lub prawie zupełnie znika i stan bezgorączkowy utrzymuje się przez cały czas choroby, tętno staje się wolniejszem, a wszelkie objawy nerwowe ustępują. Piramidon zapisuje się w płynie tak, by jedna łyżka zawierała każdorazową dawkę. Skutków szkodliwych ani razu nie zauważono, pomimo że chorzy regularnie zażywali piramidon przez 4—5 tygodni, a raz nawet przez 7 tygodni. Po 3—4 tygodniach można zaprzestać podawania piramidonu, lecz jeśli ciepłota znowu się wzmoże, środek ten trzeba nadal stosować. W najcięższych przypadkach, gdzie z powodu osłabienia serca chorzy nie znoszą kąpieli, leczenie piramidonem jest wprost zbawiennem, gdyż już po 24 godzinach ciepłota z 40° i wyżej spada na 38°, a po kilku dniach osiąga normę; majaczenia i śpiączka ustępują, chorzy sami piją i pielęgnowanie jest znacznie ułatwione. Wogóle można powiedzieć, że pod wpływem piramidonu chorzy sami się pielęgnują, są czyściejsi, przyjmują pokarmy, lecz lekarz musi o tem pamiętać, że ustępują tylko objawy duru, a nie choroba sama. Dlatego musi on starannie baczyć na chorego i jego otoczenie, gdyż chory czuje się zupełnie dobrze, chce jeść, wstawać z łóżka; to też dla ludzi prostych, mieszkających zdala od lekarza, leczenie piramidonem jest wprost niebezpiecznem. Leczenie piramidonem należy rozpocząć dopiero po kilku dniach, lub z końcem pierwszego tygodnia po ustaleniu rozpoznania, by nie zamącić obrazu chorobowego w samym początku. Piramidon nie działa wcale swoiście na dur brzuszny i nie skraca bynajmniej czasu trwania choroby, lecz usuwa wyłącznie objawy, taksamo jak i kąpiele mają tylko wpływ objawowy i dlatego są tu zupełnie zbędne. V. stosuje u swoich chorych tylko dwa razy na tydzień kąpiel o 24° R. *Dr. Fels* (Lwów).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne dnia 13. maja 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 25.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: »O najnowszych zdobyczach bakteryologicznych w sprawie duru brzusznego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Pierwsza promocya na doktora med. w Uniw. krak. Upadek Wydz. lek. Lekarze polscy w wieku XIV. Skutkiem tego, że Wydział lek. od założenia Uniwersytetu nie był całkowicie rozwinięty, że w nim nie udzielano regularnie wszystkich przedmiotów w takiej rozciągłości, jaka wówczas uznana była za potrzebną do osiągnięcia w lekarstwie wieńca akademickiego, pierwszy tego rodzaju obrzęd mógł się odbyć dopiero w r. 1527, a zatem po upływie przeszło półtora wieku od wzniesienia Akademii przez Kazimierza W. Zdarzenie to, jako nowe i pamiętne, zapisane zostało w dziejach naszego Uniwersytetu, a księga rękopiśmienna, wiadomość tę zawierająca, przechowuje się w Arch. Uniw. pod L. 32 pod napisem *Compendium Documentor. Decretor. et Conclusionum* (Roczn. Wydz. lek. w Uniw. Jag. T. IV r. 1841 str. 33). Rzecz ta, jako wypadek przedtem niebywały i pierwszy od istnienia Szkoły głównej, trzy razy jest w wzmiankowanym zabytku wyraźnie uwydatniona. Naprzód w tytule: *Prima promotio in hac celebri Academia trium egregiorum Drum in Sacra (sic) Medicina facta A. 1527 sub Rectoratu Magn. ac egregii Dni Lucae de Noskew AA. et Med. Dris, Lectoris ordinarii eiusdem Physici regii et Rectoris pro tunc Gymnasii huius florentissimi Crac.* — Potem w początku osnowy: *A. Salvatoris 1527 die ultima mensis Febr. tres Dres egregii in sacratissima Medicina … promoti et laurea Drali aderant coronati primi et novi in hoc Gymnasio celeberrimo, cuius ab exortio et prima eiusdem fundatione nunquam ante eos aliqui alii hac promotione condecorati fuerant, hi videlicet Dres ac AA. liber. Mgri: Adamus de Brzeziny, Nicolaus Sokolnicki et Simon de Szamotuły“.* A na końcu aktu znowu

podano. że skutkiem uchwały, zapadłej na zebraniu wszystkich dziekanów, radców, ojców profesorów i mistrzów nauk wyzwolonych (*artistarum*) dnia 7 marca roku wyżej wzmiankowanego, zapisano to do księgi postanowień (*Constitutionum*) na wieczną pamiątkę tej promocyi, czci i pamięci godnej i pierwszej na Drów Stej Medycyny w tej szkole, jakiej przedtem nigdy nie było od początku tego kwitnącego zakładu (*ac primae (promotionis) Dnum in hoc Collegio Sacratissimae Medicinae ab exordio huius studii florentissimi nunquam antea habitae*).

Jeżeli więc dopiero w 163 lat od daty przywileju Kazimierzowskiego odbył się pierwszy akt promocyi na doktora medycyny, jeżeli ten wypadek jako nowy ku wiecznej pamięci potomności zostaje przekazany, jeżeli się nim Uniwersytet, jako świeżą i cenną zdobyczą chlubi — czyż nie wynika z tego koniecznie, że przedtem nie miano tu sposobności dostatecznej do zupełnego wykształcenia się w sztuce lekarskiej? czyż inaczej podobna przypuścić, aby w ciągu 163 lat nikt nie miał ukończyć nauk i ubiegać się o stopień?

Ale i później nie ustalił się jeszcze porządny i dokładny bieg nauk lekarskich w Uniwersytecie. W tej samej księdze rękopiśmiennej, w której skreślony jest pierwszy obrząd udzielenia stopnia doktora medycyny w naszej szkole, zapisano pod r. 1573, że gdy Fox Marcin, krakowianin, który w Uniw. Jagiellońskim otrzymał był stopień mistrza nauk wyzwolonych, a później w Bononii Dra medycyny, zgłosił się po powrocie do kraju o wcielenie swoje w dniu 20 maja 1572, nastąpiło ono w lipcu 1573, o czem zapisano te szczegóły. (J. Majer: Wiadomości z życia profesorów Wydziału lek. w Uniw. Jagiell. str. 10). Z uwagi na brak profesorów Wydziału lek., którzyby należeli do dysputy, wyznaczono w tym celu dwunastu doktorów i magistrów filozofii z większego i mniejszego kollegium. W dniu 8 lipca kandydat o godz. 9 do 17 wobec licznego zgromadzenia znakomitych mężów i senatorów królestwa rozwiązał naprzód zadania w przedmiocie filozofii, poczem zajął uwagę słuchaczy uczoną mową na pochwałę medycyny, w końcu uczenie i mądrze odpowiadał zbijającym jego założenia rektorowi Wydz. lek., dwom lekarzom zewnętrznym i dwom profesorom filozofii. Nazajutrz wliczonym został w poczet doktorów i profesorów medycyny.

Widzimy w tym wypadku, że wychowaniec tutejszej szkoły i mistrz nauk wyzwolonych dla wykształcenia się w lekarstwie udaje się do Bononii, a uzyskawszy tam stopień doktorski i pragnąc wcielić się do krakowskiego Uniwersytetu, nie znajduje tu profesorów Wydziału lek., przed którymi mógłby odbyć przepisaną dysputę tak, że dla dopełnienia tej czynności wezwać potrzeba było członków Wydziału filozoficznego i dwóch lekarzy zewnętrznych czyli prywatnych.

W dziełku „Stan wewnętrzny y zewnętrzny Studii generalis Universitatis Cracov. 1774“, zawierającem wiadomości, zaczerpnięte ze źródeł dawniejszych, znajdujemy zupełne potwierdzenie stosunków wyżej wzmiankowanych.

„Iż sześciu powinno bydź Medicinae professores dochodziłem ex libello M. Jacobi Ustiensis S. Theol. et U. J. Dris ad Urbanum VII Papam ab Universitate Oratoris.

Nie tak szczupłość, jako raczej non existentia dochodów przyczyną jest, iż Facultas medica zdrobniała, zaledwo bowiem można uprosić trzech lub dwóch jako dziś profesorów, którzyby propter representandam Facultatem chcieli się mieścić w Akademii.

Rządzi się Facultas prawami innym postronnym Akademiom zwyczajnemi, ma swego Dziekana rocznego, Examina y Promocyi sposobem w obcych krajach używanym odbywa, lecz te nader rzadko się trafiają, gdyż w przeciągu lat 25 zaledwo czterech było ad Laureas Konkurentów. Zazwyczaj za granicą Promotos Facultas ad Gremium suum przybiera. Co się dzieje stąd, iż bez funduszu nie mogą być ciągłe nauki, niemasz sali anatomicznej, niemasz zielniczego ogrodu, niemasz xięgarni, słowem na tem wszystkiem braknie, bez czego ta Facultas obejść się nie może. Co jednak w postronnych Akademiach y widzimy y zachwalamy“.

Jędrzej Badurski, pierwszy założyciel klinik w naszej szkole, musiał dla wykształcenia się w medycynie, gdy jej nie miano w Krakowie, udać się do Bononii w r. 1766. Po powrocie swoim w r. 1770, pisze biograf jego Brodowicz, „zastał on rzeczy lekarskie w tym samym lichym stanie, w jakim je odjechał, a Wydział lekarski już przez dwa lata w jednej tylko osobie czcigodnego Camelina reprezentowany“. A gdy tenże umarł w r. 1774, zapisał Badurski w aktach Uniwersytetu: „*Cum et cursus studii medici mode aliarum Universitatum desideretur ... auditor deficit, census pro lectoribus nullus ... tum ob instantem generalem Regni Scoolae et consequenter Facultatis medicae reformationem*“. (Gdy niema biegu nauk zwyczajem innych Uniwersytetów, gdy niedostaje słuchacza, ani zapłaty żadnej dla uczących, gdy ma nastąpić powszechna reforma szkoły królestwa, a zatem Wydziału lek., kollegia lekarskie w r. 1775 przerwane i przez następne lat pięć całkiem zamknięte zostały). (C. d. n.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1899.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Wnioski c. k. Rady zdrowia.

Opierając się na motywach, przytoczonych po części w niniejszem Sprawozdaniu, po części w Sprawozdaniach z lat poprzednich, przedstawia c. k. kraj. Rada zdrowia odpowiednim władzom w celu poprawy stosunków zdrowotnych, jak i po inne lata, szereg wniosków.

Już w referacie zeszłorocznym pisaliśmy, że widocznie wnioski te nie odnoszą skutku, skoro Rada zdrowia prawie tesame żądania ponawia od szeregu lat. Brak im więc należytego i stanowczego poparcia z jednej, a należytego zrozumienia ich potrzeby z drugiej strony. Na dowód słuszności naszego twierdzenia przytaczamy tu wszystkie te wnioski, dodając do nich parę naszych uwag.

1. Osuszanie rozległych bagnisk i moczarów, niemniej regulacya rzek w bardzo wielu powiatach leży nietylko w interesie ekonomicznym, ale i zdrowotnym kraju, dlatego roboty melioracyjne powinny być przyspieszone i podjęte w najszerszej mierze w różnych punktach kraju. Wniosek ten przedkłada Rada zdrowia po raz 6-ty od roku 1894 [1]).

Sprawa ustawy melioracyjnej, w szczególności regulacyi rzek naszych tak ogólnie jest znana, że wystarczy tu stwierdzić tylko usilne starania kraju, połączone ze znacznym nakładem pracy i gotowością do ofiar finansowych i przeciwstawić im oporne i przewlekające stanowisko rządu centralnego. Może wraz z kanałami wodnymi sprawa ta wpłynie nareszcie w dziedzinę urzeczywistnienia.

2. Aby ułatwić gminom zaopatrzenie się w dobrą wodę do picia, byłoby pożądanem, by istniejące przy Wydziale krajowym biuro melioracyjne wypracowywało gminom za wynagrodzeniem plany budowy wodociągów i kosztorysy, lub przynajmniej, by już zrobione poddawało rozejrzeniu i ocenie.

Wniosek ten spotykamy od roku 1894 po raz trzeci. Szkoda słów na stwierdzenie jego potrzeby. Ośmielamy się tylko dodać uwagę, że i w Namiestnictwie są siły, które wykazały już w tym kierunku zdobytą doświadczeniem wiedzę; dlaczego więc wszystkiego żądać od władz autonomicznych?

3. Aby skuteczniej wpłynąć na poprawę mieszkań we Lwowie i Krakowie i przez to zapobiegać szerzeniu się gruźlicy (tylko?) należy ściślej, niż dotychczas, przestrzegać przepisów ustawy budowlanej, wydanej dla tych miast, a zarazem dążyć do zmiany tych ustaw stosownie do obecnego postępu higieny.

Wniosek ten spotykamy od roku 1894 po raz szósty. Dziś dodaćby należało i dopisek o przestrzeganiu przepisów ustawy budowlanej dla wsi i miasteczek.

[1]) Mając w ręku tylko Sprawozdania od roku 1894, z innych zaś tylko niektóre z brakami, ograniczamy się do tych, które są nam dostępne.

4. Zachodzi konieczna potrzeba otwarcia drugiego w kraju zakładu państwowego dla badania środków spożywczych.

Wniosek pojawia się po raz trzeci.

5. Ze szczególnym naciskiem podnieść należy potrzebę wybudowania nowych gmachów na pomieszczenie szkół średnich wogóle w całym kraju, a w szczególności w mieście Lwowie.

Wniosek ten znajdujemy w Sprawozdaniu po raz pierwszy.

6. Rzeczą jest niezbędną ustanowienie lekarzy szkolnych.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty, bez skutku.

7. Z powodu bardzo niekorzystnego stanu wielu budynków szkolnych w kraju i niedostatecznego funduszu krajowego na budowę szkół ludowych, zachodzi konieczna potrzeba podwyższenia dotacyi krajowej dla tego funduszu.

Wniosek czyniony po raz trzeci.

8. Przynajmniej w pobliżu każdej szkoły średniej, a o ile możności obok każdej szkoły ludowej, powinno być urządzone boisko dla zabaw szkolnych, któreby można przerobić małym kosztem na ślizgawkę, wyłącznie dla młodzieży.

Wniosek czyniony po raz trzeci; lecz od kilku lat parę nowych gmachów szkół średnich w Krakowie powstało, w żadnem boiska takiego nie urządzono.

Należałoby przed budową każdej nowej szkoły średniej przy omawianiu planów wywrzeć na odpowiednie czynniki cały nacisk, by wtenczas rzecz przeprowadzić.

9. Ponieważ istniejące szpitale nie wystarczają dla pomieszczenia chorych, przeto koniecznem jest zakładanie nowych szpitali tak, aby przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym, znajdował się szpital.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

10. Plany budowy każdego nowego i przebudowy lub rozszerzenia istniejącego już szpitala winny być w myśl §. 2 sanitarnej ustawy państwowej przedkładane do zaopiniowania politycznej władzy krajowej, gdyż tylko w ten sposób można będzie uniknąć pewnych zmian, jakich wymagają względy higieniczne, a które po wykończeniu budowy albo wcale nie, albo tylko wielkim kosztem można przeprowadzić.

Wniosek ten czyniony po raz pierwszy.

Trudno tylko zrozumieć, jakim sposobem, kiedy ustawa sanitarna państwowa tego żąda, plany takie nie są władzy przedkładane, a mimoto budowa zostaje do końca doprowadzoną. Toż chyba wszędzie miejscowe władze polityczne wiedzą o przygotowującej się, lub wcale rozpoczynającej się budowie, bo taka rzecz ukryć się nie da. Czemuż więc nie dopilnują wtedy wykonania §. 2 tej ustawy? To też zamiast wniosku w Sprawozdaniu, należałoby raczej wydać odpowiednie pouczenie tym władzom, a gdyby mimoto zaszły przekroczenia tego paragrafu, należałoby poprzeć pouczenie silniejszymi argumentami.

11. Należy się starać o utworzenie liczniejszych przytulisk dla nieuleczalnych i kalek, aby zmniejszyć wydatki szpitalne.

Wniosek czyniony od 1894 roku po raz szósty.

12. W każdym publicznym powszechnym szpitalu powinien być urządzony osobny oddział dla chorych zakaźnych i każdy taki szpital powinien posiadać własny przyrząd do dezynfekcyi.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

13. Przynajmniej każdy większy szpital powszechny i publiczny, t. j. mający conajmniej 80 łóżek, powinien być urządzonym do przyjmowania chorych, podejrzanych o chorobę umysłową na obserwacyę lub do chwilowego przytrzymania, zanim chory będzie mógł być przyjęty do krajowego zakładu dla obłąkanych.

Wniosek czyniony po raz trzeci.

14. Budowa drugiego samoistnego zakładu dla obłąkanych w **Krakowie** jest rzeczą piekącą, a utworzenie przytuliska dla spokojnych, lecz zniedołężniałych obłąkanych (Irrensiechenanstalt) zmniejszy wydatki w zakładach leczniczych dla obłąkanych.

Wniosek czyniony od roku 1894 po raz szósty.

Charakterystycznem jest, że ponieważ Rada zdrowia domaga się budowy nowego zakładu w **Krakowie**, to rozszerza się tylko zakład kulparkowski!

15. Z dnia na dzień coraz bardziej potrzebną jest budowa samoistnego zakładu dla położnic w Krakowie.

Wniosek czyniony po raz trzeci. Zamilczano tu, czy też pominięto, może jeszcze ważniejszą budowę gmachu na szkołę położnych w Krakowie prawdopodobnie z tego powodu, że sprawy te się łączą. Co więcej, już w zeszłym roku podnosiliśmy potrzebę otwarcia trzeciej takiej szkoły w kraju.

16. Potrzebnem jest urządzenie krajowych zakładów wychowawczych dla głuchoniemych i ciemnych.

Wniosek czyniony od 1894 roku po raz szósty, choć może najmniej naglący.

17. Należy zobowiązać lekarzy urzędowych, aby prowadzili wykaz nieszczęśliwych przypadków, zdarzających się w zakładach przemysłowych i fabrycznych, które leżą w okręgu ich urzędowania, dla każdego przedsiębiorstwa osobno i aby przytem zaznaczali rzeczywisty lub przypuszczalny powód uszkodzenia w każdym poszczególnym przypadku.

Wniosek uczyniony w tym roku po raz pierwszy.

18. Dążyć należy do odpowiedniejszego pomieszczenia c. k. domów karnych dla mężczyzn i kobiet we Lwowie i bardzo wielu aresztów przy c. k. sądach powiatowych, a zarazem do uregulowania opieki lekarskiej w aresztach sądowych.

Wniosek ten spotykamy po raz trzeci.

19. Uregulowanie w drodze ustawy opieki nad ubogimi i ukrócenie włóczęgostwa przyczyni się niewątpliwie w znacznym stopniu do poprawy stosunków zdrowotnych w kraju i do zapewnienia rzeczywiście ubogim i chorym prawdziwie skutecznej opieki.

Wniosek czyniony po raz trzeci. Tu należało naszem zdaniem zaznaczyć potrzebę zakładania domów przymusowej pracy.

20. Koniecznie wskazanem jest stłumienie pijaństwa w celu zmniejszenia śmiertelności i coraz więcej rosnącej liczby obłąkanych, a najlepszym ku temu środkiem jest zakładanie towarzystw wstrzemięźliwości.

Wniosek czyniony po raz piąty. Dobre są zapewne towarzystwa wstrzemięźliwości, ale o wiele bezpośredniej prowadziłoby do celu ograniczenie liczby szynków, których jest stanowczo za wiele, a powtóre ściśle wykonywanie krajowej ustawy przeciw pijaństwu, która z braku egzekutywy i kontroli omal że nie poszła w zapomnienie.

21. Celem skutecznego powstrzymania szerzenia się chorób zakaźnych w kraju potrzebną jest ustawa państwowa o tłumieniu chorób zakaźnych, w której przyjęte byłyby zasady przymusowego odosobnienia i odszkodowania ze skarbu państwa osób za utratę zarobku podczas odosobnienia, jakoteż odszkodowania za zniszczone rzeczy, które były zakażone, a których dezynfekcya była niemożliwą.

Wniosek ten, który uważamy za jeden z najważniejszych, czynionym jest od roku 1894 po raz szósty.

22. Rozporządzenie ministeryalne z 6-go marca 1854 roku powinno być w tym kierunku zmienione, że wszelkie nieuprawnione udzielanie pomocy położniczej w miejscowościach, w których znajduje się egzaminowana położna i mogła być do porodu zawezwaną, ma być karane bez względu na to, czy się to działo w sposób zarobkowy, czy nie zarobkowy.

Wniosek ten czyniony od roku 1894 po raz szósty.

Pominięto zaś w tym roku wniosek z roku 1898, czyniony po raz pierwszy, o potrzebie reformy przepisów, tyczących się zawodu aptekarskiego i inny — z lat dawniejszych — o potrzebie wskrzeszenia zniesionych domów podrzutków.

Sprawozdanie zamyka szereg tablic statystycznych.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28. maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Piotrowski demonstrował olbrzymi kamień, wydobyty z pęcherza; kol prof. Bujwid dał tymczasowe doniesienie o wyniku swoich doświadczeń nad przenoszeniem się gruźlicy z człowieka na cielęta; wreszcie kol. doc. Łepkowski mówił: „O porcelanie i emalii w dentystyce“.

* **Biuro sanitarne m. Krakowa** rozesłało miejscowym lekarzom okólnik, zawierający »Główne zasady dla zapobiegania i zwalczania zimnicy, czyli tak zwanej malaryi«.

* Prezydent m. Krakowa zawiadomił okólnikiem lekarzy krakowskich, że ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło ustalenie i obniżenie ceny surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej przez państwowy Zakład seroterapeutyczny w Wiedniu. O tem rzekomem obniżeniu pisaliśmy w swoim czasie, że właściwie dla Krakowa i całej Galicyi, jeżeliby ta cena została przez rząd nam narzucona, byłoby to podniesieniem a nie obniżeniem ceny, gdyż surowica, wyrabiana przez Zakład krakowski prof Bujwida, jest prawie o 50% tańszą od obniżonej ceny wiedeńskiej. Zakład wiedeński powinien zastosować się do nizkich cen krakowskich, a nie odwrotnie; byłoby to połączone z pożytkiem społeczeństwa, do czego właściwie zmierzać powinny zarządzenia p. ministra.

* D. 17. b. m. otwarto uroczyście w Drewnicy pod Warszawą schronisko dla umysłowo chorych i cierpiących na nieuleczalne choroby układu nerwowego. Schronisko jest szlachetnem dziełem Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi.

— Biblioteka Towarz. lekar. krak. otrzymała od W. Pani Ściborowskiej kilkadziesiąt tomów dzieł z księgozbioru ś. p. Dra Wład. Ściborowskiego. Za ten cenny dar składam ofiarodawczyni serdeczne podziękowanie. *Dr. Wrzosek,* bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Laboratoryum lekarsko-chemiczne Doc. Dr. M. Seńkowskiego zostało przeniesione do kamienicy przy ul. Garbarskiej L. 10.

* Dr. Antoni Löw, założyciel wiedeńskiego Stowarzyszenia lekarzy austryackich, mającego za zadanie przychodzić w pomoc potrzebującym wdowom i sierotom po lekarzach, mianowany został prezesem honorowym tego Stowarzyszenia.

* Wydział wiedeńskiego Stowarzyszenia słuchaczów medycyny wszedł w porozumienie z medykami innych uniwersytetów austryackich i utworzył »Ogólnoaustryacki Związek słuchaczów medycyny«. Celem tej organizacyi ma być »zmniejszenie nadmiernego napływu do studyum medycyny«, ażeby na tej drodze zapobiedz upadkowi stanu lekarskiego. Wydział wykonawczy »Związku« postanowił zwołać w połowie miesiąca czerwca 1903 r. »Pierwszy ogólnoaustryacki Kongres medyków« w celu poparcia przez usta delegatów głównych zadań społeczno-lekarskich „Związku". Wydział wzywa lekarzy praktyków do udziału w pracach Kongresu, w szczególności do wygłoszenia odczytów. Program Kongresu obejmie: 1) Omówienie przyczyn i powodów społecznego i materyalnego upadku stanu lekarskiego. 2) Narada nad środkami i sposobami naprawy stosunków istniejących. 3) Ustalenie żądań medyków wszystkich uniwersytetów monarchii austryackiej.

Karta wstępu kosztuje 4 korony. Wyjaśnień udziela przewodniczący „Organizacyjnego Związku medyków na Galicyę zachodnią", p. J. Silbiger (Kraków, ul. Kopernika, 36).

* Między 6 a 12 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w pow. bocheńskim (1 gm.), w pow. dąbrowskim (2 gm.). W tymże czasie doniesiono o nowych przypadkach duru osutkowego w powiatach: brzeskim (1 gm.), brzeżańskim (4 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (2 gm.), drohobyckim (2 g.), grodeckim (1 g.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (3 g.), lwowskim (3 g.), mościskim (1 g.), nadworniańskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (6 g.), rudeckim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), samborskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (3 g.), trembowelskim (3 g.), wadowickim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIII (3—9—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 68, zmarło osób 68, mianowicie: z gruźlicy 11 (3 zam.), z zapalenia płuc 13 (6 zam.), z cholery niemowląt 4 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Cesarz nadał prezydentowi Izby lekarskiej we Lwowie, Dr. Edwar. Festenburgowi order żelaznej korony III klasy, a Dr. Feliksowi Sielskiemu krzyż orderu Franciszka Józefa.

Nekrologia. Dr. Ludwik Okińczyc zmarł w Permi, licząc lat 68. Dr. Karol Kaczkowski zmarł w Krośnie d. 25 b. m. Dr Szczęsny Szypiński zmarł w Kijowie, licząc lat 63. Mag. chirurgii Herman Rotter zmarł w Rzeszowie, w 65 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 20. Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych. Heiman: O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa.

— *Medycyna* Nr. 20. Goldberg: Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 4. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5. Stock: O dymalu. Panýrek: Případ fetišismu praepubertálního u několika sourozenců.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 20. Brabec: O empyemu dutiny čelní (dok.). Matiegka: O významu váhy mozkové u člověka (dok.). Srdinko: O differencování pohlaví a dědičnosti u člověka a zvířat dokończenie).

Liečnički Viestnik Nr. 5. Beil: Crtice iz života liečnikova. Neobični učinak pušćane ozljede glave. Čačković: O hernijama kod abnormalnoga položaja muda (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 39. Roger i Garnier: Gruczoł tarczykowy w przebiegu ospy. Vaillard i Dopter: Etyologia czerwonki nagminnej.

Nr. 40. Fournier: Samobójstwo a kiła. Labbé i Froin: Wstrzykiwania podskórne surowicy żelatynowej w leczeniu krwotoków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Leyden: Etyologia wiądu rdzenia. Herz: Stosunki ciepłoty w stawach przewlekle schorzałych, oraz w kończynach zastoinowych. Lenné: Etyologia cukrzycy. Wolff: Przyczynek do nauki o morfologicznych procesach przy zakażeniu i odporności (dok.). Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm. (ciąg dalszy).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Schottmüller: Odróżnianie gatunku paciorkowca chorobotwórczego dla człowieka zapomocą hodowli na agarze z krwią. Berndt: Polecanie eterowego znieczulenia w kroplach sposobem Witzla. Bendix: Przypadek tętniącego zapalenia opłucnej po stronie prawej. Poly: O działaniu terapeutycznem nowego środka nasennego, »weronalu«. Becker: O »subkutynie« nowem połączeniu anastezynu do wstrzykiwań podskórnych. Oppe: Zapalenie wyrostka robaczkowego a wnętrzaki. Köhler: Skuteczność nowoczesnego leczenia chorób płucnych w sanatoryach w świetle statystyki. Praktyka i zadanie tych zakładów (dok.). Fischer: Szmer w jamie ustnej (dok.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Schein: O powstawaniu wyłysienia. Oppenheim: Trędowisko Matunga w Bombayu. Ehler: Kamica żółciowa powikłana cukrzycą. Matzenauer: Rozszerzadło stulejki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Leyden: O hemisystolii. Hitschmann i Stross: Przyczynek do nauki o gruźlicy narządu chłonnego. Mitulescu: Korzyści leczenia skombinowanego gruźlicy przewlekłej. Kurpjuweit: Zachowanie się leukocytów olbrzymich jednojądrzastych i tworów przejściowych Ehrlicha w raku żołądka. Wieting: Przyczynek do sprawy ogólnego wzrostu olbrzymiego. Rehfisch: Rokowanie przy tętnie przepuszczającem (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 6 Czerwca 1903. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

Mleczomocz, uważany początkowo za cierpienie, spotykane tylko w krajach zwrotnikowych i podzwrotnikowych, od lat trzydziestu spostrzegany bywa i w Europie. Podczas gdy jednak w krajach zwrotnikowych mleczomocz występuje zazwyczaj nagminnie, w Europie należy do sporadycznych, dość rzadkich objawów; podczas gdy tam jest zwykle objawem, rzadko jedynym, schorzenia, polegającego na wtargnięciu pasorzyta nitkowca (*filaria sanguinis*), tu ani nitkowca, ani żadnego innego pasorzyta dotychczas nie zdołano wykryć.

W licznych pracach, poświęconych temu przedmiotowi, spotykamy zawsze *mutatis mutandis* jeden i ten sam typ klinicznego przebiegu: chory wydziela mocz, który w pewnych porach dnia nie różni się niczem od prawidłowego, w innych przybiera zabarwienie mniej lub bardziej mlecznobiałe, zawiera wtedy w znacznej ilości tłuszcz i białko, pod drobnowidem zaś wykazuje obecność bardzo dokładnej zawiesiny tłuszczowej, a w przypadkach mleczomoczu zwrotnikowego pasorzyta nitkowca (*filaria sanguinis*). Sam przez się nie wywołuje mleczomocz żadnych poważniejszych zaburzeń w ustroju, ustępuje bez widocznej przyczyny, aby po pewnym czasie wystąpić ponownie, i stan taki trwa miesiące i lata.

O ile jednak zgodnymi są opisy ogólnego, typowego, klinicznego przebiegu (co do szczegółów panuje tu, jak się później przekonamy, chaos), o tyle różnią się zdania autorów co do istoty cierpienia. Jak zwykle, tak i w tym przypadku, liczne a różne zdania są dowodem, że żadne z nich nie wyszło dotychczas poza granice hipotezy. Tyczy się to przedewszystkiem mleczomoczu europejskiego pomimo przeszło dwudziestu spostrzeżeń, ogłoszonych drukiem i niewątpliwie liczniejszych jeszcze, mniej lub więcej dokładnych, które do piśmiennictwa nie przeszły.

To też uważaliśmy za stosowne zająć się opracowaniem przypadku, który mieliśmy sposobność spostrzegać przez czas dłuższy, a to tem bardziej, że w piśmiennictwie naszem niema dotychczas żadnej pracy, zajmującej się tym przedmiotem, poza króciutką rozprawką Lachowicza [1]), dotyczącą przypadku, spostrzeganego przez jednego z lekarzy w Szwajcaryi.

* * *

Zanim przystąpimy do opisania spostrzeganego przez nas przypadku, pozwolimy sobie zestawić w krótkości poglądy autorów na przyczyny powstawania mleczomoczu, zostawiając sobie na później rozbiór tych poglądów. Pierwszą wzmiankę o „chyluryi“ spotykamy w piśmiennictwie w roku 1812: Chapotin [2]) opisuje w swojej *„Topographie de l'Isle de France“* nagminnie występujące na wyspie Maurycego napady krwiomoczu i mleczomoczu: w moczu chorych pokazuje się bez widocznej przyczyny krew albo mlecz, albo też jednocześnie krew i mlecz (*haemato-chyluria*).

Pod koniec pierwszej połowy ubiegłego stulecia wzrasta liczba spostrzeżeń tego zagadkowego cierpienia. Z rozmaitych zwrotnikowych i podzwrotnikowych okolic dowiadujemy się o powtarzających się en- i epidemiach mleczomoczu. Najczęściej wydarzają się one w Brazylii, w Indyach, na wybrzeżach Zanzibaru, na wyspie Maurycego i Reunion, w Egipcie, w Australii, niektórych okolicach północnej Ameryki (Florida i Charleston), w Japonii i t. d.[1])

Pierwszą próbę wytłómaczenia mleczomoczu podaje Billharz [3]) w r. 1852; na podstawie przypadków, spostrzeganych w Egipcie, wyraża przypuszczenie, że mamy tu do czynienia ze sprawą pasorzytniczą (*distoma haematobium*). Przypuszczenie Billharza przyjmują później Griesinger [3]- i Harley [3]), a w r. 1866 Wucherer [4]) i w dwa lata później Lewis [4]) stwierdzają obecność pasorzyta we krwi i w moczu chorych na mleczomocz. Pasorzytowi temu, należącemu do rodziny „nematodes“, Lewis daje nazwę „filaria sanguinis hominis“. Mleczomocz krwawy nie jest stałym objawem „filaryozy“, występuje jednak dość często na tle innych, mniej lub bardziej stałych zmian, do których należą: słoniowacina, zwłaszcza narządu płciowego, piersiowy otok mleczowy, (*chylothorax*), puchlina mleczowa (ascites chylosus), wodniak mleczowy (*hydrocele chylosa*), limfatyczne żylaki, guzy i ropnie gruczołów limfatycznych. We wszystkich sprawą chorobową zajętych narządach spotykano pasorzyta, którego zarodki występowały jednocześnie w moczu i we krwi chorych (Lewis, S. Aranjo [3]), Jos. Santos [3]) i inni). Na uwagę zasługuje spostrzeżenie Mansona, podkreślone już przez Senatora [4]), że zarodki nitkowca stwierdzano we krwi chorych tylko w nocy, nigdy za dnia. St. Mackenzie [4]) polecił wobec tego jednemu ze swych chorych zmienić zupełnie tryb życia, sypiać w dzień, jadać i chodzić w nocy — i w przypadku tym po pewnym czasie krew dzienna wykazywała pasorzyta, w nocnej nie było go zupełnie!

Na częstość zwrotnikowego mleczomoczu wskazują daty Mansona: w południowych Chinach 10% ludności cierpi na „filaryozę“, a z tego 1—2% na mleczomocz. Trwa on

[1]) Podług Senatora [4]).

zazwyczaj bardzo długo; brazylijski lekarz Silwa Lima[5]) opowiada o chorej, która umarła w 80 roku życia, a od 30 roku cierpiała na mleczomocz.

Wobec stwierdzonej wielokrotnie obecności pasorzyta w przypadkach zwrotnikowego mleczomoczu, wobec towarzyszących mu często widocznych dla oka zaburzeń w krążeniu naczyń chłonnych, myśl o mechanicznej przeszkodzie w krążeniu limfy, spowodowanej nagromadzeniem się pasorzytów lub ich zarodków w naczyniach chłonnych, nasunęła się sama przez się wielu badaczom. Już w r. 1875 Manson, a w 1877 Bancroft[6]) dochodzą do wniosku, że nitkowiec, dostając się do ustroju człowieka prawdopodobnie za pośrednictwem moskitów, rozmnaża się w nim, sprowadza zaczopowanie naczyń chłonnych, rozstrzeń tych naczyń, słoniowacinę obwodowych części, względnie pęknięcie ścianki naczyń i wylew limfy, czy mlecza, do narządu moczowego; limfa, czy mlecz, mięsza się z prawidłowym moczem, a wynikiem tej mięszaniny jest mleczomocz.

Przypuszczenie to zdają się stwierdzać wyniki kilku obdukcyi chorych na mleczomocz. St. Mackenzie[4]) znalazł w przypadku, w którym za życia wykryto pasorzyta w narządzie limfatycznym, a zarodki tegoż we krwi, znaczne rozszerzenie przewodu piersiowego i naczyń limfatycznych biodrowych, lędźwiowych i nerkowych. Havelburg[7]) stwierdził podczas sekcyi w podbrzuszu swego chorego workowaty twór, wypełniony płynem mlecznym, zrośnięty z pęcherzem i komunikujący z nim przez otwór w górnej ścianie pęcherza; obok tego szereg gruczołów chłonnych wielkości orzecha laskowego i grube białe smugi na krezce. W przypadkach Ponficka[4]), Kentaro Murato[4]) znaleziono również silnie rozszerzone naczynia chłonne jamy brzusznej; w ostatnim przypadku — obok tego — zanik kłębków nerki.

W przypadku Ponficka nie zdołano wykryć pasorzyta ani za życia, ani po śmierci. Liczne podobne przypadki, — mleczomocz bez nitkowca — zaczęły nasuwać wątpliwości co do słuszności teoryi pasorzytniczej. A gdy począwszy od r. 1869 zaczęły ukazywać się w piśmiennictwie opisy przypadków mleczomoczu u osób, które nigdy nie opuszczały Europy, wątpliwości wzrosły, wobec faktu, że nitkowiec jest pasorzytem, nigdy nie spotykanym w Europie. Część autorów uciekła się do podziału mleczomoczu na zwrotnikowy, pasorzytniczy (*ch. parasitaria*), i europejski, niepasorzytniczy (*ch. nostras, non parasitaria*); inni zaprzeczają wogóle słuszności teoryi pasorzytniczej, szukając przyczyny cierpienia na zupełnie odmiennych drogach. Zaczęto zadawać sobie przedewszystkiem pytanie, czy rzeczywiście mleczomocz zawdzięcza swe pochodzenie domieszce mlecza, czy zasługuje na nazwę „mleczomoczu“ *sensu strictiori?* Wszak tłuszcz i białko, składniki „chyluryi“, mogą się dostać do moczu nie tylko z naczyń chłonnych! A zresztą dla stwierdzenia obecności mlecza nie może być wystarczającem sama obecność tłuszczu i białka; należałoby wykryć w tym celu i inne składniki, stale występujące w limfie i mleczu. A właśnie jednego ze stałych składników mlecza, cukru — brak zawsze w mleczomoczu, wyjąwszy przypadki, gdzie mleczomocz rozwinął się na tle cukrzycy. Ilość tłuszczu w mleczomoczach przewyższa *maximum* tłuszczu, oznaczanego w limfie... Te i tym podobne względy, do których będziemy musieli jeszcze wrócić poniżej, wywołały nową teoryą mleczomoczu: tłuszcz i białko przedostają się do moczu wprost ze krwi, a to z powodu przeładowania krwi tłuszczem (*lipaemia*), albo niezupełnie prawidłowej anatomicznej budowy nerek. Ale i ta teorya nie mogła zadowolić wszystkich: wobec zazwyczaj długotrwałego przebiegu cierpienia, nie pociągającego żadnych poważniejszych zaburzeń w ustroju, wobec braku w moczu składników morfotycznych, trudno było zgodzić się na przyjęcie schorzenia nerki, a przypadki sekcyjne stwierdzały niejednokrotnie zupełnie prawidłową budowę obu nerek pomimo mleczomoczu.

Zagadka pozostaje na razie nierozwiązaną, choć tu i owdzie ukazuje się nowa hipoteza.

W ostatnich czasach następuje zwrot do dawnych poglądów. Senator[4]), omawiając sprawę mleczomoczu w roku 1895, powiada: „...gleichwohl neigt man ziemlich allgemein zu der Annahme, dass auch in diesen Faellen (t. j. w europejskich przypadkach) die Chylurie auf einem Erguss von Lymphe in die Nieren oder Harnwege beruhe, welcher seinerseits die Folge einer irgendwie bedingter Lymphstauung u. Ectasie der Lymphgefaesse sei. Indessen entbehrt diese Annahme noch jeder thatsaechlicher Unterlage, ja es giebt mancherlei Grunde, welche direct gegen sie sprechen und welche auch die Ableitung der parasitaeren Chylurie von einer Beimengung der Lymphe zum Harn als nicht vollstaendig sicher erscheinen lassen“...

W r. 1900 ukazują się jednocześnie dwie prace, które rzucają sporo światła na sprawę mleczomoczu. W. E. Predtetschensky[8]) ogłasza w „*Zeitschrift für klinische Medicin*“: „Ein Fall von europeischer Chylurie“, a Franz Erben[9]) w „*Zeitschrift für physiologische Chemie*“: „Ueber die Zusammensetzung menschlichen Chylusfettes“. Prace te rozpatrzymy później; zaznaczamy jednak już teraz, że obie bronią zdania, przypisującego pochodzenie mleczomoczu domieszce mlecza do moczu.

Przystąpmy do opisu naszego przypadku.

Jan R., woźny Wydziału krajowego we Lwowie, zgłosił się dnia 9 X 1902 r. do Polikliniki lwowskiej, na oddział kiłowy Dra Tatarczucha*).

Urodzony w r. 1861 w Uszczańcach, w Galicyi, J. R. nigdy nie opuszczał kraju. Służbę wojskową odbył przy kawaleryi w Łańcucie. Ojciec chorego ma obecnie 68 lat, zdrów. Matka umarła przed 20 laty; przyczyna śmierci bliżej nie znana (puchlina brzuszna?) Z rodzeństwa żyją dwie siostry i młodszy brat i cieszą się dobrem zdrowiem. Wszystkiego było rodzeństwa 11-ro; 10-ro umarło w dzieciństwie, w wieku od 2 do 5 lat. Chory ożenił się przed 10 laty; po dwóch latach bezdzietnego pożycia umarła żona. Przed 5 laty ożenił się powtórnie, ale i z drugą żoną nie ma dotychczas potomstwa. Poronień nie było. Żyje jedno nieślubne dziecko w wieku lat 6-ciu. W r. 1888 chory leżał przez 3 miesiące w lwowskim szpitalu powszechnym na oddziale kiłowym z powodu obustronnej dymienicy, która jakoby wystąpiła bez widocznej przyczyny, gdyż ani rzeżączki, ani żadnego wrzodu w owym czasie nie przechodził. W protokole szpitalnym znaleźliśmy rozpoznanie: „*Condylomata acuminata int. lam. praeputii. Adenitis ing. ambilat. suppurativa*“. Rzeżączkę miał po raz pierwszy przed 8 laty; sprawa miała ustąpić «po krótkim czasie» — bez leczenia. Mniej więcej w tym samym czasie zauważył pacyent, że mocz jego w nocy od czasu do czasu przybiera mleczno-białe zabarwienie. Na objaw ten zwraca pilną uwagę od dwóch lat i twierdzi, że mocz jego od tego czasu noc w noc, raz na

*) Niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu jak najserdeczniejsze podziękowanie Drowi W. Tatarczuchowi, dyrektorowi Polikliniki we Lwowie, za łaskawe pozwolenie korzystania ze swego pięknego materyału, i za odstąpienie niniejszego przypadku. *L. F.*

noc, między 12 a 5 rano, przybiera wejrzenie mleka. Pomimo tego czuł się chory zupełnie zdrowym i dla tego nie zwracał się wcale do lekarzy. Dopiero od paru miesięcy czuje ból w krzyżu i w nogach, i to go skłoniło do szukania porady w Poliklinice.

Gdyśmy chorego ujrzeli po raz pierwszy, skarżył się on na owo »białe« zabarwienie nocnego moczu. Przyzwyczajeni do bałamutnych wywiadów chorych poliklinicznych, a zwłaszcza nie dowierzając zupełnie chorym pod względem określania barwy moczu, nie przywiązywaliśmy do tej skargi chorego żadnej wagi. Mocz, oddany w naszej obecności (w południe), był w obu częściach zupełnie jasny, II-ga część jednakowoż zawierała liczne niteczki. Rozpoznawszy przewlekłe zapalenie tylnej części cewki moczowej, zaordynowaliśmy choremu wkraplanie rozczynu azotanu srebrowego $\frac{1}{2}$% do części tylnej zapomocą przyrządu Ultzmanna, przechodząc co 4-ty albo 6-ty dzień do rozczynów silniejszych i doszliśmy w ten sposób do rozczynu 2%. Chory chwalił sobie bardzo nasze postępowanie; bóle w krzyżach miały ustąpić, a nitki w drugiej części moczu pokazywały się w coraz mniejszej ilości. Wobec dwukrotnego ujemnego wyniku badania moczu na gonokoki chcieliśmy przerwać to leczenie na czas pewien; ale gdy chory wciąż jeszcze uskarżał się na »biały« mocz w nocy, poleciliśmy mu przynieść ze sobą próbkę nocnego moczu. Chory przedstawił nam też nazajutrz mocz, który — ku zdziwieniu naszemu — miał rzeczywiście raczej wejrzenie mleka, niż moczu. Pierwsza myśl, że mamy tu do czynienia z nadmiernem wydzielaniem się fosforanów, nie sprawdziła się. Natomiast wyjaśnił się mocz prawie zupełnie po zakłóceniu go z eterem. Podejrzewając mleczomocz, poleciliśmy przynosić sobie do rozbioru codziennie oddzielnie dzienne, oddzielnie nocne porcye moczu. Prócz tego, chcąc otrzymać do zbadania mocz zupełnie świeży i módz spostrzegać zachowanie się chorego podczas oddawania zmienionego moczu, sprowadziliśmy go dnia 12. XI. o godzinie 1-szej w nocy, korzystając z uprzejmej gościnności kol. Docenta Kučery, asystenta prof. Obrzuta, do zakładu anatomii patologicznej. Dnia tego R. oddał mocz jasny o godzinie 9-tej wieczorem, poczem położył się spać i spał dobrze do godziny 12-tej, o której wstał, by zgłosić się do nas.

Mocz, oddany o godzinie 1-szej w nocy w obecności naszej i kol. Kučery, w ilości 300 ctm. sz., ma wejrzenie mleka, barwę mlecznobiałą, oddziaływanie kwaśne. Ciepłota ciała w chwilę po oddaniu moczu 36·5. W kropli moczu, badanej pod drobnowidem natychmiast po oddaniu, stwierdzono mnóstwo drobniutkich kuleczek, silnie łamiących światło, szybko poruszających się; w wiszącej kropli toż samo, a obok tego sporo większych kulek (tłuszcz?) i nieliczne duże nieregularne, ciemno zabarwione kule. Z żyły łokciowej powierzchownej prawej wyciągnięto zapomocą szklanej strzykawki Pravaza trochę krwi i zrobiono z niej 1) kilka preparatów krwi świeżej; 2) kilka preparatów włożono do sublimatu; 3) kilka do mięszaniny wyskokowo-eterowej; 4) kilka do płynu Flemminga; wreszcie 5) zabarwiono parę preparatów świeżej krwi płynem Ehrlicha. Prócz tego przygotował kol. Kučera tak z krwi, jak i z moczu chorego kilka hodowli na rozmaitych pożywkach. Resztę moczu wytrząśnięto eterem dla zebrania tłuszczu.

W celu dalszego badania chorego i dokładniejszego spostrzegania objawów klinicznych, skierowaliśmy chorego do kliniki dermatologicznej, której szef, prof. Łukasiewicz, łaskawie nam przyobiecał przyjęcie chorego; R. wstąpił też do kliniki d. 17. XI, przyniósłszy z sobą 250 ctm. sz. moczu żółtawo-białego, oddanego w 2-ch porcyach, o godzinie 1-szej w nocy i o 5-tej rano.

Stan obecny. Mężczyzna 40-letni, średniego wzrostu, dość dobrze odżywiony, dobrze zbudowany, waży 67 kgm. Podściółka tłuszczowa oraz mięśnie miernie rozwinięte. Błony śluzowe nieco blade. Na skórze w okolicy pachwinowej po obu stronach blizny, po prawej większa. W okolicy pośladkowej prawej liczne blizny (po czyrakach). Gruczoły chłonne prawidłowe. Brak zupełny obrzęków. Ciepłota skóry prawidłowa. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Ruchy serca niewidoczne. Uderzenie koniuszkowe na wysokości 5 żebra, nieco na wewnątrz od linii sutkowej. Granice serca prawidłowe. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Wątroba i śledziona nie macalne; granice prawidłowe. Gruczoł krokowy o powierzchni zupełnie gładkiej, nieco powiększony. Mocz dzienny jasny; nocny — mleczny; wynik rozbiorów przytaczamy poniżej.

Przebieg choroby od dnia 17 XI do dnia 19 XII przedstawia się w sposób następujący:

Tablica I.

Data	Miejsce spostrzegania	Dyeta	Mocze: prawidłowe	Mocze: mleczne	Uwagi
17 XI	Pierwszy dzień pobytu w klin. dermat.	Zwykła kliniczna	Dzienne porcye	O 1-ej w nocy i 5-tej rano	Chory pozostaje przez cały dzień w łóżku; jest bardzo zdenerwowany
18 XI	klinika dermatogiczna	»	dzienne i nocne	0 (!)	Mocz nocny prawidłowy, podług chorego pierwszy raz co najmniej od 2-ch lat. Opuszcza łóżko i używa ruchu
19 XI	»	»	dzienne i nocne	0	
20 XI	»	»	»	0	Skarży się na ból w krzyżach
21 XI	»	»	»	0	Z moczu, oddanego dnia 20 XI wieczorem, strąca się rano czerwony osad; pod drobnowidem: mnóstwo kryształków kwasu moczowego i bardzo liczne kryształki szczawianu wapniowego. Mocz, oddany o 5-tej rano, mętnieje; wyjaśnia się po dod. kwasu octowego
22 XI	»	Zwykła kliniczna; przed spaniem talerz kwaśnego mleka	»	0	»
23 XI	»	Zwykła kliniczna	dzienne	o 11-tej w. i 1-ej w nocy	Chory opuszcza klinikę na własne żądanie
24 XI	poliklinika (ambulatoryjna)	zwyczajna domowa	dzienne i nocne	0 !	Spełnia zwykłe swe czynności, jako woźny Wydz. kraj.
25 XI	»	»	dzienne	jedna porcya nocna	»
26 XI	»	»	»	»	»
27 XI	klinika dermatologiczna	od południa przeważnie tłuszcze: mleko, masło, śmietana	»	o 5-tej rano	Wstępuje powtórnie do kliniki; pozostaje przez cały dzień w łóżku
28 XI	»	»	»	o 12·15 w nocy i 7·45 rano	Opuszcza łóżko
29 XI	»	»	o 2·35 po południu i o 9-tej wieczór	o 4-tej po południu. 6·45 i 10·15 wiecz. 1·45 w nocy, 6-ej rano i 12 w południe (!)	Zostaje przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek. we Lwowie
30 XI	«	zwykła kliniczna	o 3-ciej i 5 tej po południu i o 12-tej w połud.	o 8·15 wieczorem, 1·20 w nocy, 7·15 rano i 10·45 przed południem	
1 XII	klinika dermat.	»	dzienne	nocne (2)	
2 XII	»	»	»	jedna porcya o 2-ej w nocy	Opuszcza klinikę

Data	Miejsce spostrzegania	Dyeta	Mocze prawiłowe	Mocze mleczne	Uwagi
7 XII	poliklinika (amb.)	domowa z ograniczoną ilością tłuszczu	dzienne	nocne z d. 5/6 i 6/7 (po 1-ej porcyi)	Mocze nocne są mniej mleczne, niż uprzednio, mają barwę żółtą z mlecznym odcieniem.
9—17 XII	»	»	»	nocne, raz na noc	»
18—19 XII	»	podano przez usta 10% jodipinę, po 3 łyżeczki dziennie	»	»	Wynik rozbioru moczu po podaniu jodipiny p. niżej

Przez cały następny miesiąc zgłaszał się do nas chory co drugi albo trzeci dzień. Przez czas ten poleciliśmy mu używać pokarmów, zawierających o ile możności mało tłuszczu. Mocze nocne, które chory przynosił we flaszce, miały i nadal wejrzenie odmienne od prawidłowego, ale nigdy nie przybierały tak wybitnie mlecznego zabarwienia, jakie spostrzegaliśmy początkowo, a barwa ich była zaledwie lekko białą; odpowiednio do tego i ilość zawartego w nich białka i tłuszczu była znacznie niższą, niż w poprzednio badanych przez nas moczach mlecznych.

Przy badaniu tych moczów zwróciliśmy przedewszystkiem uwagę na pytanie: czy tłuszcz i białko, spotykane w naszych moczach, są wyrazem domieszki mlecza do moczu? W celu uzyskania odpowiedzi na to pytanie, 1) zajęliśmy się chemicznem badaniem moczów tak prawidłowych jak i mlecznych; 2) staraliśmy się oznaczyć stosunki ważniejszych składników odnośnie do przemiany materyi u chorego, z uwzględnieniem dyety przeważnie tłuszczowej i zwykłej, z ograniczoną ilością podawanych tłuszczów; 3) wprowadzaliśmy substancye, które podług autorów zostają odkładane w tkance tłuszczowej, w nadziei, że — w razie przejścia tłuszczu z mlecza do moczu, — w tłuszczu, otrzymanym z badanych moczów, substancye te dadzą się wykryć; wreszcie 4) poświęciliśmy uwagę drobnowidonemu badaniu moczów i krwi. (C. d. n.).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Hedonal

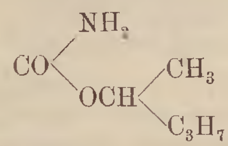
Opracował

Dr. Jan Frączkiewicz.

Do licznych leków nasennych przybywa obecnie nowy, a jak z dotychczasowych badań i spostrzeżeń wynika, środek skuteczny i dzielny. Jest nim *metyl-propyl-carbinol-uretan*. Zapotrzebowanie takich leków tak w leczeniu chorób wewnętrznych, jak i w psychiatryi, wzmaga się, albowiem wszystkie dotychczas znane przetwory nasenne albo nie są dla ustroju obojętne, albo też wymagają z czasem powiększania dawek, gdyż chorzy prędko się do nich przyzwyczajają.

Już w roku 1885 Schmiedeberg zwrócił uwagę na to, iż etyl-uretan działa nasennie, jednak za słabo, aby go jako środka nasennego używać można.

W ostatnich czasach Dreser wykazał sumiennie przeprowadzonemi doświadczeniami na zwierzętach, że produkt etyl-uretanu, a mianowicie: *metyl-propyl-carbinol-uretan* o znaku chemicznym:



działa przez obniżenie pobudliwości komórek nerwowych nasennie, prawie dziesięć razy silniej, niż etyl-uretan i że prócz zwiększonego wydzielania moczu nie sprawia żadnych zaburzeń w ustroju zwierząt.

Przedstawia się on jako proszek krystaliczny, biały, łatwo rozpuszczalny w wyskoku, eterze i wodzie wrzącej, trudniej w zimnej, bo dopiero w stosunku 1:100 przy 37° C. Smak posiada dość ostry, przypominający nieco mentol.

Produkt ten wprowadzono do terapii pod nazwą „hedonalu"; w krótkim czasie powstały dość liczne prace [1]), zalecające ten lek jako skuteczny, zwłaszcza w bezsenności przy czynnościowych lub organicznych zmianach w układzie nerwowym, połączonych z lżejszymi stopniami pobudzenia i omamami.

Na podstawie przeprowadzonych przezemnie spostrzeżeń na chorych w oddziale chorób wewnętrznych Prof. Dra St. Pareńskiego doszedłem prawie do tego samego wyniku, co i inni autorowie. Do doświadczeń zużyłem ogółem 400 grm. hedonalu. Przeciętna dawka u kobiet 1,50, u mężczyzn 2,00, gdyż mniejsze okazały się czasem nieskuteczne. Chorzy wogóle środek ten znosili dobrze, nie podawali żadnych podmiotowych przykrych następstw. Przedmiotowo można było stwierdzić, że sen następował zazwyczaj w $^1/_4$—1 godziny po zażyciu, trwał przeciętnie 5—8 godzin bez majaczeń, prawie zawsze bez przerwy.

Chorzy budzili się pokrzepieni i żaden z nich nie skarżył się na ból, szum, lub zawroty głowy, ani na ociężałość. Sen po zażyciu hedonalu jest dość głęboki, albowiem chorzy nie budzili się mimo niepokoju, jaki sprawiało otoczenie. Na sali, gdzie leży czasem i 20 chorych, spokoju bezwzględnego i chwili być nie może, a czasem powstanie i hałas, mimo tego zażywający hedonal wyjątkowo tylko przebudzali się.

W czasie snu po hedonalu ilość i jakość tętna prawie nie ulegała zmianie, akcya oddechowa była swobodna, ciepłota ciała, podobnie jak i w śnie fizyologicznym, o kilka dziesiętnych stopnia obniżona.

Zawiódł mnie środek ten tylko w dwóch przypadkach; w obydwóch fizyczny ból był przyczyną bezsenności, a mianowicie w jednym ból w stawach przy ostrem zapaleniu stawów (*polyarthritis acuta*), w drugim bóle wywoływała kolka wątrobowa, z czego wraz z innymi wnoszę, że hedonal jest wyłącznie środkiem nasennym (*hypnoticum*), a nie uśmierzającym bóle fizyczne (*narcoticum*).

U jednej z chorych, histeryczki, podawałem przez dwa tygodnie hedonal i chora ta, która przedtem nie tylko że sama nie spała, ale i innym chorym na sali spać nie dawała, po zażyciu hedonalu spała zawsze dobrze po 6—7 godzin. Aby się przekonać, czy nie działa tu poddawanie (suggestya), podawałem czasem jakiś lek obojętny; chora wówczas nie spała.

W 12 przypadkach podawałem hedonal u osób starszych, wyniszczonych (*marasmus senilis*), cierpiących na bezsenność i tu hedonal okazał się skutecznym. Chorzy chwalili sobie ten środek i upominali się wprost przy wizycie

lekarskiej, popołudniowej o „lek na spanie“. Słowem chorzy mieli wrażenie, jak gdyby kilka godzin przespali snem naturalnym.

Co do własności moczopędnych hedonalu, to moczenie nigdy nie było tak wybitne, aby mogło zwracać uwagę chorego i nigdy nie było powodem przerwy snu, a nawet na specyalne w tym kierunku pytania chorzy nie mogli dać pewnej odpowiedzi. Być może, że forma, w jakiej podawałem lek, była powodem, że nigdy nie występowało wybitniejsze moczenie. Chorzy brali hedonal w opłatku, popijając kilku łyżkami wody, co także, wobec niezbyt przyjemnego smaku, przypominającego mentol, jest polecenia godnem. Meissner bowiem utrzymuje, że hedonal, stosowany w rozczynie, działa wybitnie moczopędnie; Haberkant zaś dowodzi, że własności moczopędne hedonalu zależą od ilości zażytego przetworu, nie od formy, w jakiej został sporządzony.

Chcąc zbadać własności moczopędne hedonalu, przeprowadziłem w tym kierunku bardzo ścisłe spostrzeżenia u kilkudziesięciu chorych.

Dla jaśniejszego przedstawienia rzeczy podzielę chorych tych na trzy gromady.

Pierwsza obejmuje chorych, u których serce i nerki, a więc narządy najwięcej wpływające na stopę moczenia, były zdrowe. U pacyentów tych przy zwykłej dyecie mięszanej i przy zażywaniu jakiegoś leku obojętnego oznaczałem przez kilka dni ilość dzienną moczu, jego ciężar gatunkowy i główne składniki: chlorki, fosforany, siarkany, mocznik i kwas moczowy. Następnie podawałem hedonal, poczynając od małych dawek, bo wynoszących 0,50, aż do 5,0 dziennie, notując przytem pilnie liczbę i jakość tętna, ilość moczu i jego skład chemiczny. Hedonal podawałem w rozmaitej formie, już to w proszku, kilka razy dziennie po 0,5 i wyżej, już też w rozczynie wodnym i wyskokowowodnym, łyżkami; wreszcie wstrzykiwałem letni rozczyn wyskokowo-wodny 1% podskórnie.

Rp. Hedonali 2,00,
Spiritus Vini 20,00,
Aquae destill. steril. 200,00,
MS. Do wstrzykiwań.

Przy wstrzykiwaniach podskórnych postępowałem bardzo ostrożnie z najściślejszem zachowaniem przepisów aseptyki. Rozpocząłem wstrzykiwania od bardzo małej dawki (0,05) z obawy przed wystąpieniem miejscowego odczynu, następnie doszedłem do dawki 2,00 dziennie, to jest wstrzykiwałem cztery razy po 50,0 rozczynu wyskokowo-wodnego 1%. Wstrzykiwania wogóle chorzy znosili dobrze. Miejscowego odczynu zapalnego nigdy nie spostrzegałem, również bolesności, ani przykrych wrażeń stwierdzić nie mogłem.

Jedną zaletę posiadają wstrzykiwania podskórne hedonalu, mianowicie, że znacznie mniejsze dawki, niż przy zażywaniu wewnętrznem, działają nasennie. Już bowiem po wstrzyknięciu 0,50 hedonalu, a więc $1/3$ dawki, używanej wewnętrznie, chorzy znakomicie spali. Zaleta ta może znaleźć i praktyczne zastosowanie u tych chorych, u których z jakichkolwiekbądź powodów nie możemy podawać leków nasennych drogą przewodu pokarmowego.

We wszystkich przypadkach wyżej wymienionej gromady chorych jedynym wynikiem, jaki zauważyłem, było mierne powiększenie się ilości dziennej moczu przy prawidłowym jego składzie chemicznym i niezmienionej prawie ilości i jakości tętna. Przy większych dawkach 3,0—5,0 dziennie pewiększenie się ilości moczu wynosiło $1/2$ – $3/4$ dawnej jego ilości.

Z tego wynika, że hedonal podnosi stopę moczenia, działając pobudzająco na same nerki

Drugą gromadę stanowią chorzy z wadą serca. U tych chorych postępowałem ostrożniej i o tyle odmiennie, że po przeprowadzonej obserwacyi z samym hedonalem, zapisywałem go następnie równocześnie z różnymi lekami sercowymi i moczopędnymi, jak naparstnica, kofeina, kalomel i t. d., w końcu usuwałem hedonal, pozostawiając choremu leki sercowe.

Okazało się, że u chorych z wyrównaną w zupełności wadą sercową, w czasie używania samego hedonalu, jako też łącznie ze środkami sercowymi, ilość moczu stosunkowo była większa. Ubocznych szkodliwych skutków nie zauważyłem.

U chorych zaś z objawami niewyrównania wady sercowej, z niedomogą mięśnia sercowego, z przekrwieniem biernem narządów wewnętrznych, z białkomoczem zastoinowym i z obrzękami ogólnymi hedonal zdawał się prawie nie działać moczopędnie, ani sam, ani nie podnosił działania żadnego ze środków sercowych.

Spostrzegałem wreszcie moczopędne działanie hedonalu u chorych z zapaleniem nerek ostrem i przewlekłem. Postępowałem analogicznie, jak i u chorych poprzedniej gromady. Wyniki, co do stopy moczenia, były wprost ujemne. W czasie używania hedonalu nie zmieniała się ani ilość moczu, ani jego skład chemiczny, tylko ilość mocznika była stosunkowo większa, odsetki białka pozostały te same.

Hedonal przeto nie działa moczopędnie w przebiegu choroby nerek, nie drażni jednak i nie pogarsza cierpienia i może być u tych chorych w potrzebie używanym jako nieszkodliwy środek nasenny.

Ogólny wniosek z tych doświadczeń da się wyciągnąć taki, że hedonal działa lekko moczopędnie tylko u tych chorych, u których narząd moczowy wydzielniczy, t. j. nerki, jest zupełnie prawidłowy i zdrowy.

Działanie to moczopędne da się jednak wykazać dopiero przy większych dawkach cztero lub pięciogramowych; przy mniejszych zaś, t. j. takich, jakich używamy dla wywołania snu, 1,50—2,0 działanie moczopędne jest nieznaczne, a przynajmniej nie takie, aby to chorych zmuszało do przerwy w śnie, coby wartość hedonalu, jako środka nasennego, oczywiście obniżało. Mnie przynajmniej przy dość znacznej liczbie, bo około stu spostrzeganych chorych z różnorodnemi cierpieniami, nie udało się nigdy tego stwierdzić.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć o cenie. Jeden gram hedonalu kosztuje obecnie 25 halerzy; taniej nieco wypada zapisany w tabletkach Bayera à 0,50.

Schüller znów zaleca zapisywać według recepty:

Rp. Hedonali 6,00,
Spiritus Vini dilut.,
Syrupi cinnamomi aa 30,0,
Ol. Carvi aether gutt. II.
M. D. S. 1 łyżkę zażyć (1,50 hedonalu).

Kończąc na tem moje uwagi, powtarzam, że hedonal, stosowany w bezsenności *(agrypnia)*. z jaką się często spotkać można w histeryi, neurastenii, wiądzie starczym i lżejszego stopnia psychozach, wreszcie u alkoholików, okazuje

się skutecznym; nie działa jednak u chorych, u których powodem bezsenności jest ból fizyczny.

Hedonal jest nieszkodliwy, a podawany dłuższy czas, nie działa zbiorowo wskutek swych własności moczopędnych.

Niech mi będzie wolno złożyć serdeczne dzięki Prof. Drowi St. Pareńskiemu za zachęcenie mnie do przeprowadzenia doświadczeń nad tym przetworem, za pozwolenie dokonywania ich na chorych jego oddziału szpitalnego i za udzielanie cennych rad i wskazówek.

Piśmiennictwo. Haas: Ueber ein neues Hypnoticum aus der Gruppe der Urethane, das Hedonal. Sammelref. — Allg. Med. Centr. Ztg. 48, 1900.

Neu: Ueber Versuche mit Hedonal. — Psych. Wochenschrift, Nr. 18, 1900.

Förster: Ueber das Schlafmittel Hedonal. — Psych. Wochenschrift, Nr. 23, 1900.

Goldschmidt und Dittersdorf: Ueber Hedonal. — Deutsche Med. Ztg., Nr. 91, 1900.

Meissner: Ueber das neue Hypnoticum Hedonal. — Med. Wochenschrift, Nr. 11, 1901.

Schüller: Hedonal, ein Hypnoticum der Urethan-Gruppe. — Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 23, 1900.

III. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Pragnąc zwrócić uwagę do tego powołanych władz na konieczną potrzebę reformy przepisów służbowych dla położnych w duchu dzisiaj ogólnie przyjętych poglądów, przedkładam następujący:

Projekt zmian w przepisach służbowych dla położnych:

§ 2. 1. Irygator szklany.

7. Zapas tasiemek pępowinowych, długości około 20 ctm. wygotowanych i przechowanych w rozczynie sublimatu 1: 1000.

10. Szczotka z włókien roślinnych do mycia rąk, przechowana w rozczynie sublimatu 1: 1000.

12. 20 gramów sublimatu w papierkach 1 gramowych, tudzież 200 gramów krystalicznego kwasu borowego.

13. Miarka wielkości 30 gramów do mierzenia kwasu borowego.

14. 50 gramów wyjałowionej waseliny w tubce metalowej.

17. 50 gramów 1% rozczynu octanu srebrowego w ciemnej flaszeczce, tudzież zakraplacz.

19. 200 gramów wyjałowionej waty odtłuszczowej.

(Reszta punktów zostaje niezmieniona).

§ 10. *a*) Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast ustępu drugiego i trzeciego ma brzmieć:

„Z tych środków ma sporządzić płyn odwietrzający do rąk i części rodnych zewnętrznych przez rozpuszczenie jednego grama sublimatu w 1 litrze poprzednio przegotowanej ciepłej wody, tudzież płyn odwietrzający dla przechowania podczas porodu nożyczek i tasiemek pępowinowych, cewnika i t. p., przez rozpuszczenie 30 gramów kwasu borowego w 1 litrze poprzednio przegotowanej ciepłej wody. (*b* i *c* odpada). (zamiast dawnego *d* będzie):

b) Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony do słów: „aż po łokieć z obu stron jednakowo“. Dalej ma brzmieć:

Mycie i szczotkowanie rąk i przedramion powinno trwać najmniej 5 minut. Potem osusza położna ręce czystym ręcznikiem, świeżo wypranym i przez nikogo poprzednio nieużywanym, oczyszcza paznogcie zapomocą pilnika i znowu myje i szczotkuje ręce i przedramiona mydłem w czystej i ciepłej wodzie conajmniej przez 5 minut. Na koniec osusza ręce taksamo, jak przedtem i zanurza na 5 minut w rozczynie sublimatu 1 gram na 1 litr wody.

W braku świeżo wypranego, przedtem nieużywanego ręcznika należy zaniechać osuszania rąk przed włożeniem ich do rozczynu sublimatu.

Szczotka do mycia rąk powinna być podczas porodu przechowana w naczyniu (miseczce) umyślnie na to przeznaczonem w rozczynie sublimatu, który należy często odświeżać.

Po skończonym porodzie należy szczotkę wygotować i włożyć do flakonu szklanego, wypełnionego rozczynem sublimatu i przeznaczonego do przechowania szczotki (§. 2, punkt 10).

§ 18. Pierwszy i drugi ustęp pozostaje niezmieniony.

Zamiast ustępu trzeciego i czwartego ma brzmieć:

Zanim położna po ukończeniu badania zewnętrznego przystąpi do badania wewnętrznego, musi obmyć i odwietrzyć ręce i przedramiona tak, jak przepisano w § 10, lit. *b*. Badanie wewnętrzne wykonywa położna nie osuszając ręki wyjętej wprost z rozczynu sublimatu i pomazując palec wskazujący wyjałowioną waseliną.

Ustęp piąty, szósty, siódmy i ósmy pozostaje niezmieniony.

§ 19. Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast ustępu drugiego ma brzmieć: Jeszcze przed rozpoczęciem się porodu powinna baczyć położna na wypróżnienie kiszki stolcowej zapomocą lejka Hegara, tudzież na wypróżnienie pęcherza moczowego; także starać się o utrzymanie w całości pęcherza płodowego i nie przebijać go sztucznie bez naglącej potrzeby. Trzeci i czwarty ustęp pozostaje niezmieniony.

§ 22. Zamiast początkowych trzech ustępów ma brzmieć:

Zaraz po urodzeniu się płodu ma położna oczyścić powieki i ich otoczenie zapomocą wacików, zamaczanych w 3% rozczynie kwasu borowego w ten sposób, że używa dla każdej powieki osobnych wacików. Zaraz zaś po odpępnieniu obowiązana jest położna zakroplić oczy noworodka 1% rozczynem octanu srebrowego, a potem przemyć oczy rozczynem soli kuchennej, uzyskanym przez rozpuszczenie 2 łyżeczek soli kuchennej w 1 szklance wody.

Ustęp czwarty, piąty, szósty, siódmy i ósmy pozostaje niezmieniony.

§ 25. Pierwszy ustęp pozostaje niezmieniony. Zamiast reszty ustępów ma brzmieć: wypróżnienie kiszki stolcowej zaraz po urodzeniu płodu jest niepotrzebne.

Taksamo powinna położna zaniechać kąpieli noworodka aż do dnia odpadnięcia pępowiny; natomiast należy obmywać wszystkie fałdy skóry, zwłaszcza okolicę otworu kiszki stolcowej zapomocą wacików, zamaczanych w letniej przedtem przegotowanej wodzie.

Opatrunek pępka winna położna zmienić, ilekroć znajdzie go wilgotnym, nie naruszając jednak waty, przyschniętej do pępowiny.

§ 26. Pozostaje w całości niezmieniony, tylko zamiast ustępu drugiego ma brzmieć: Przed każdem oczyszczeniem, które odbywa się przez spłókiwanie letnim rozczynem sublimatu (1 gram sublimatu na 1000 gramów wody) i zapomocą wacików zamaczanych w tym płynie, ma położna za każdym razem przywdziać czysty fartuch i odwietrzyć swoje ręce i przedramiona tak, jak w § 10, litera *b* przepisano.

Prócz wymienionych zmian mogą być wszystkie postanowienia ostatnich przepisów służbowych dla położnych z roku 1897 utrzymane w mocy.

Streszczając zatem jeszcze raz najważniejsze pożądane zmiany w przepisach służbowych dla położnych, podnoszę przedewszystkiem: zaprowadzenie sublimatu jako obowiązkowego środka przeciwgnilnego w celu wyjałowienia rąk w praktyce położnych, bezpłatne zaopatrywanie położnych w sublimat, kwas borowy, szczotki do rąk, wyjałowioną watę i wyjałowioną waselinę, tudzież zaprowadzenie obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczów noworodków 1% rozczynem octanu srebrowego.

Tu jednak nie powinny się jeszcze kończyć usiłowania reformy. Rozszerzyć je należy na cały szereg postulatów, jeżeli chcemy oprzeć reformę o szeroką i gruntowną podstawę. Nawet najlepsze przepisy służbowe nie rozwiążą w zupełności zadania, jeżeli nie będziemy się starać równocześnie z jednej strony ulepszyć sposobu nauczania i wychowania położnych, a z drugiej strony umożli-

wić lepszym elementem oddawanie się zawodowi położnych.

Pierwszej potrzebie odpowie zdaniem mojem najlepiej: 1) zwiększenie ilości szkół położnych; 2) zaprowadzenie przy szkołach położnych poliklinik położniczych; 3) zaprowadzenie kursów powtarzających, połączonych z egzaminem, na które każda położna ma uczęszczać co 5 lat i pobierać podczas takowych stosowne wynagrodzenie, tudzież zwrot kosztów podróży.

Zachęcenie zaś lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych dałoby się osiągnąć przez: 1) zapewnienie ze strony państwa pewnego *minimum* dochodów, potrzebnego do przyzwoitego utrzymania położnych; 2) zabezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby, starości lub kalectwa, powstałego w wykonywaniu zawodu.

Czas najwyższy, by zawód położnych przestał być schroniskiem tylko zubożałych, złamanych i zawiedzionych dziewcząt i kobiet, a natomiast należy powołać do niego osoby bardziej inteligentne i etycznie wyżej stojące. Tylko te ostatnie potrafią być dobremi położnemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Presch (Hannover): **Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis.** *Würzburg, A. Stuber's Verlag (c. Kabitsch)*, 1903, str. 646.

Jeśli autor w swej przedmowie powiada, że przy układaniu dzieła miał na oku jedynie potrzeby lekarza-praktyka, to cel został zupełnie i w całości osiągnięty. Zważywszy bowiem, jak po macoszemu jest obecnie traktowaną w uniwersytetach ta gałęź nauki lekarskiej, skutkiem czego młody lekarz nie wynosi ze szkoły tych w codziennem życiu tak nieodzownie potrzebnych wiadomości, to pojawienie się dzieła, które zapoznaje czytelnika z tą istotnie praktyczną częścią medycyny, należy z wdzięcznością powitać. Jeśli się jeszcze doda do tego, że podręcznik Prescha ma i tę zaletę, że daje jasny pogląd na całą dziedzinę fizykalno-dyetycznego leczenia, nie uwzględniając zupełnie środków aptecznych, nadto nie nuży zbytecznemi teoryami i hipotezami, wówczas zrozumieć łatwo, że można mu rokować dobrą przyszłość. Również i podział całego materyału jest nader szczęśliwie ułożony, rozpada się bowiem na dwie części, z których pierwsza obejmuje wyczerpująco opracowane leczenie fizykalno-dyetetyczne wszystkich chorób, zestawionych tutaj w alfabetycznym porządku, bez względu na ich znaczenie kliniczne lub stanowisko anatomo-patologiczne. Na wyróżnienie zasługuje dokładne omówienie dyety w przebiegu cukrzycy, a w szczególności przyrządzanie potraw, napojów, rozmaitych odmian chleba, owoców i t. p., jednem słowem — czytelnik znajdzie wiele cennych wskazówek, wcale nie obojętnych w praktyce prywatnej. W rozdziałach n. p. o leczeniu wilka są uwzględnione najnowsze zdobycze, uzyskane przez stosowanie promieni świetlnych Finsena, Röntgena lub wreszcie gorącego powietrza Holländera; dalej pominąć nie można dyetetycznego leczenia neurastenii i kurczowego zaparcia stolca, którego istota dotychczas jeszcze nie całkiem wyjaśniona; wszystko to są rzeczy, których opracowanie chyba nie pozostawia nic do życzenia.

O ile w pierwszej części autor szczegółowo uwzględnił fizykalno-dyetetyczną terapię w stosunku do chorób i cierpień, o tyle w drugiej zaznajamia czytelnika z techniką tych wszystkich mechanicznych zabiegów leczniczych, które w ostatnich czasach tak poważną odgrywają rolę. Nader żywo przedstawia Presch we wstępie ogólne zasady wodolecznictwa, przechodząc stopniowo od najprostszych zabiegów jak zlewania, obmywania, zawijania w mokre prześcieradła, aż do nacierania, tuszów, kąpieli zwykłych, mineralnych całkowitych i częściowych i t. d. i t. d., wskazując w każdym przypadku sposób postępowania, ciepłotę i czas trwania. W drugim znów rozdziale skreślone są zabiegi, mające na celu wywołanie potów, a więc różnego rodzaju opakowania *(Dampfpackung)*, kąpiele parowe, w gorącem powietrzu *(Heissluftbehandlung)*, dalej kąpiele elektryczne świetlane, działające zapomocą ciepła promieniującego, a będące tylko słabem naśladownictwem kąpieli słonecznych i na wolnem powietrzu *(Helio- i aëroterapia)*. Tu należą także kąpiele w gorącym piasku, mule i fango. Wreszcie omawia autor stosowanie ciepła i zimna w przyrządach Leitera, Atzbergera dla jelita odchodowego i Winternitza psychrofory dla cewki moczowej.

Właściwą mechanoterapią w ścisłem tego słowa znaczeniu zajmuje się autor rozdziale trzecim, w którym podana jest technika mięsienia, nie odstępującą w niczem od zasad, podanych przez Reibmayra („*Technik der Massage*"), zarówno jak gimnastyka czynna i bierna lub metoda Thure Branda, oparta zresztą na pracy Ziegenspecka „*Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden*". Tutaj opisuje autor, jak chora ma leżeć, jakie i jak długo trwające rękoczyny mają być zastosowane, w jakim kierunku i którą ręką mają być prowadzone i t. d, wogóle tak zrozumiale jest wszystko wytłómaczone, że czytelnik ma jasny obraz całego postępowania. Ciekawej części mięsienia, stosowanej w otyłości, nie możemy w sprawozdaniu pominąć, by jej dosłownie nie przytoczyć: ....„endlich springt der Arzt in ganzer Person auf den Leib des Kranken, so dass seine beiden Knie tief in die Magengrube hineindrücken, und hocht so lange auf dem Kranken, bis dieser anfangs 5, später 7—10, zuletzt 20 mal tief Atem geholt hat. Diese Gymnastik des Zwerchfelles bewirkt Schwund des Herz und Atmung behindernden Fettes. Eine solche Massage kann nur ein Arzt vornehmen, der Puls und Atmung beobachtet... (str. 7)" Mało chyba lekarzy znajdzie się chętnych do takiego „leczenia", a jeszcze chyba mniej pacyentów do poddania się takiej procedurze.

Łącznie z mechanoterapią omawia Presch zastosowanie prądu elektrycznego, które zresztą, jako rzecz więcej znana, mniej budzi zainteresowania.

Ostatni wreszcie rozdział poświęcony jest leczeniu dyetetycznemu: mlekiem i jego przetworami (kefir, kumys), owocami (winogrona, cytryny i t. d.), lewatywami odżywczemi, zabiegami Schrotta, polegającymi, jak wiadomo, na systematycznem „suszeniu", t. j. możliwem wstrzymywaniu się od wody, względnie napojów, a końcowy dodatek całego dzieła stanowi ustęp o hipnotyzmie, względnie sugestyi (poddawaniu) i o upustach krwi (pijawki, bańki ciepłe i t. p.). Dokładny skorowidz rzeczy zamyka pracę.

Nie uwzględniając tedy pomniejszych, nie wchodzących zresztą w grę usterek, śmiało twierdzić można, że praca Prescha stoi w zupełności na wyżynie swojego zadania i można ją każdemu lekarzowi, a szczególniej „praktykowi", gorąco polecić. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

V. Wyciągi.

O. Rosenbach. **O rozpoznaniu i leczeniu schorzeń mięśni.** (*Therapie der Gegenwart* 1903, zeszyt IV). W razie bolesnych zaburzeń w mięśniach zazwyczaj rozpoznaje się według autora chorobę nerwową, zapalenie nerwu, lub rwę; on zaś stwierdził w czystych bolach mięśniowych (myalgiach) taksamo miejsca bolesne na ucisk (*Druckschmerzpunkte*) i przebieg w napadach, jak wobec rwy nerwowej i często nawet w klasycznych przypadkach rwy kulszowej znalazł tylko schorzenie mięśni. W wielu przypadkach mięśnie są wyłączną lub główną siedzibą choroby, podczas gdy mylnie przyjmuje się chorobę organiczną głębiej położonych narzą-

dów; np. R. spostrzegał wiele przypadków domniemanego zapalenia gardła lub przełyku, gdzie tylko zmiany w mięśniach szyi i piersi były przyczyną choroby. Schorzenia mięśniowe mają też dziś dlatego znaczenia szczególne, gdyż różni partacze przez energiczne leczenie zapomocą naciągania, mięsienia, stosowania ciepła i plastrów lepsze osiągają wyniki, niż lekarz, który szukaniem ścisłego rozpoznania organicznego zaniepokaja nieraz chorego i za długo zwleka z energicznymi zabiegami miejscowymi.

Ból mięśniowy (myalgia) może powstać 1. z powodu zbyt silnego ochłodzenia, szczególnie przy spoconej skórze; 2. z powodu nadmiernego natężenia, nagłego i długotrwałego napięcia i urazów; 3. pod wpływem różnego rodzaju zaburzeń w krążeniu i 4. jako następstwo zboczeń przemiany materyi i zmian ustrojowych (cukrzyca, zapalenie nerek, miesiączka, zwrot płciowy, usposobienie nerwowe). Schorzenia mięśniowe zdarzają się n. p. bardzo często wobec niektórych zaburzeń narządu pokarmowego, połączonych zwykle z nieprawidłowościami stolca i zmianami w układzie żylnym i nie można zaprzeczyć, że krwawnice prócz czynnościowych zaburzeń narządu pokarmowego połączone są często z znacznymi bolami w mięśniach grzbietu, miednicy i kończyn, zmniejszającymi się po krwawieniu, lub przy uregulowaniu stolca. Zresztą doświadczenie wykazuje, że liczne przypadki rwy kulszowej ustępują po usunięciu zaburzeń kiszkowych i autor twierdzi, że zaburzenia w kiszce ślepej i wstępującej są przeważnie połączone z rwą kulszową prawostronną, a zaburzenia w kiszce zstępującej z rwą kulszową, a raczej z bólami mięśniowymi kończyny lewej i grzbietu tej strony.

Także niektóre przypadki migreny polegają głównie na zaburzeniach niektórych mięśni głowy i szyi; podczas gdy wobec migreny „nerwowej“ znachodzimy punkty bolesne: skroniowy, nadoczodołowy i nosowy, oraz różne objawy oczne, — w migrenie „mięśniowej“ mamy do czynienia nie z punktami, lecz przestrzeniami bolesnemi na głowie, szyi i karku, bez wszelkich objawów ocznych, natomiast osobliwe rytmiczne i bolesne stukanie i tętnienie, wzmagające się przy każdym ruchu, powstające przy mechanicznem wstrząsaniu lub napinaniu bardzo bolesnych mięśni, wreszcie z powodu tętnienia naczyń wielkich mięśniowych przy każdym skurczu serca. Każde poruszenie głową, każde przesunięcie oczasznej, zmarszczenie czoła, zamykanie i otwieranie oczu jest bolesne i prócz tego istnieje jeszcze przeczulica pokrywającej mięśnie skóry. Ta postać migreny występuje zwykle rano przy przebudzeniu się po mocnym, lecz niespokojnym śnie, następującym po większych natężeniach cielesnych lub umysłowych, kiedy śpiący pozostaje nieraz kilka godzin w położeniu przymusowem i nienaturalnem. Ludzie cierpiący na migrenę „mięśniową“ doznają często bolów mięśniowych w innych częściach ciała. R. przekonał się, że skłonność do schorzeń czynnościowych mięśni polega na dziedziczności. Migrena, na którą kobiety w czasie regularności tak często cierpią, jest po największej części mięśniową. Tu najlepiej działa spokój; podczas gdy inne postacie bolu głowy łagodnieją w ruchu na wolnem powietrzu, lekkiem zajęciu itp. I niedomoga nerwowa w wielu przypadkach polega na drażliwem cierpieniu mięśni, jako głównym objawie i byłoby często o wiele słuszniejszem mówić o myastenii, zamiast neurastenii.

Bardzo często bolesność mięśni klatki piersiowej może budzić podejrzenie zapalenia opłucnej tembardziej, że skurcze oddechowe niektórych mięśni mogą przypominać tarcie opłucnowe. Rozpoznanie różniczkowe może stać się bardzo zawiłem przez to, że z powodu silnej bolesności mięśni ruchy oddechowe są bardzo bolesne, a w dodatku z powodu gośćca ciepłota może być podwyższona. Tu często rozpoznanie można oprzeć dopiero *ex juvantibus*, gdyż gorące okłady, stosowane przez kilka godzin, zwykle łagodzą objawy gośćca mięśniowego, a jeszcze bardziej silny prąd przerywany przynosi już po kilku minutach ulgę tak, że chory przy następnem elektryzowaniu chętnie znosi tę bolesną procedurę. Choroby czynnościowmięśni nadbrzusza i dolnych mięśni grzbietowych mogą pozorowatypowe kurcze żołądkowe, lub inne choroby narządów jamy brzućsznej. Zmiany te zdarzają się po największej części u kobiet i dzieewcząt, szczególnie po natężeniach cielesnych (tańce, pranie, wielkie sprzątanie), lub z powodu pewnych pozycyj przymusowych przy zajęciu (rysowanie, szycie itp.). Niekiedy napady występują w czasie miesiączkowania. Bóle uciskowe lub kłujące ogarniają całe nadbrzusze, szczególnie lewą część, a bolesność jest najczęściej wzdłuż łuków żebrowych, zwłaszcza lewego i sięga często do grzbietu. Przytem chory żali się na wzdęcie w okolicy żołądka i lekkie mdłości, lecz łaknienie jest zwykle dobre. Chorzy mają boleści przy zginaniu, wyprostowaniu i obrotach tułowia. Podczas trawienia wzmagają się dolegliwości z powodu wypełnienia żołądka, podobnie jak i podczas wypróżnienia przy działaniu tłoczni brzusznej. Tak więc bole mięśniowe mogą pozorować kurcze żołądkowe i wrzód żołądka, kolki jelitowe, kamicę żółciową itp. W uporczywych przypadkach były one już nawet przyczyną przedsięwziętej operacyi. Napady dusznicy bolesnej, względnie dychawicy, mogą być także przyrody czysto mięśniowej, przytem rozpoznanie różniczkowe podczas napadu jest bardzo trudne; oddech wobec dusznicy mięśniowej jest płytki i przyspieszony; chory stara się o ile możności zatrzymać każde głębokie wciągnięcie powietrza *). Zdaniem autora nerwobole, występujące u chorych na cukrzycę, przewlekłe zapalenie nerek i inne choroby ustrojowe, są nieraz niczem innem, jak tylko bolami mięśniowymi, a nawet punkty bolesne odpowiadają więcej przebiegowi niektórych mięśni, niż nerwów.

Co się tyczy leczenia tych spraw mięśniowych, to musi ono być rozmaite w różnych postaciach tego cierpienia; głównie polega na umiejętnem mięsieniu i faradyzacyi; jeśli zaś przyczyną choroby są prawdziwe sprawy zapalne i uszkodzenia tkanek, należy członki ustalić zapomocą opatrunków. W ostrych postaciach natężenia mięśni mięsienie i faradyzacya są najskuteczniejsze; jeśli zaś sprawa wychodzi z powięzi i ścięgien, elektryzowanie nie pomaga, tylko mięsienie i antypiryna, fenacetyna itp. Im sprawa starsza, tem energiczniej należy masować, lecz trzeba dokładnie wyszukać punkty bolesne, by je poddać mięsieniu. Autor podaje niektóre wskazówki dla wyszukania tych punktów. Gdzie miejsca te nie są przystępne dla mięsienia, należy stosować silny prąd przerywany, posługując się szerokiemi i bardzo mokremi elektrodami. I wobec migreny mięśniowej należy masować wyszukane miejsca bolesne, co w pierwszej chwili jest bardzo dotkliwe, lecz już po kilku minutach objawy zaczynają ustępować. Bole mięśniowe, występujące często i okresowo u chorych na niedomogę nerwową, błednicę, niedokrewność i cukrzycę, wymagają leczenia ogólnego, a ulgę sprawia tu nie mięsienie, lecz spokój, brom, antypiryna i podobne przetwory. Często też gimnastyka, ciepła odzież, należyte ogrzewanie sypialni są bardzo korzystne. Dolegliwości mięśniowe, pochodzące z krwawnic i zaparcia żywota, wymagają uwzględnienia tych przyczyn i tu autor zaleca środki drastyczne i wody gorzkie, jeśli kiszka gruba jest niewydolną; natomiast ciepłe lewatywy, jeśli siedzibą jest pętla esowata i odbytnica. Przy bolach mięśniowych brzucha i grzbietu, mających pozór zaburzeń żołądkowych i kiszkowych, nie zarządza się zwykle żadnych zmian w dyecie, a tylko mięsienie bolesnych mięśni brzucha, grzbietu i międzyżebrowych, a jeśli nie są one przystępne mięsieniu, to faradyzowanie; a jeśli to nie pomaga, poleca autor ruchy gimnastyczne, zginania, wyprostowania, obroty tułowia i t. p.

Dr. Fels.

Hohlbeck. **Przyczynek do wystąpienia prątka tężcowego poza obrębem miejsca zakażenia u człowieka.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Do niedawna utrzymywało się przekonanie, że prątek tężca nie rozszerza się w ustroju poza miejsce zakażenia, że powodem objawów tężca jest zatrucie ogólne wytworami tych prątków. Obecnie mnożą się spostrzeżenia, w których prątek tężcowy znajdowano poza miejscem zakażenia, np. we krwi. Pozostaje jeszcze zagadką, dotychczas nierozstrzygniętą, czy prątki te, nie będące w ranie, spółdziałają w procesie chorobowym, lub czy też znalezienie ich poza raną nie jest przypadkowem. Autor znalazł w piśmiennictwie trzy wzmianki o znalezieniu prątka tężcowego we krwi (Hochsinger, Belfanti i Pescarolo, Dor). W przypadku autora chory uderzył się kawałkiem drzewa w boczną stronę nosa, a po 8 dniach wystąpiło utrudnienie połykania i skurcz umięśnienia połykowego. Umarł dziewiątego dnia wśród typowych objawów tężca. Sekcya wykazała tylko w ranie na nosie tkankę podskórną obumarłą i rozpadłą. Hodowle z tego miejsca wykazały pod drobnowidem i na zwierzętach typowego prątka tężcowego, hodowle zaś z śledziony i płynu mózgo-rdzeniowego dały wynik ujemny. Na pięć godzin przed śmiercią chorego wypuścił mu H. krew z żyły przedramienia. Preparaty świeże, hodowle przez wkłucie i pocieranie były bez wyniku; hodowle bulionowe dały dopiero siódmego dnia nieliczne prątki, znajdujące się tylko w osadzie hodowli i jakieś koki, przyczem wydzielała się zaś z nich nieprzyjemna woń zjełczałego masła. Z tej hodowli przeszczepił autor na inne, w których po 8—10 dniach dały się wykazać typowe bakterye chochlowate, oprócz tego koki; z jedenastu myszy, którym zaszczepiono do 1 ctm.^{3} tej hodowli późniejszej zdechło siedm wśród objawów tężca; myszy zaś, którym szczepiono hodowle wzięte z rany na nosie w ilości 0,1 ctm.^{3}, zdychały po 12-tu godzinach. Na mocy tych doświadczeń wnosi autor, że prątki tężca przechodzą z rany do obiegu krwi w pewnych okolicznościach, przyczem zakażenie mięszane gra jakąś rolę. Schnitzler nawet przypuszcza, że towarzyszące prątkom tężcowym drobnoustroje wywołują prąd limfy, którym prątki zostają porywane. Czy ciężkość zakażenia, stan rany wywołuje to wędrowanie

---

*) Porównaj artykuł tego autora o dusznicy mięśniowej «Przegląd lekarski» 1902, Nr. 35, str. 510.

prątków tężca, niepodobna stwierdzić na mocy dotychczasowych spostrzeżeń. *B. Żmigród.*

Würzel. **Rumień lombardzki (pellagra) z uwzględnieniem jego występowania w południowej części Bukowiny.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8, 1903). Badania ostatnich czasów dowiodły, że rumień lombardzki nie jest chorobą zakaźną, lecz zatruciem (intoksykacyą), spowodowanem przez jady, zawarte w zepsutej mące kukurydzianej; pasorzyty bowiem żyjące bądźto na liściach, bądź na ziarnach kukurydzy, wytwarzają w pewnych warunkach jady, które dostawszy się do przewodu pokarmowego człowieka, wywołują znamienne dla rumienia objawy. W okolicach, gdzie kukurydza dobrze się udaje, a jej mączka dobrze jest chronioną od zepsucia, bardzo rzadko rumień się pojawia; natomiast w tych, w których skutkiem warunków klimatycznych i gruntowych kukurydza karłowato się rodzi, a ludność bądźto przez niedbalstwo, bądź przez ubóstwo niebardzo ochrania od zepsucia jej ziarno, które bez wyboru spożywa, daleko częściej występują przypadki rumienia. Spostrzeżenia dalej wykazały, że jeśli choremu na rumień podaje się zamiast zepsutej, kukurydzę zupełnie zdrową, lub też inny pokarm, to po niejakim czasie następuje poprawa, a w przypadkach niedaleko jeszcze posuniętych i wyleczenie — okoliczność, której w żadnej chorobie zakaźnej nie zauważono, a która wyraźnie przemawia przeciw pasorzytniczemu pochodzeniu rumienia. Wszyscy wreszcie badacze zgadzają się na to, że choroba ta występuje zazwyczaj u ludzi, spożywających przez dłuższy czas potrawy, sporządzane z nadpsutej mączki, lub ziarna kukurydzy.

Rumień lombardzki jest chorobą całego ustroju: usadawiając się z szczególnem upodobaniem w układzie nerwowym, gruczołach brzusznych, narządzie krążenia, skórze, znamionuje się w pierwszych swych początkach niedokrewnością, osłabieniem mięśni i zawrotami, do których później dołączają się objawy ze strony przewodu pokarmowego (obłożony język, odbijania, upośledzone łaknienie, mniejsza lub większa biegunka itp.). Po niejakim dopiero czasie występują rozległe zapalenia niepokrytych części skóry *(dermatitis)*, przyczem tworzą się pęcherze i większe lub mniejsze owrzodzenia. O ile leczenie rumienia w początkowych okresach nie przedstawia żadnych trudności, o tyle nie wywiera prawie żadnego wpływu u tych chorych, którzy przedstawiają już typowy obraz charłactwa rumieniowego.

W pierwszym rzędzie należy spełnić wskazanie przyczynowe, a więc zupełnie usunąć z odżywienia zepsutą kukurydzę, zarówno jak i potrawy lub napoje (rodzaj wódki) z niej sporządzone, wogóle cały sposób życia ma uledz gruntownej zmianie. Już to jedno postępowanie daje czasami bardzo dobre wyniki, które nadto bywają jeszcze wydatniejsze przez podawanie arsenu w postaci rozczynu Fowlera, na niedokrewność zaś i charłactwo skutecznie działają przetwory żelaza w połączeniu z chininą.

Dr. H. Pisek (Podgórze-Kraków).

Šamberger (Praga). **Reinfectio syphilitica.** *(Časopis lékařů českých* 1903, Nr. 11). Šamberger przytacza jeden przypadek, gdzie w 7 lat po pierwszem zakażeniu kiłowem, które było spostrzeganem i leczonem w czeskiej klinice dermatologicznej w Pradze, nastąpiło wtórne typowe zakażenie kiłowe *(ulcus durum)*. Pacyent 30-letni, agent handlowy, przedstawiał i w późniejszym przebiegu choroby typowy obraz świeżego zakażenia kiłowego *(syphilis maculosa)* i poddany był leczeniu swoistemu wcieraniami, dodajmy z dobrym wynikiem. Jako zajmujące powikłanie pierwszego zakażenia wystąpił u chorego gościec stawowy i zapalenie wsierdzia; powikłanie to pozostawiło po sobie zwężenie ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwukończystej, która w czasie wtórnego zakażenia utrzymywała się stale w stanie wyrównania.

Chlumský (Kraków).

E. Foisy. **Nowy sposób znieczulania tkanek.** *(Neue Therapie. La presse medic.* Nr. 29, 1903). Zważywszy dosyć znaczne trudności w dotychczasowem znieczulaniu miejscowem, a mimo to często zbyt powierzchownem, jak to bywa przy stosowaniu chloretylu, radzi autor używać mięszanki kokainowo-adrenalinowej w następującym stounku: *Rp. Solutio cocaini (1: 200), 20—25 gr. Solutio adrenalini hydrochl. (1: 1000) X—XV kropli*

Mięszanka ta może być przygotowaną i wyjałowioną w oryginalnych, do tego celu służących rurkach, lub tuż przed operacyą przez lekarza w ten sposób, że do rozczynu kokainy (1: 200) na każde 10 grm. dodaje się 10 kropli 0·1% adrenaliny.

Przy stosowaniu tej mięszanki, zapewnia nas autor, możemy wykonać w zupełnem znieczuleniu liczne zabiegi chirurgiczne, jak zanogcice, nacięcia ropówek i ropni, wyłuszczenie gruczołów i t. d. Autor poleca ścisłe przestrzeganie metody postępowania w tych przypadkach, aby raz wbijając igłę z równoczesnem wypychaniem środka znieczulającego, posuwać się igłą naprzód, lub coraz głębiej; zwykle jednocześnie na całej przestrzeni kilku lub kilkunastocentymetrowej występuje zupełne znieczulenie wraz ze zblednięciem pola operacyjnego. Należy jednakowoż baczyć, aby rana pooperacyjna została następnie dokładnie wytamponowaną, a wszystkie tętniczki ziejące podwiązane, jeżeli mamy otrzymać rychłozrost.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Schneiderlin. **Znieczulenie skopolaminowo-morfinowe.** *(Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Autor podaje dalszy szereg przypadków, sposób usypiania i wysokość dawki, wreszcie wyprowadza następujące wnioski: Wady tego znieczulania polegają na tem, że trzeba go naprzód wypróbować, traci się dużo czasu na przygotowanie, a po przebudzeniu trzeba długo zważać na oddech. Zalety zaś dają pewność sposobu po jego wypróbowaniu, czynią zbytecznym osobnego pomocnika i nie wywołują psychicznego urazu, który tak często występuje przy chloroformie. Zarzuty, czynione przez niektórych badaczy, pochodzą z powodu niewypróbowania metody, ze stosowania za dużych dawek i z niedostatecznego czekania na wystąpienie uśpienia. *Dr. Grzybowski.*

Planer. **Wolny płyn w jamie brzusznej skutkiem zapalenia nerek. Wyleczenie zapomocą laparotomii.** *(Wiener med. Presse* 1903, Nr. 10). Chorej z zapaleniem nerek, znaczną ilością białka w moczu i wolnym płynem w brzuchu, posiadającej zdrowe serce, wypuszczono płyn przez cięcie w linii środkowej. W trzy tygodnie nastąpiło całkowite wyleczenie.

Dr. Grzybowski.

Ziwert. **W sprawie oznaczania granic żołądka przez nadymanie.** *(Russkij Wracz* 1903, Nr. 3). Oznaczając w klinice prof. Wagnera (Kijów) granice żołądka przez nadymanie go małemi (2,0 dwuwęglanu sodowego i 1,0 kwasu winowego) i dużemi (4×2 i 6×3) dawkami dwuwęglanu sodowego i kwasu winowego, opukową palpacyą (oznaczaniem szmeru pluskania), wreszcie opukiwaniem z jednoczesnem wysłuchiwaniem przez fonendoskop, przyszedł Z. do wniosków następujących: 1) granice żołądka, oznaczone opukiwaniem po nadęciu niewielką ilością gazu węglowego (2,0 dwuwęglanu sodowego i 1,0 kwasu winowego), są jednakowe z granicami, oznaczonemi opukową palpacyą i fonendoskopem: sposób ten ma jednak tę przewagę nad innymi, że daje możność oznaczania nietylko dolnej granicy, lecz również prawej; w razie zaś opadnięcia żołądka — i górnej granicy, w przeciwieństwie do sposobu opukowej palpacyi, która oznacza tylko dolną granicę; nadymanie małą ilością gazu ma również przewagę i nad metodą fonendoskopową, ponieważ oznacza bezpośrednio granicę żołądka, wtenczas gdy metoda fonendoskopowa wymaga pierwotnego zapoznania się z położeniem żołądka, co jest niezbędne dla rozwiązania pytania, do którego z narządów, żołądka czy wzdętego jelita — należy odgłos opukowy; wreszcie nadymanie małą ilością gazu może być stosowane dla oznaczania granic żołądka nawet naczczo, z wyjątkiem tylko rzadkich przypadków chorobliwej niewydolności odźwiernika, 2) granice żołądka, oznaczone nadymaniem zapomocą wielkiej ilości gazu (4,0 dwuwęglanu sodowego i 2 kwasu winowego, lub 6 × 3), różnią się znacznie od granic, oznaczonych małą ilością; używając wielkich ilości gazu, oznaczamy nie istotne granice, lecz granice żołądka sztucznie rozszerzonego i przesuniętego, co pod względem rozpoznawczym jest niepożądanem; to nadymanie jednak, rysując granice żołądka w wpadający w oko sposób, ma wielkie znaczenie dla rozpoznania opadnięcia żołądka; 3) rozszerzenie żołądka, występujące podczas znacznego nadymania jego jest nierównomierne; żołądek przesuwa się znacznie więcej ku stronie prawej, niż ku dołowi. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. v. Hacker. **W sprawie sondowania „bez końca“ zwężeń przełyku.** *(Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 6). Jednym z najtrudniejszych aktów tego zabiegu jest wyłowienie przez przetokę żołądkową końca połkniętej nitki. W ostatnich czasach autor ułatwił rzecz w sposób następujący: na cieniutkim pręciku fiszbinowym (lub strunie) wprowadza do żołądka (oczywiście przez drożny, choćby w minimalnym stopniu przełyk), malutką torebkę z żelatyny, wypełnioną zwiniętemi nićmi, których drugi koniec biegnie wzdłuż pręcika przez usta na zewnątrz. Po wejściu do żołądka, H. okręca ostrożnie pręcik, skutkiem czego torebka żelatynowa z nićmi zesuwa się, po pięciu minutach żelatyna się rozpuszcza, choremu każe się wówczas pić wodę, która, wylewając się przez przetokę, wypłókuje nici na zewnątrz. *Herman.*

Dr. H. Ebstein. **Puszka aseptyczna do przechowywania nawleczonych igieł.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 51). Jest to metalowe pudełko, w połowie przedzielone ścianką metalową na dwa piętra, a ściankami prostopadłemi na pewną liczbę przegródek, od góry i dołu zamknięte, o podwójnem dnie przedziurawionem. W przegródkach przechowuje się igły nawleczone nićmi, oczywiście wyjałowionemi. *Herman.*

Dr. F. Kulm. **Nawlekadło.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Aby uniknąć dotykania palcami nici do szwn i podwiązek, używa K. przyrządu, który mechanicznie zachwytuje nić na jednym końcu, podczas gdy za drugi pociąga się szczypczykami i napiętą nić zakłada się na igłę. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kwas osmowy. (*Acidum osmicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902) bardzo zalecany w postaci roczczynu Flemminga do okładów i miąższowych wstrzykiwań w przebiegu raka. Roczczyn Flemminga składa się z 15 części 1% kwasu chromowego, 4 części 2% kwasu osmowego i 1 części kwasu octowego lodowatego. Płynu tego można wstrzykiwać do 8 ctm. sz. na jeden raz na obwodzie guza, albo 1 ctm. sz. tuż pod jego powierzchnię. Postępowanie to jest prawie bezbolesne, zmniejsza wydzielinę i osłabia jej cuchnącą woń. Do zatruwania zębów można stosować na wacie 3% eterowy roczczyn kwasu osmowego. Cena 1 grm. około 8 koron. *Dr. T. Ż.*

Kakodylan strychniny. (*Strychninum kakodylicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902). Eyssèric stosował środek ten w leczeniu gruźlicy; jednak dodatnie działanie przypisuje obecności strychniny, nie zaś niewielkiej przymieszce kwasu kakodylowego. Dzięki zawartości strychniny lek ten działa pobudzająco na łaknienie, pośrednio zatem podnosi wagę ciała. Najlepiej stosować podskórnie, zaczynając od 2 mgr. na dobę i szybko dochodząc do 20 mgr. (u kobiet 10 mgr.). Płyn do wstrzykiwań przyrządza się rozpuszczając 1 gram kakodylanu strychniny w 10 grm. gliceryny, ogrzanej w łaźni wodnej i dolewając wody do 100 ctm. Najwyższa dozwolona dawka wynosi 36 mgr. Cena 1 grama około 7 koron. *Dr. T. Ż.*

Kakodylan żelaza. (*Ferrum kakodylicum*). (E. Merck: *Jahresberichte*, 1902). Lalli poleca środek ten obok kakodylanu sodowego w niedokrwności wieku dziecięcego. Oba te środki mają wpływać pomyślnie na pomnożenie liczby ciałek czerwonych, jednak tylko kakodylan żelaza powiększa zawartość hemoglobiny. Waga ciała ma się podnosić, jak również ogólne odżywienie znakomicie poprawia się. Stosuje się wewnętrznie, lub śródżylnie. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20. maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Trzebicky demonstruje: *a)* chorego, u którego przed 7 laty wykonano z powodu zwężenia bliznowatego odźwiernika po wrzodzie okrągłym gastroenterostomię sposobem Hackera. Chory ten przez trzy lata po operacyi był zupełnie zdrów. Od tego czasu pojawiały się u niego znowu wymioty, początowo żółciowe, a w ostatnich tygodniach nawet kałowe, z powodu wytworzenia się niewłaściwego krążenia treści jelitowej przez błędne koło *(circulus vitiosus)*. Prelegent był zmuszony u tego chorego wykonać powtórną gastroenterostomię sposobem Wölflera, przez co chory uzyskał ponownie zupełne zdrowie.

b) Dziewczynę z nadliczbowymi palcami na wszystkich kończynach. (Przypadek objaśniony rentgenogramami).

c) Chorego i chorą, leczonych z powodu przepukliny pachwinowej, względnie udowej, zalaniem kanałów przepuklinowych parafiną.

III. Kol. Eisenberg wygłosił zapowiedziany odczyt: »O nowej postaci chorobowej. t. zw. durze rzekomym«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Przewodniczący zaznacza że u zwierząt istnieje kilka chorób, wywołanych przez prątki z grupy prątków okrężnicowych, które mogą być przeniesione na ludzi. Kol. Bier zapytuje prelegenta, czy miał sposobność sam wyhodować z przypadków chorobowych *bacillus paratyphi*. Kol. Bier widział w ostatnich czasach dwa przypadki duru, gdzie próba Widala dawała wynik ujemny, a więc prawdopodobnie były to przypadki paratyfusu; badań bakteryologicznych z tych przypadków nie przeprowadzał.

Kol. Prelegent zaznacza w odpowiedzi, że dotychczas nie napotkał w hodowlach z wydalin ludzkich *bac. paratyphi*.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 27 listopada 1902 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Obecnych członków 10

1. Przewodniczący donosi, że zrzekł się godności przewodniczącego Komisyi na co otrzymał, od komitetu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pismo z dnia 21. stycznia 1902 r następującej osnowy: »Zarówno komitetowi, jak Towarzystwu, znane są znakomite zasługi Szanownego Pana Kolegi tak około założenia tej Komisyi, jak też w ciągu całego kilkunastoletniego jej istnienia Komitet i Towarzystwo są przekonane, że na stanowisku przewodniczącego Komisyi przemysłowo-lekarskiej nikt z równym pożytkiem dla Komisyi pracować nie potrafi, a zmiana przewodniczącego równałaby się upadkowi Komisyi. A właśnie w chwili obecnej, gdy całe społeczeństwo dąży do wyswobodzenia się z pod wpływu obcych firm na różnych polach bytu ekonomicznego, może komisya przemysłowo-lekarska pod kierunkiem Szanownego Pana Kolegi wybitną odegrać rolę. Towarzystwo lekarskie odwołując się do znanej gotowości Szanownego Pana Kolegi w sprawach, tyczących się dobra Towarzystwa, prosi najusilniej Szanownego Pana Kolegę o zatrzymanie nadal przewodnictwa w Komisyi przemysłowo-lekarskiej, tembardziej, że Zarząd Towarzystwa lekarskiego już jest ukonstytuowany, a po drugie, znajdzie niezawodnie Szanowny Pan Kolega w łonie komisyi przemysłowo-lekarskiej zastępcę, któryby Mu w sprawach komisyi chętnie dopomagał«.

Wobec tego przewodniczący oświadcza, że poddaje się woli Towarzystwa lekarskiego i że nadal, o ile to będzie możebne, sprawami Komisyi kierować będzie.

2. Jak już nadmieniono w protokole posiedzenia z dnia 10 Grudnia 1901, Towarzystwo lekarskie lwowskie uchwaliło utworzyć w łonie swojem Komisyę przemysłowo-lekarską do popierania przetworów leczniczych krajowych. Komisya ta udała się do Komisyi krakowskiej z prośbą o wspólność działania, a w szczególności z wnioskiem, ażeby te przetwory i wyroby krajowe, które poleci jedna z komisyj, były uznane jako polecone przez Komisye przemysłowe obu Towarzystw. W tym celu komisya lwowska prosi o zawiadomienie jej o wszystkich przetworach krajowych przez Komisyę krakowską polecanych, a nadwrót prosi, ażeby przetwory krajowe lecznicze, zbadane i polecone przez Komisyę lwowską, były równocześnie bez dalszych badań popierane przez Komisyę krakowską.

Na pismo to uchwalono odpisać, że Komisya krakowska cieszy się z tego, iż dała inicyatywę, by także inne komisye tego rodzaju zajęły się popieraniem przemysłu leczniczego i że zastosuje się w zupełności do życzeń Komisyi lwowskiej, o ile na to pozwoli Komisyi krakowskiej regulamin Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Według regulaminu tego Komisya krakowska nie jest ciałem samodzielnie uchwalającem, lecz jedynie ciałem doradczem Tow. lek. krakowskiego, które wszelkie uchwały Komisyi zastrzega do swej decyzyi.

3. Pastylki jodożelaziste Jahra po przedwstępnych badaniach oddano do referatu Doc. Drowi Lembergerowi.

4. Co do przetworów firmy »Brabant«, a w szczególności co do wyrobu pastylek dynamofor, uchwalono zasięgnąć opinii Doc. Dra Lembergera i Dra M. Śliwińskiego.

5. Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że lekarz zdrojowy Dr. Kmietowicz, wraz z właścicielem hotelu »pod trzema różami«, panem Znamierowskim w Krynicy, zamierzają otworzyć zimowe uzdrowisko dla chorych niedokrwnych, neurasteników i ozdrowieńców po ciężkich chorobach i uchwalono uzdrowisko to popierać.

6. Wino *„condurango“* pana Mag. Farm. E. Matuli, aptekarza w Radomyślu, oddano do zbadania Doc. Drowi Lembergerowi.

Co do wyrobu »sapomentolu« i »stomachin« uchwalono odpowiedzieć, że pan Matula, jako ukwalifikowany aptekarz, przetwory te wyrabiać może, że one odpowiadają wszelkim wymaganiom technik. farmaceutycznej, ale że pomimo to Komisya przemysłowo-lekarska nie może przetworów tych przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia, gdyż należą one do licznego szeregu tych leków uniwersalnych, których tak chętnie chorzy bez wiedzy i zezwolenia lekarza na swoją własną odpowiedzialność używają.

7. Również uchwalono odpowiedzieć odmownie na pismo aptekarza C. z propozycyą o popieranie balsamu mentolokamforowego, a to z powodu, że środek ten, mimo że odpowiada wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej, musi być zaliczony do rzędu prze-

tworów, które według przepisu lekarskiego każda apteka sporządzać powinna. Przy tej sposobności uchwalono zwrócić uwagę producenta, że dłuższe używanie większych ilości mentolu nie jest dla skóry obojętnem.

8. Wobec niezwykle silnej reklamy soli leczniczych jodobromowych zagranicznych, w której biorą udział także i lekarze polscy, uchwalono zwrócić uwagę zarządów zdrojowych w Rabce, Iwoniczu, Rymanowie i w Truskawcu, ażeby w sposób wydatniejszy niż dotąd reklamowały wyroby soli leczniczej, ługów i mułów solankowych.

9. Przyjęto z uznaniem do wiadomości zgłoszenie się Dra Mogilnickiego z Buczacza z wyrobem wina borówkowego, co do którego Komisya od lat kilku czyniła usilne starania. Wino to oddano Prof. Drowi Jakubowskiemu i Doc. Drowi Lembergerowi do ocenienia.

10. Uchwalono, że Komisya dopiero wtedy zająć się może ocenieniem wyrobu sztucznego lodu w fabryce krakowskiej, jak niemniej ocenieniem wyrobów fabryki »Tlen« we Lwowie, gdy producenci ci zgłoszą się do Komisyi.

11. Na podstawie ponownych doświadczeń, podjętych z wyrobem papierków synapismowych »Austrya« (Lebensztajn, Zwierzyniec) Komisya przyszła ponownie do przekonania, że papierki te są bez porównania lepsze i tańsze od podobnych wyrobów zagranicznych. To też z ubolewaniem dowiedziała się Komisya z pisma producenta, że papierki te cieszą się znacznem uznaniem poza granicami kraju, a bardzo tylko wyjątkowo zapotrzebowywane bywają przez aptekarzy krajowych.

12. Przetwory dyetetyczne Pana Gurgula (dawniej Czyńskiego) z fabryki Jarosławskiej oddano do ocenienia Doc. Drowi Lembergerowi.

13. Na zgłoszenie kilku aptekarzy krajowych, żądających poparcia wyrobu win leczniczych, uchwalono odpisać, że wina te sporządzać powinna każda apteka, a Komisya przemysłowo-lekarska może się zająć oceną wyrobu tych win o tyle tylko, o ile one wyrabianeby były w sposób fabryczny.

14. Do zbadania i ocenienia zakładu wodoleczniczego Dra Kupczyka w Krakowie delegowano Dra Śliwińskiego, Doc Dra L. Korczyńskiego i Doc Dra Lembergera.

15. Obecnego właściciela apteki, P. Bartmańskiego, dawniej E. Hellera, uchwalono zachęcić do dalszego fabrycznego wyrobu przetworów organoterapeutycznych.

16. Po dokładnem zbadaniu tranu Meyera, którego skład utrzymuje Mag. Farm. Aptekarz K. Wiszniewski w Krakowie, uznano, że tran ten okazuje znacznie większą wartość leczniczą, aniżeli inne przetwory tego rodzaju. Na podstawie badań chemicznych, podjętych przez Doc Dra Lembergera i na podstawie doświadczeń klinicznych uznano wyrób tranu jodowo-żelazistego Aptekarza Mag. Farm. Pana K. Wiszniewskiego, jako przetwor farmaceutyczny, godny polecenia. (Wniosek ten Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 3. 12. 1902 zamieniło w uchwałę, w skutek czego pan Aptekarz Wiszniewski upoważniony został do reklamowania swego wyrobu).

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

VIII. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Miał więc słuszność Jan Śniadecki (Żywoty uczonych Polaków p. Jana Śniadeckiego. Wydanie Turowskiego, Kraków, 1861 str. 13), kiedy opisując wiernie i dość szczegółowo szkołę krakowską, której był wychowańcem, mistrzem i chlubą, mówi: „Do tych jeszcze obrad (uniwersyteckich) należeli doktorowie medycyny, przyjęci od Uniwersytetu i mieszkający w mieście, bo nauk lekarskich wcale nie było"; wierzyćby mu i bez tego należało, już to jako znanemu miłośnikowi prawdy, a tembardziej w tym razie, jako naocznemu długoletniemu świadkowi, a powątpiewanie, jakie z zaszczytnej zapewne pobudki, a jest nią miłość rzeczy ojczystych i chęć przyznania swemu narodowi chluby dawności w uprawie nauk, wyraża Gąsiorowski (Zbiór wiadom. do hist. sztuki lek. 1839 str. 66), jest wcale nieuzasadnione, a wobec takiej powagi nawet dość dziwne. Czyniono wprawdzie różnemi czasy gorliwe usiłowania i nie szczędzono znacznych ofiar, zwłaszcza ze strony samych członków Wydziału, poświęcających na ten cel długim znojem zebrany i zapracowany dobytek, aby naukom lekarskim nadać szerszy rozwój i zabezpieczyć wykład porządny, zupełny i całkowity, tudzież znaczenie, wpływ i skuteczność, jaką miały Wydziały inne, lecz zbawienne te starania, chociaż chwilowo usuwały niektóre niedostatki, nie zdołały atoli zwalczyć potężnych przeszkód, wynikających już to z głównego urządzenia szkoły, już też z ogólnych klęsk Rzeczypospolitej.

Owoż wyposażyli katedry profesorowie Wydziału lek. (Roczn. Wydziału lek. w Uniw. Jag. T. II 1839. Wyjątek z dziełka: „Stan wewnętrzny y zewnętrzny Studii generalis Universitatis Cracov." 1774, str. 73 et seq.). Maciej z Miechowa w r. 1509 20 grzywien od kapitału 600 czerwonych złotych węg., ubezpieczonych na mniejszych Sukiennicach; Piotr z Poznania w r. 1577 i 1578 na jatkach i kamienicach na Kazimierzu talarów 42 od kwoty 1400 złot., roku 1602 Jan. Zemeli 100 czerw. złot. węg. na dwóch profesorów anatomii i botaniki; r. 1673 Woiński czerw. złot węg. 330 i złotych 2 i t. p.

Na początku XVIII stulecia, mianowicie od r. 1701—1705 Dr. Jan Zajączkowicz (Roczn. Wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II, str. 65) z nieznużoną wytrwałością domagał się, aby przywrócić i ustalić regularny i postępowi ówczesnemu odpowiedni tryb czynności Wydziału lekarskiego, aby upominać się o zwrot uronionych przez zaniedbanie funduszów, aby zapobiegać licznym gorszącym nadużyciom, które się niestety wkradły. Mimo to jednakże przewaga, jaka od początku przyznana była Wydziałom teologicznemu i prawniczemu, zakrój niemal zakonny Uniwersytetu, który z postępem czasu skutkiem zatargów z Jezuitami nietylko nie zmienił się za przykładem szkół głównych zagranicznych, lecz zwolniawszy nieco w drugiej połowie XV stulecia, w końcu XVI-go jeszcze wybitniejszą przybrał cechę (Muczkowski: Bractwa jezuickie i akademickie w Krakowie. Kraków 1845, str. 9. „do Uniwersytetu, który przedtem, aczkolwiek z duchownych profesorów w znacznej części złożony, swą umysłową siłę w czerstwości utrzymywał i krzepił, powoli wkradać się zaczął duch zakonny, który jagiellońską szkołę, tę niegdyś czystą zdrowej i gruntownej nauki krynicę, zamienił z czasem w mętny stek ciemnoty i zepsutego smaku"), tak dalece, że całe grono nauczycieli i uczniów obowiązane było do odbywania ciągłych ćwiczeń duchownych w bractwach, znajdujących się pod kierunkiem jużto ojców Dominikanów, już też Karmelitów bosych, wreszcie rozprzężenie wewnętrzne, rokosze szlachty, najazdy i pustoszenie Szwedów, a później ościennych mocarstw sprowadziły upadek oświaty, a razem z nim skutecznej uprawy nauk lekarskich w Polsce. Jak wyłącznie katolickie piętno nosił na sobie Uniwersytet Jagielloński aż do jego zbawiennej reformy w r. 1780, która niestety na krótko tylko poprzedziła ostateczny rozbiór i utratę politycznej samodzielności kraju, dowodzą tego słowa Jana Śniadeckiego (Żywoty uczonych Polaków. Wyd. Turowskiego. Kraków, 1861 str. 21), który opisując urządzenie tej starożytnej szkoły, której był wychowańcem, tak się wyraża: „Dwa były główne prawa i obowiązki kanclerza" (którym był na zasadzie bulli papieża Urbana V, potwierdzającej erekcyę, każdorazowy biskup krakowski) „sądzić z rektorem sprawy do siebie przez apelacyą wytoczone, prezydować na wszystkich examinach do doktorstwa w każdym fakultecie i examinowanym po odebranem od nich wyznaniu wiary rzymsko-katolickiej, dawać pozwolenie czyli *licentiam pro gradu doctoris* i tacy nazywali się *licentiati.* I dlatego same tylko osoby wyznania katolickiego mogły się w Akademii krakowskiej doktorować".

Jakkolwiek powodowani szczerością na zasadzie niewątpliwych świadectw historycznych wyznać winniśmy, że nauki lekarskie w szkole Kazimierzowskiej dotkliwego doznawały upośledzenia, to jednakże na chlubę jej wypowiedzieć także potrzeba, iż jak w innych zawodach wydała mężów, którzy byli jej zaszczytem, a chlubą wieku swojego

i całej ludzkości, tak i między swoimi wychowańcami liczy także słynnych lekarzy, jak Nowopolskiego, Strusia, Najmanowicza, obu Petrycych, Oczka i wielu innych, a nadewszystko nieśmiertelnej pamięci Kopernika, nietylko wielkiego matematyka i astronoma, ale i doktora medycyny, którzy w szkole krakowskiej pierwsze naukowe pozyskali stopnie, t. j. bakalarskie i mistrzowskie, doktorskie zaś wielu z nich otrzymawszy w Uniwersytetach włoskich, francuskich lub niemieckich, potwierdzali je w ojczystej Akademii i do niej się wcielali.

Lekarze w Polsce w wieku XIV.

O lekarzach w Polsce ze stulecia XIV szczupłe tylko i bardzo niedokładne dochowały się wspomnienia. Muczkowski [Wiadomość o założeniu Uniw. str. 9 w przypisku) pomiędzy kanonikami katedralnymi krakowskimi, żyjącymi za Kazimierza Wielkiego, a wypisanymi z rękopismu pargaminowego z XIV wieku, mającego tytuł *Calendarium vicariorum ecclesiae cathedralis Cracoviensis*, a będącego wówczas własnością ks. Mateusza Gładyszewicza, kan. kat. krak., przytacza także Magistra Wacława, doktora medycyny, pospolicie zwanego Wenceslaus physicus.

Długosz (Hist. Pol. Lib. IX pag. 1159—1160) i Miechowita (Lib. IV str. 231) czynią wzmiankę o przybocznym lekarzu Kazimierza Wielkiego, mistrzu Henryku z Kolonii (Henricus de Colonia), którego radami zbawiennemi ze względu na wstrzemięźliwość w użyciu już to napojów odurzających, już też kąpieli, król wzgardziwszy, naraził się na ciężki powrót choroby. Ciż sami kronikarze wspominają o drugim lekarzu królewskim Mistrzu Mateuszu (Magister Mathaeus), który wbrew zdaniu innych obecnych spółtowarzyszów sztuki, dozwoliwszy Kazimierzowi Wielkiemu napić się miodu, nabawił go pogorszenia znacznego *(Magistri Mathaei alterius medici permissu, ceteris omnibus medicis improbantibus, medonem bibens in ampliorem recidivationem devenit).*

Nieco więcej wiadomo o Janie z Radlic v. z Radlicza (Johannes de Radlice), zwanym także Johannes Parvus. Oprócz stopnia doktorskiego lekarskiego zajmował także biskupią stolicę w Krakowie. Rodem był z Wielkopolski ze wsi Radlic, blisko Kalisza, pochodzenia szlacheckiego herbu Korab. Fr. Rzepnicki (Vitae Praesulum Poloniae. Posnaniae 1761, T. I, pag. 303) podaje o nim, że dla wykształcenia się w sztuce lekarskiej udał się do Francyi. Miechowita (Chr. Regn. Pol. Lib. IV, pag. 262) powiada, że kilka lat w tym celu bawił w Montepesulanie i takiej nabył w niej doskonałości, że na prośbę chorego Ludwika, króla węgierskiego i polskiego, zaniesioną do władcy francuskiego o przysłanie mu znamienitego lekarza, król Karol V wyprawił w tym celu Jana owego, który też królowi zdrowie przywrócił. W uznaniu zasług obdarzony kanonią, miał sobie także powierzoną pieczęć królewską. Później został biskupem, umarł r. 1392. Jan Łaski arcybiskup gniezn. wystawił mu pomnik w r. 1518. (C d. n).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

III. Posiedzenie z dnia 23 maja 1903 r.

Obecni: Dr. Festenburg, prof. Dr. Mars, Dr. Biegelmayer, Dr. Piaskiewicz, Dr. Wysocki, Dr. Smolarski, Dr. Papée, Dr. Pisek, Dr. Mehrer i Dr. Szymański.

Nieobecni: Dr. Eckhardt, Dr. Żukowski i Dr. Stöckl.

1. Prezydent zdaje sprawozdanie z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby. Izba interweniowała w sprawie usunięcia jednego lekarza gminnego z tej posady. Na zapytanie c. k. Namiestnictwa Wydział Izby wydał opinię w sprawie reformy zawodu aptekarskiego w tym kierunku, że przedłożony projekt nie nadaje się do wprowadzenia i nowy winien być wniesiony. Kasa chorych lekarzy nie weszła dotąd w życie, gdyż brakuje jeszcze 10 członków do liczby 100, ustawowo potrzebnej. W sprawie otwierania nowych lecznic Wydział Izby zwrócił się do c. k. Namiestnictwa, by przed udzieleniem koncesyi zasięgało opinii Izby. Izba przyłączyła się do wniosku Izby morawskiej, by wnieść petycyę do Rządu o uwzględnienie lekarzy Kas chorych w ustawie przymusowego ubezpieczenia na starość urzędników prywatnych. Komitet organizacyjny, wybrany na zgromadzeniu lekarzy lwowskich, odbył kilka posiedzeń i sprawa przeprowadzenia zawodowej organizacyi lekarzy jest w toku Uwolnień od opłaty udzielono 4 lekarzom od połowy, 8 od dwóch trzecich i 2 w całości; zapomóg udzielono 3 (150 kor.; 100 kor. i 50), a jednej wdowie po lekarzu zwrócono koszta pogrzebu męża w kwocie 100 kor. Rada honorowa załatwiła w okresie sprawozdawczym 10 spraw, w części sporów osobistych między lekarzami, a osobami prywatnemi. W sprawie nieprzybywania członków na posiedzenia Izby odczytuje prezydent odnośne ustępy regulaminu i prosi o przestrzeganie tych przepisów.

2. Sprawa zmiany ustawy. Referuje prezes Dr. Festenburg, przewodnictwo obejmuje na ten czas prof. Dr. Mars. Komitet Izb, powołany do wypracowania projektu ustawy, zasięgnął porady prawników i przedkłada obecnie do przedyskutowania w Izbach nowy referat, noszący nazwę ordynacyi dla lekarzy (*Aerzteordnung*), a łączący wszystkie przepisy, normujące stosunek lekarza w ogólności i ustawę o Izbach w jedną całość. Referent wskazuje na kilka zmian zasadniczych w owym elaboracie, mianowicie rozszerza on przynależność do Izb na lekarzy, pozostających w służbie rządowej i wojskowej, następnie zawiera przepisy o wpisaniu na listę lekarzy, jako koniecznym warunku rozpoczęcia praktyki lekarskiej, znosi przymus lekarski, rozdziela Wydział Izby od Rady honorowej, która ma stanowić osobne ciało, rozszerza władzę dyscyplinarną Rady, a mianowicie podnosi wysokość grzywny do 1000 kor. i nadaje jej prawo wykreślenia z listy lekarzy czasowo, lub trwale. Przystąpiono do dyskusyi. W sprawie przynależności do Izb lekarzy wojskowych zabierali głos: Dr. Smolarski, Dr. Biegelmayer, Dr. Pisek, prof. Mars, Dr. Papée, Dr. Wysocki i referent. Uchwalono pozostawić ten ustęp w brzmieniu, jaki jest w projekcie.

Następnie dyskutowano nad kwestyą większości, rozstrzygającej przy wyborach; uchwalono tę sprawę pozostawić do załatwienia Wydziałowi.

Nad sprawą prawa Rady honorowej co do wykreślenia z listy lekarzy wyłoniła się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos: Dr. Pisek, Dr. Biegelmayer, prof. Mars, Dr. Piaskiewicz, Dr. Papée i referent. Uchwalono wykreślić ustęp dotyczący tej sprawy.

Nad podniesionym przez Dra Szymańskiego wnioskiem, by w przepisach postępowania Rady honorowej zamieszczono sposób rozstrzygania sporów, wynikłych ze stosunku służbowego, zabierali głos: Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Szymański. Wniosku poddanego pod głosowanie nie uchwalono.

3. Prof. Dr. Mars jako referent przedstawia sprawę wiedeńskiego związku Towarzystw lekarskich (*Aerzteverein-Verband*). Przewodnictwo obejmuje napowrót prezes Dr. Festenburg. Referent po dłuższem przemówieniu czyni wniosek, by Izba uchwaliła wpisać wszystkich lekarzy do niej przynależnych do tego związku i upoważniła Wydział do wypłacenia temuż odpowiedniej sumy tytułem wkładki za wpisanych lekarzy, przyczem opłata do Izby niema być podniesioną. Przemówienie referenta poparł kilku słowami prezes Dr. Festenburg. W dyskusyi nad tą sprawą zabierali głos: Dr. Pisek, który dodatkowo uczynił wniosek złożenia podziękowania prezesowi Drowi Festenburgowi, referentowi prof. Marsowi i tym wszystkim kolegom, którzy się tą sprawą zajęli i przyczynili do jej przeprowadzenia, nadto Dr. Piaskiewicz. Po wyjaśnieniach referenta co do rozdawnictwa zapomóg, uzyskiwanych w przyszłości z wymienionego związku Towarzystw lekarskich, a mianowicie, iż rozdzielane będą przez komitet miejscowy, przyjęto w głosowaniu jednomyślnie wnioski referenta i Dra Piseka.

4. Wnioski członków: Dr. Biegelmayer, podnosząc nizkość płac, pobieranych przez lekarzy na różnych stanowiskach lekarskich, wnosi, by Izba o ile możności na to wpłynęła. W dyskusyi zabierali głos: prezes Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Mars. Po wyjaśnieniach Dr. Biegelmayer wniosek swój cofnął.

Dr. Biegelmayer porusza sprawę obniżenia lekarzom dyet za szczepienie ospy. W pewnym konkretnym przypadku za upomnienie się lekarza o to obniżenie, Wydział krajowy usunął go zupełnie w roku następnym od tej funkcyi. Mowca zapytuje prezydyum, czy możliwą jest w tym przypadku ingerencya Izby, a jeżeli tak, to o nią prosi. Wyjaśnień udzielił prezydent, a prof. Dr. Mars wskazał na to, iż lekarz ów winien się odnieść do Izby i nadesłać jej wszystkie akta tej sprawy.

Dr. Festenburg, Dr. Mars, Dr. Papée, Dr. Szymański, Dr. Smolarski, Dr. Wysocki, Dr. Biegelmayer, Dr. Mehrer, Dr. Pisek, Dr. Piaskiewicz.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 12 maja 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. Numer pisma, anonimowo nadesłanego, a dotyczącego Dra *P.* złożono do aktów.

3. Przewodniczący zdaje sprawę ze Zjazdu delegatów we Lwowie. Po dłuższej dyskusyi zgodzono się, by prezes przydzielił tę sprawę jednemu z członków Wydziału do referowania przed pełną Izbą.

4. Dr. Walczyński zdaje sprawę z zamierzonej zmiany ustawy o Izbach, proponując przyjęcie odnośnego projektu wiedeńskiego z pewnemi zmianami, dotyczącemi poszczególnych ustępów projektu. W myśl referenta Wydział uchwala tak zmieniony projekt przedstawić do przyjęcia pełnej Izbie.

5. Załatwiono prośby o uwolnienie od wkładek.

Na tem posiedzenie zakończono.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego d. 19 maja 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. W sprawie Kas majsterskich, na wniosek referenta Dra Walczyńskiego, Wydział uchwala przedstawić Izbie rezolucyę tej treści, że Izba uważa pauszalowanie lekarzy przez Kasy majsterskie za niezgodne z interesami stanu lekarskiego, a jedynie za odpowiednie wynagradzanie lekarzy za poszczególne czynności, przy wolnym wyborze lekarza.

3. W myśl wywodów referentów Drów Kwaśnickiego i Walczyńskiego w sprawie zachowania się w obec reskryptu c. k. Ministerstwa Spraw Wewn. z d. 14. VII. 1902 l. 29949 o środkach do zwalczania gruźlicy, Wydział uchwala zaczekać, aż się ukaże część szczegółowa, zapowiedziana w tymże reskrypcie.

4. W sprawie udzielania zapomóg polecono podskarbiemu, by na przyszłem posiedzeniu przedstawił w przybliżeniu budżet Izby na przyszłość, z uwzględnieniem zapomóg.

6. Na posiedzenie Izby, mające się odbyć 13 czerwca 1903, uchwalono następujący porządek dzienny:

a) Sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej.
b) Sprawozdanie Komisyi weryfikacyjnej.
c) Sprawa Kas majsterskich.
d) Sprawa funduszu zapomogowego dla wdów i sierot przy Związku Towarzystw lekarskich austryackich w Wiedniu.
e) Projekt zmiany ustawy o Izbach.
f) Wnioski członków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Jako epilog podniesionej przezemnie w łamach „Przeglądu lekarskiego“ sprawy obniżenia dyet za szczepienie ospy, podaję do wiadomości ogółu lekarskiego, iż tutejsze c. k. starostwo, które w tym roku taksamo, jak od lat dwunastu, przydzieliło mnie jeden z okręgów szczepienia, otrzymało rozporządzenie tej treści, iż c. k. namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym zmienia tegoroczne przydzielenie I. okręgu szczepienia mej osobie, a przydziela je komu innemu. Wszelkie komentarze zbyteczne! — chyba nie zawadzi jeden, iż tutejsze c. k. starostwo wystosowało przedstawienie, w którem podniosło pewne moje zasługi przez szereg 12-tu lat, jakoteż i tę okoliczność, iż lekarz prywatny, któremu na me miejsce przydzielono okręg szczepienia, będzie o jedną koronę więcej dziennie kosztował; na co jednakże otrzymało lakoniczną odpowiedź, by zastosowało się do pierwotnego rozporządzenia. *Difficile est satyram non scribere!*

Sambor, 30 maja 1903 r.

Dr. Wojciech Chrząszczewski.

PS. Sprawę tę podniósł na posiedzeniu Izby lekarskiej kol. Dr. Biegelmayer, jako członek Izby, która uchwaliła ingerować w tej kwestyi u Wydziału krajowego.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4. czerwca.

* D. 30 maja odbyło się posiedzenie Komisyi sanitarnej m. Krakowa. Przedmiotem obrad była pojawiająca się od trzech tygodni choroba z nieznanym dotychczas przebiegiem. W posiedzeniu, wskutek zaproszenia p. prezydenta, wzięło udział grono lekarzy, którzy mieli w praktyce sposobność obserwowania objawów „nowej choroby“. Po wyczerpującem omówieniu objawów chorobowych wyraziła Komisya jednomyślnie zdanie, że 1) choroba, której kilkanaście przypadków pojawiło się w Krakowie od 10 do 20 maja, jest zbliżona do influency, odznacza się umiejscowieniem zmian chorobowych w twarzy, a w szczególności powstawaniem obrzęków i zaczerwienienia powiek; że 2) przebieg jej jest wogóle łagodny, a wcale nie niebezpieczny; że 3) nie przenosi się ona wcale z osoby na osobę.

Orzeczenie Komisyi sanitarnej zgadza się z przekonaniem większości lekarzy, obserwujących „nową chorobę“ w Krakowie, a niezawodnie znajdzie potwierdzenie i w wynikach doświadczeń, dokonywujących się w zakładach uniwersyteckich.

* Rada m. Krakowa uchwaliła na wczorajszem posiedzeniu odstąpić bezpłatnie Towarzystwu lekarskiemu grunt przy ul. Radziwiłłowskiej w obszarze 491.63m.² pod budowę własnego domu.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się w Krakowie d. 13 czerwca o godzinie 5-tej w biurze Izby (ul. św. Krzyża, 7).

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie Dr. Józefa Gogulskiego i Dr. Jana Ozgę.

* Przemysłowiec łódzki, pana Herbst, ofiarował na budowę szpitala dla dzieci w Łodzi, w myśl inicyatywy Dr. Johnschera, 200,000 rubli.

* Dr. Józef Zanietowski (syn), po skończonym sezonie w Cirkwenicy, osiadł na porę letnią w Jaśkowicach (pod Krakowem), gdzie od 1 czerwca kieruje Zakładem wodoleczniczym.

* N 6 i 7. „Zdrowia“ zawiera sprawozdanie ze Zjazdu, który odbył się w końcu kwietnia b. r. w. Warszawie, a był zwołany przez Towarz. higieniczne w celu powzięcia uchwał, zmierzających do poprawy stosunków higienicznych w miastach i wsiach Królestwa Polskiego. Zeszyt ten „Zdrowia“ obejmuje na 431 stronach druku 66 prac, poruszających najważniejsze zagadnienia higieniczne bieżącej chwili. Ze względu na wspólność rasy, klimatu i zbliżonych warunków życia, zeszyt ten „Zdrowia“ powinien znaleźć się w rękach wszystkich lekarzy galicyjskich, stojących na stanowiskach stróżów zdrowia publicznego.

(L). Jeden z pp. aptekarzy krakowskich złożył na cele Tow. samop. lekarzy 100 kor., zobowiązując się składać tę kwotę co roku zamiast darów noworocznych. Ofiarodawcy, który nie życzy sobie być wymienionym, składa Wydział na tem miejscu publiczne podziękowanie.

* Pani Dr. Sieberowa, znana współpracownica ś. p. Marcelego Nenckiego, przystąpiła do wydania zbiorowego wszystkich prac nieodżałowanego profesora.

* Instytut zapomóg dla wdów i sierót po lekarzach, będący częścią „Związku austryackich towarzystw lekarskich“ donosi, że w ciągu r. 1902 i 5 miesięcy roku bieżącego kapitał jego powiększył się o 25,000 koron. Zarząd tego Instytutu wyraża swoje podziękowanie tym osobom i instytucyom, które przyczyniły się do zebrania tego funduszu.

Z protokołu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, umieszczonego wyżej w rubryce „Wiadomości zawodowych“, dowiadujemy się, że Izba uchwaliła pod pewnymi warunkami wpisać swoich członków do tego Instytutu. O ile nam wiadomo, Izba lekarska zachodnio-galicyjska weźmie ten przedmiot pod obrady w d. 13 b. m.

* W Wiedniu zawiązuje się nowe stowarzyszenie „Związek lekarzy niemieckich w Austryi“, które ma być strażnicą niemieckości od Wschodu, a jednocześnie tworzyć zwartą organizacyę zawodową coś w rodzaju syndykatu; członkowie tego Związku zobowiązują się paragrafem statutu powoływać na narady lekarskie, wybierać specyalistów i polecać przy wysyłaniu do zdrojowisk — tylko członków nowego Związku, pomijając wszystkich innych lekarzy i wszystkie inne względy. Niezdrowa to nowość, bo nietylko wprowadza pierwiastek polityczny w stosunki lekarskie Austryi, będącej aglomeratem różnych narodów i ras, ale i ze stanowiska ogólnoludzkiego i etycznego czyni chorego przedmiotem koleżeńskiej wzajemności, bez względu na pierwszorzędny cel lekarza — zdrowie chorego. Izby lekarskie powinny orze-

knąć, czy tego rodzaju paragraf w statucie jest dopuszczalny ze względu na jego ostateczną tendencyę, czy godność stanu lekarskiego nie ucierpi wobec egoistycznych zamiarów statutowo związanej kliki.

* „Index Medicus“, który przed laty wychodził pod redakcyą Billinga, a następnie upadł dla braku dostatecznej liczby abonentów, ponownie zaczął wychodzić. Obecnie jest 300 abonentów którzy również nie pokryją wydatków bardzo kosztownego wydawnictwa.

* Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Do Towarzystwa przystąpili następujący nowi członkowie: 1) Benda Antoni (Dębica). 2. Bełzowski Michał (Toporów). 3. Hacker Dawid (Stanisławów). 4. Jasiński Stanisław (Lwów). 5. Jasilkowski M. (Chodórów). 6. Krasowski Stanisław (Stanisławów). 7. Krobicki Tadeusz (Lwów). 8 Kurasiewicz Józef (Strzyżów). 9. Langsam Gustaw (Nowy Targ). 10. Neuberger Zygmunt (Bohorodczany). 11. Opolski Jan (Stanisławów). 12. Prof. Pieniążek Przemysław (Kraków). 13. Skórkowski Wacław (Trzebinia). 14. Schwarc Jan (Kraków). 15. Szamed J. (Janów). 16. Tokarski Feliks (Kołaczyce). 17. Wrzosek Adam (Kraków). 18. Żukowski Aleksander (Toporów). 19. Arousohn Sam. (Podgóże). 20. Mildner Józef (Oleszyce). 21. Schlank Maurycy (Oświęcim).

Z wydziału Towarz. Samopomocy lekarzy. *Dr. Langie,* sekretarz.

* Namiestnictwo niższo-austryackie wydało d. 26 maja szczegółowe rozporządzenie o obowiązku lekarzy donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy.

* W Gryfii została urządzona szkoła dla kształcenia obsługi, używanej do desinfekcyi.

* Między 13 a 19 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), gorlickim (1 gm.), horodeńskim (2 g.), jaworowskim (1 gm.), łańcuckim (2 gm.), mościskim (4 g.), niskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 g.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (4 g.), rudeckim (2 g.), samborskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (5 g.), stanisławowskim (2, g.), staro-samborskim (1 gm.), stryjskim (2 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (1 g.) trembowelskim (1 g.), złoczowskim (3 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIX (10—16—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 22, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 49, mianowicie: z gruźlicy 11 (5 zam.), z zapalenia płuc 7 (4 zam.), z ospy 1, z płonicy 4 (1 z.), z cholery niemowląt 2 (1 zam.), z gorączki połogowej 1.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Winiarski i Zenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (c. d.). H. Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 21. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek. Stanisławski: Przypadek tężca przyrannego leczony surowicą.

— *Kronika lekarska* Nr. 10. Steinsberg: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie. A. Heiman: Z praktyki otyatrycznej.

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Giedroyć. Król Władysław IV (Historya choroby) (c. d.).

— Nr. 5. J. Jaworski: Klinika i pracownia kliniczna. Giedroyć: Król Władysław IV (Historya choroby) (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Marczewski: Sprawozdanie z czterech ruchomych oddziałów okulistycznych. Goldblum: Przypadek choroby Bantiego. Tumposki: O nawykowem umiarkowanem spożywaniu napojów wyskokowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 21. Mladějowský: Balneotherapie úplavice cukrové. Doskař: Případ rychlého oslepnutí u tabesu. Katholický: Příspěvky k poznaní dědičnosti tuberkulosy. Stock. O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy.

— *La Presse médicale* Nr. 41. Loeper: Rozcieńczenie krwi i moczenie nadmierne. Allard: Kąpiele elektryczne, ich technika i wskazania.

— Nr. 41. Lucas—Championnière: Wstrzykiwania pochwowe w celach położniczych, ginekologicznych i higienicznych. Garnier: Zastosowanie jodku metylu jako pryszczydła.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Senator: Rozpoznawanie schorzenia i wydolności nerek. Morgenroth: W sprawie surowicy przeciwmorfinowej. Lilienfeld: Weronal, nowy przetwór nasenny Kronecker: O uproszczonem postępowaniu przy roentgenowaniu, wraz z demonstracyą. Hueppe: Ćwiczenia ciała a alkoholizm (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 22. Toldt: Karol Langer v. Edenberg (życiorys). Zuckerkandl i Erben: Przyczynek do fizyologii ruchów dowolnych. Burkard: W sprawie operacyjnego leczenia krwotoków groźnych po wycięciu migdałków. Moszkowicz: O fizostygminie, leku przeciw niebezpiecznej bębnicy, zwłaszcza po operacyach. Nikolich: Całkowita międzykroczowa prostatektomia, jak zabieg w leczeniu przerostu gruczołu krokowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21. Bumm: Natychmiastowe rozwiązanie jest najlepszym środkiem leczenia drgawek porodowych. Simon: Pochwowe cięcie cesarskie. Thorn: Leczenie ciąży zamacicznej. Hammer: Zatrucie lyzolem. Theilhaber: Zastosowanie t. zw. dyety jarskiej w praktyce lekarzy chorób kobiecych. Knoop: Włókiako-mięśniak wrośnięty w błonę doczesną i jego wydalenie jajem. Osterloch: Zranienia macicy. Nussbaum: Długotrwała i ciągła czynność wydzielnicza sutków. Hildebrandt: Osobliwości położnicze. Braune: Przypadek kwilenia śródmacicznego. Müller: Aseptyczne rozszerzadło szyjki macicznej, dające się zastąpić pręcikiem blaszkowca w osłonce. Krull: Proste praktyczne rozszerzadło maciczne. Merkel: Jeszcze o kwasie borowym, jako przetworze leczniczym. Schottmüller: Odróżnianie gatunku paciorkowca chorobotwórczego dla człowieka za pomocą hodowli na agarze z krwią.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Hering: Hemisystolia rzekoma i hemisystolia pośmiertna. Liepmann: O surowicy swoistej łożyska ludzkiego. Mitulescu: Korzyści leczenia skombinowanego gruźlicy przewlekłej (dok.). Wieting: Przyczynek do sprawy ogólnego wzrostu olbrzymiego (dok.).

Redakcya otrzymała. Maixner: Zur Pathogenese de Herzarhythmie. Dr. Krzyształowicz: 1) Ueber chronische streptogene Hautaffection sub forma einer bullösen Dermatitis (einer Pemphigus). 2) Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex. 3) Eine Notiz über die Anwendung der Poppenheim-Unnaschen Protoplasmafärbung bei der Färbung der Gonokokken.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Frączkiewicz mówić będzie: „O własnościach nasennych i moczopędnych hedonalu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. W. 46.756/1903. KONKURS.

Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego w **Krośnie** z płacą 1400 (tysiąc czterysta) koron rocznie.

Posada ta nadaną będzie stale po upływie roku służby prowizorycznej i połączona jest z prawem do emerytury.

W podaniu o powyższą posadę, które ma być wniesione najpóźniej *do 20 czerwca 1903 roku* wprost do Wydziału krajowego względnie za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej — zamieścić należy krótki opis przebiegu życia — dołączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich jednego z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia na dowód, że kandydat nie przekroczył 40 lat życia tudzież inne świadectwa lub dokumenta wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie i dotychczasową działalność kandydata a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 23 maja 1903.

Dyrektor Kancelaryi.

Miasteczko Nawarya 1½ mili od Lwowa (powiat Lwów obwód sądowy Szczerzec) pragnie lekarza miejskiego, któremu ofiaruje płacę roczną w kwocie 1400 koron z tem, aby pełnił funkcę weterynarza w miejscu. Termin zgłoszeń do końca czerwca b. r.

Urząd gminny m. Nawaryi.

Rok XLII. Kraków 13 Czerwca 1903. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dyagnostycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

Rzadki przypadek gronkowcowego zajęcia skóry (*staphylococcomycosis cutis*) w cukrzycy.

Podał
Dr. Jan Studziński.

Oddawna już poznano związek, istniejący między cukromoczem a cierpieniami skóry. Z jednej strony stwierdzono fakt niezaprzeczony, że chorzy na cukrzycę znacznie częściej podlegają chorobom skórnym, niż cierpiący na inne choroby i że ustrój takiego chorego w znacznie mniejszym stopniu stawia opór zagnieżdżeniu się i wpływowi bakteryi ropotwórczych, z drugiej zaś strony zdarza się na odwrót, że niektóre schorzenia skóry mogą czasami wywołać wystąpienie cukru w moczu.

W pierwszym przypadku związek przyczynowy został do pewnego stopnia wyjaśniony dzięki badaniom Bujwida, który wykazał, że gronkowiec złocisty hoduje się lepiej na pożywkach, zawierających cukier i że pierwociny tkankowe w obecności cukru nie są w stanie go zwalczyć. Doświadczenia swoje podzielił on na kilka seryi i doszedł do wniosku, że 1) ta sama ilość gronkowców, która sama przez się nie sprowadza żadnych następstw, w obecności cukru wywołuje powstanie ropni; 2) że drażniąc tkankę cukrem w obecności gronkowców, również powstaje ropień; 3) że drażnienie tkanki cukrem po zupełnem ustąpieniu z niej gronkowców pozostaje bez następstw; 4) że po zastrzyknięciu królikowi do żyły usznej cukru i wprowadzeniu pod skórę gronkowca występuje na tem miejscu zgorzel miejscowa skóry, zupełnie podobna do wrzodów, spostrzeganych u chorych na cukrzycę. Doświadczenia te później były powtórzone i potwierdzone przez Karlińskiego[1]).

Co się tyczy pojawiania się cukru w moczu pod wpływem powstawania czyraków, to zjawisko to, spostrzegane przez Prouta[2]), Rosenbacha i innych, niektórzy podają jeszcze w wątpliwość (Jamieson[3]). Sądzę, że nie będzie od rzeczy tu zaznaczyć, iż sam Rosenbach, opisując przypadek cukromoczu u chorego na czyraki[4]), nie był widocznie pewny, czy rzeczywiście miał do czynienia z cukrzycą.

Tak przynajmniej wnioskować muszę z wcześniejszej jego pracy[5]), w której mówi, że z czyraka drogą wchłaniania cukier lub inne jakiebądź ciało bardzo redukujące, w każdym razie nie kwas moczowy, przedostaje się do krwi, a stamtąd do moczu. Jednakże sprawa ta, aczkolwiek bardzo ważna i ciekawa, wskutek braku ścisłych badań pozostaje dotyczas nierozstrzygniętą.

Przypadek poniżej opisany, spostrzegany przezemnie w kijowskiej klinice dyagnostycznej, może być włączony do tego działu chorób skórnych, które rozwijają się następczo u chorych na cukrzycę. Postać kliniczna tego zajęcia skóry była o tyle niezwykła, że tylko dzięki histologicznemu i bakteryologicznemu badaniu udało się wyjaśnić, z jakiego rodzaju cierpieniem mieliśmy do czynienia. O ile mi wiadomo, przypadek podobnego zajęcia skóry nie był jeszcze dotychczas przez nikogo opisany: z powodu więc jego rzadkości prof. Tomaszewski, który chorego widział[6]), dokonał z niego odlew (*moulage*), który znajduje się obecnie w muzeum kliniki dermatologicznej w Kijowie.

Sam przypadek przedstawia się, jak następuje:

Mendel R., lat 29. mieszczanin gub. mohylowskiej, izraelita, handlarz; początek swojej choroby odnosi on do stycznia lub lutego 1900 roku, w którym to czasie zaziębił się w długiej podróży. Doświadczał on wtenczas łamania w członkach, osłabienia i dokuczliwego kaszlu. Leczył się, lecz choroba nie ustępowała; osobliwie postępujące opadanie na siłach, pomimo wzmożonego łaknienia, pragnienia, zaczęło go poważnie niepokoić. W maju tegoż roku miejscowi lekarze rozpoznali cukrzycę Nie doznając jednakże z leczenia żadnej poprawy, chory wstąpił 7 lutego 1901 r. do kijowskiej kliniki dyagnostycznej. Przy przyjęciu stwierdzono niewielkie stłumienie odgłosu wypukowego nad szczytem prawym, wydech zaostrzony i skąpą ilość rzężeń drobnobańkowych; dobowa ilość moczu wynosiła 9,150 ctm. sześciennych, ciężar gatunkowy 1035, oddziaływanie było kwaśne, białka niema, cukru 3% (274,5 grm. na dobę), mocznika 65.8 grm., chlorków 24,3 grm. Waga 126 f. Przez cały czas pobytu w klinice pozostawał chory na obfitej dyecie białkowej i tłuszczowej (węglowodany były zupełnie wykluczone); opuścił klinikę 5 maja tegoż roku z powodu jej zamknięcia. Stan chorego w tym okresie był następujący: w płucach stwierdzono poprawę; waga ciała wynosiła 129 f. (przybrał zatem na wadze 3 f.), dobowa ilość moczu 2800 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1025, cukru lub zupełnie nie było, lub też tylko jego ślady; ogólny stan zadawalniający. Z kliniki chory pojechał do domu, gdzie do połowy czerwca czuł się nieźle, dyetę zachowywał tylko do pewnego stopnia; lecz poczynając od połowy czerwca znowu uczuł ogólne osłabienie, wystąpiły obrzęki na kończynach górnych i dolnych, oraz na twarzy i tułowiu. W połowie lipca wstąpił do szpitala w Mohylowie i tu przeleżał 3 miesiące, aż ustąpiły obrzęki; ze szpitala udał się do domu, ale już po dwóch tygodniach znowu wystąpiły obrzęki i chory, opadając coraz więcej na siłach, wstąpił po raz drugi do kliniki kijowskiej d. 28 listopada 1901 r.

Z chorób dawniej przebytych przypomina w 3-cim roku życia jakąś ostrą chorobę gorączkową; do 13 lat cierpiał na niemożność zatrzymania moczu (ten sam objaw miał miejsce w młodym wieku u jego ojca, braci i sióstr); dalej opowiada, że przed 12 laty zaziębił się, go-

[1]) Traubenzucker als die Ursache der Eiterung neben Staphylococcus aureus. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1888. Bd. IV Nr. 19.

[2]) Jamieson: choroby skóry. Tłom. ros. 1894, str. 254.

[3]) *loco citato.*

[4]) Ueber Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung. Deutsche med. Woch. 1884. Nr. 31.

[5]) Zur Lehre von der Melliturie. Bresl. ärztlich. Zeitschrift, 1881, Nr. 24.

[6]) Chory był demonstrowany również na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa syfilidologicznego i dermatologicznego (5 lutego 1902 r.) i był badany z wielkiem zajęciem przez specyalistów.

rączkował prawie pół roku i od tego czasu stale kaszle; przed 11 laty przebył bardzo ciężką odrę (choroba trwała kilka miesięcy). W wojsku służył 4 lata. Nadużywania wyskoku i przebycia kiły zaprzecza. Żonaty, ma 1 dziecko, od roku jednakże wskutek braku chuci, a także osłabienia siły płciowej nie miał stosunku z żoną; nasienie czasem jeszcze odchodzi w czasie snów lubieżnych, ale bez wzwodu prącia Ojciec chorego zmarł przed 12 laty na chorobę piersiową (chory nie umie powiedzieć, na jaką); matka zmarła przed 25 laty na suchoty. Rodzice wyskoku nie nadużywali. Chory ma 4 braci i 2 siostry — wszyscy są zdrowi.

Stan obecny. Chory małego wzrostu, budowy wątłej. Wejrzenie nieco charłacze. Na górnych i dolnych kończynach, na twarzy i tułowiu niewielkie obrzęki (przy uciskaniu palcem powstają dołki na goleniach głębokie na $^1/_2$ ctm.). Skóra i widzialne błony śluzowe — blade; na policzkach nikłe rumieńce. Wysypki, plam lub blizn na skórze niema. Gruczoły chłonne nie powiększone. Źrenice równomierne, na światło i akomodacyę oddziaływają prawidłowo; czucie dotykowe i bolowe na obu połowach ciała jednakowe i poza granice normy nie przekracza. Odruchy skórne leniwe: odruch kolanowy w nodze lewej leniwy, w prawej prawie nie istnieje. Szczyt płuca prawego w porównaniu ze stroną lewą obniżony. Przy opukiwaniu okolicy nad i pod obojczykiem prawym odgłos przytłumiono-bębenkowy, w innych zaś miejscach klatki piersiowej prawidłowy z niewielką domieszką bębenkowego. Przy osłuchiwaniu nad i pod obojczykiem, a także w okolicy nadgrzebieniowej ze strony prawej szmer oddechowy zaostrzony z niewielką ilością rzężeń wilgotnych drobno- i średniobańkowych; w innych okolicach szmer oddechowy — pęcherzykowy. Granice serca prawidłowe, tony czyste, tętno 80 na 1', dość twarde, napełnienie tętnicy zadawalniające. Miażdżyca naczyń I-go stopnia. Brzuch nie wzdęty, miękki, nie bolesny. Wątroba występuje na 2 palce z pod łuku żebrowego w linii sutkowej, miękka, mało tkliwa. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 9000 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1035, oddziaływanie kwaśne, barwa według skali Vogla I, mocz przeźroczysty, białka nie zawiera, cukru 7% (1630 grm. na dobę). W osadzie przy badaniu drobnowidowem niewielka ilość ciałek białych i nabłonka z dróg moczowych, wałeczków niema. Zasadowość krwi obniżona: 100 mgr. ługu sodowego na 100 ctm. sz. krwi. W wypróżnieniach żadnej nieprawidłowości nie wykryto. W plwocinie prątków gruźliczych nie znaleziono pomimo wielokrotnego badania. Podczas pobytu chorego w klinice żywiono go tylko pokarmem białkowym i tłuszczowym; ku końcowi grudnia dobowa ilość moczu spadła do 2200 ctm. sz., ilość cukru do 5% (110 grm. na dobę), obrzęki znikły, stan ogólny również się poprawił.

Nagle d. 29/XII chory spostrzegł na przednio-zewnętrznej powierzchni biodra prawego kilka pęcherzyków ropnych wielkości ziarnka prosa. Przy dalszem spostrzeganiu tych pęcherzyków stwierdzono, że one się powiększały i po dojściu do wielkości $1^1/_2$ ctm. w średnicy pękały, tworząc skórne utwory barwy ciemno-różowej, miękkie, wystające nad powierzchnię skóry, płaskie, przypominające nieco wybujałe ziarniny; ze znajdujących się w nich otworów daje się wycisnąć ropa; wybujałości te przy uciskaniu są bolesne, nie krwawią, otacza je twarda obwódka nasiękowa; skóra między tymi utworami prawidłowa; rosną one wszerz, a niektóre z sobą się zlewają. Jednocześnie powstają nowe pęcherzyki ropne, które temu samemu ulegają losowi. Niektóre z nich ostatecznie miały wejrzenie brudźca (*rupia*). Utwory opisane szerzyły się w znacznej ilości na kończynach dolnych, nieco mniej na górnych i wywoływały silny świąd. Na skórze tułowia tych zmian nie było.

Kliniczny obraz zajęcia skóry nasuwał tyle wątpliwości, że postanowiliśmy dokonać wszechstronnego zbadania bakteryologicznego i histologicznego opisanych zmian w skórze. W tym celu 25/I 1902 r. wzięto ropę z dwóch pęcherzyków i poddano ją bakteryoskopijnemu i bakteryologicznemu badaniu, lecz żadnych drobnoustrojów nie znaleziono. Tegoż dnia wycięto ze skóry i ustalono w wyskoku jeden więcej dojrzały utwór, mniejwięcej dwutygodniowy, by później w skrawkach poszukiwać drobnoustrojów. Jednakże nie wykryto ich, ani przy barwieniu skrawków sposobem Ziehl-Neelsena, ani sposobem Grama, ani błękitem metylenowym. Histologiczny zaś obraz preparatu w zupełności odpowiadał obrazowi raka skórnego. Ponieważ jednak bardzo mało było dowodów klinicznych dla rozpoznawania raka skórnego, postanowiono przeto zbadać początkową formę zmiany skórnej, mianowicie 3—4 dniowy pęcherzyk ropny, podobny do tych, z których później rozwinęły się wyżej opisane utwory większe. Pęcherzyk taki wielkości główki od szpilki wycięliśmy 1/II i po ustaleniu również w wyskoku poddaliśmy badaniu histologicznemu. Porównanie drobnowidowego obrazu tych dwóch utworów, pochodzących z różnego czasu, wykazało, że podstawą tego procesu, postępowo rozwijającego się w ciągu już 6 tygodni i wywołującego pewne atypowe rozrastanie się naskórka w głąb tkanki, przypominające raka skórnego, jest osobliwe zapalenie ropne o przebiegu podostrym, z tworzeniem się pęcherzyków ropnych, umiejscowionych w górnej warstwie podłoża skóry i przechodzących na warstwę naskórkową.

Wskutek tego dnia 17/II, przy zachowaniu wszelkich ostrożności zasiano ropę z kilku pęcherzyków na rozmaitych pożywkach, zawierających 2% i 5% cukru trzcinowego, na tlenowce z rozlewaniem w płytki Petriego i na beztlenowce. Ropę, z jednego pęcherzyka wziętą, zmięszano



z wyjałowionym bulionem. Jedną połowę tej mięszaniny zastrzyknięto do jamy brzusznej królikowi, drugą morskiej śwince.

18/II. Na agarze w płytkach Petriego w termostacie, przy ciepłocie 37° C., wyrosły obfite kolonie barwy białej z szarawo-żółtym odcieniem: drobniejsze — głębokie i większe — powierzchowne. Na żelatynie kolonij tych mniej. Bulion w jednej probówce zmętniały, w drugiej pozostał przeźroczysty. Z różnych kolonij zrobiono siewy na agar glicerynowy i cukrowy, oraz na żelatynę.

19/II. We wszystkich probówkach wystąpiła czysta hodowla gronkowca złocistego ropotwórczego, stwierdzona badaniem drobnowidowem. Badanie na beztlenowce dało wyniki ujemne, królik i świnka pozostały przy życiu.

Znalezienie w ropie pęcherzyków, nie uległych pęknięciu, czystej hodowli gronkowca złocistego nasuwało dość prawdopodobne przypuszczenie, że mamy do czynienia z pierwotnem gronkowcowem zajęciem skóry, a nie z rakiem skórnym. Za takiem przypuszczeniem przemawiało również porównanie drobnowidowego obrazu utworów skórnych. Widzieliśmy tam, że na atypowe rozrastanie się naskórka w głąb tkanki należy się zapatrywać jako na sprawę wtórną, nie zaś pierwotną. Nadto rozrastanie się naskórka pod wpływem

zakażenia gronkowcowego jest rzeczą znaną. Kirch [7]) powiada, że pod wpływem tego zakażenia grubość warstwy naskórkowej zwiększa się prawie w dwójnasób i naskórek w kształcie długich pasemek sięga głęboko w tkankę. Spostrzegane przez nas ziarninowo-ropne nacieczenie podłoża skóry również licuje z obrazem gronkowcowego zajęcia skóry. Na pierwszy rzut oka dziwnem wydać się może, że nie zawsze mogliśmy wyhodować gronkowca z ropy, wziętej z pęcherzyków tak, że na razie mogliśmy nabrać przekonania, że mieliśmy do czynienia z ropieniem bezbakteryjnem. Lecz z drugiej strony znaną jest rzeczą, że gronkowce stosunkowo dość prędko giną w tkankach. Według Kircha [8]) w skórze zdrowego osobnika już po 5-ciu dniach od początku zakażenia nie można wykryć gronkowca drobnowidem w skrawkach, ani też wyhodować go z tkanek. Przy zachwianiu równowagi życiowej w ustroju tkanki mniej mogą stawić oporu szkodliwemu wpływowi gronkowców i nie są w stanie ich zabić, więc gronkowce mogą być znajdowane i po 5-ciu dniach (Aschoff [9]). Uwagi te jednak mają dla nas znaczenie warunkowe, albowiem mieliśmy do czynienia nietylko z ustrojem, skłonnym do chorób skórnych wskutek obecności w tkankach cukru, lecz może nawet jeszcze i z usposobieniem osobniczem do gronkowca, o czem można sądzić na tej podstawie, iż pomimo, że zajęcie skóry przez gronkowce zdarza się w cukrzycy stosunkowo dość często, dotychczas ani razu nie spostrzegano takiego rozprzestrzenienia i takiego rozwoju sprawy, jak w przypadku naszym

Żeby ostatecznie przekonać się, iż utwory skórne były pochodzenia wyłącznie gronkowcowego, postanowiliśmy uciec się do następującego doświadczenia:

3/III. Kawałek zdrowej skóry na lewem ramieniu tegoż chorego został odkażony, przyczem mechanicznie w części usunięto górną warstwę naskórka i na przestrzeni około 1 ctm. kw. wtarto czystą jednodniową hodowlę gronkowca złocistego, otrzymaną z posiewu ropy, wziętej z pęcherzyka. Prócz tego na odkażone miejsce na skórze ramienia prawego przeszczepiono ropę, wziętą bezpośrednio z jednego z pęcherzyków na tem ramieniu. Oba te miejsca zostały przykryte gazą wyjałowioną.

4/III. Na miejscu wtarcia hodowli wystąpiły bardzo liczne pęcherzyki ropne wielkości ziarnka maku; skóra dookoła prawidłowa. Na ramieniu prawem zmian niema. Moczu 4000 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1032, cukru 5%.

10/III. Na ramieniu lewem pęcherzyki w miejscu sztucznego zakażenia zlały się i powstały na oko takiesame utwory, jak i na innych miejscach. Na ramieniu prawem zmian niema.

17/III. Wystąpiła śpiączka cukrzycza. Tętno 100 na 1', miernie napełnione. Zasadowość krwi: 106 mmgr. ługu sodowego na 100 ctm. sz. krwi. Odczyn Gabryczewskiego na glikogen w białych ciałkach krwi — dodatni. Moczu z połowy doby 3000 ct. sz., cukru 6·3% (189 grm.). Podskórne wlewania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej i lewatywy z 5% rozczynu sody nie dały żadnych wyników. Chory zmarł w nocy.

Przez cały czas bytności chorego w szpitalu ciepłota ciała była prawidłowa.

Oględziny pośmiertne, dokonane w 36 godzin po zejściu dnia 19/III przez prof. Wysokowicza dały wynik następujący:

Zwłoki mężczyzny budowy miernej, prawidłowej; wychudnięcie znaczne. Na kończynach górnych, a osobliwie na dolnych, znajdują się liczne, miejscami zlewające się skórne wybujałości, wielkości od ziarnka grochu do 3½ ctm. w średnicy, barwy szarawo-brunatnej, a kształtu nieprawidłowo-okrągłego. Powierzchnia zgrubień chropawa, jak gdyby ostrupiała Większa część tych strupów łatwo się zdejmuje. Na przekroju tych miejsc widać zlekka zgrubiałą miazdrę drobnoziarnistą, pod strupem białawą. W innych wybujałościach strupiasta ta pokrywka zdejmuje się nie tak łatwo, odsłaniając powierzchnię drobnobrodawkową, miejscami zwilżoną niewielką ilością cieczy ropnej. W jednem miejscu, odpowiednio pozbawionem naskórka, daje się stwierdzić znaczniejsze zgrubienie podłoża skóry, pokrytego brodawkami wielkości ziarnka konopi. Na tułowiu, stopach i kiściach żadnych zgrubień niema. Płuco lewe przyrośnięte u szczytu, również prawe — w okolicy tylnego brzegu płatu dolnego. W płucu lewem blizko szczytu zbite ognisko wielkości orzecha laskowego z żółtawym zserowaciałym środkiem i niewyraźnymi brzegami. Zupełnie takiesame ognisko wielkości wiśni w głębi górnej części płatu dolnego. W części środkowej dostrzega się miejsce chełboczące, na przekroju ropiasto rozmiękczone, wielkości orzecha, wypełnione brudnawo-ciemną cieczą W części dolnej górnego płatu płuca prawego, wzdłuż brzegu tylnego i w miejscach innych żółtawe gruzełki, rozrzucone śród reszty tkanki włóknistej, zbitej, szaro-łupkowo zabarwionej. Wogóle zbity kawałek zajmuje około połowy płatu. W jednem miejscu w opłucnej spostrzega się płaskie bliznowate zgrubienie z lekkiem wciągnięciem powierzchni płuca w tem miejscu w kształcie pasa, szerokości 1 cent., a długości 6 cent. Płuca wogóle obrzękłe i miernie przekrwione. Serce małe, zanikowe; mięsień sercowy cienki, brunatny, wiotki. Śledziona zmniejszona, zanikowa, blada. Wątroba zmniejszona, barwy żółtawo-czerwonej, krucha. Nerki trochę powiększone, barwy żółtej, mają wejrzenie sadłowate. Trzustka znacznie zmniejszona, blada, na przekroju nieco ziarnista. Błona śluzowa przewodu żołądkowo-jelitowego cienka, obrzękła, zanikowa.

Rozpoznanie anatomiczne: *Staphylococcomycosis cutis. Atrophia pancreatis. Tuberculosis fibrosa pulmonum. Abscessus metastaticus pulmonis.*

Przy drobnowidowem badaniu narządów i utworów skórnych [10]) stwierdziłem:

W sercu niewielki zanik i fragmentacya mięśnia.

W śledzionie ciałka Malpighiego nieco zmniejszone, ściana ich naczyń w stanie zwyrodnienia szklistego; światło zmniejszone, w miąższu wiele barwnika ziarnistego brunatno-czerwonego.

W gruczołach chłonnych przekrwienie i nieznaczny przerost tkanki łącznej.

[7]) Ueber den Untergang des Staphyloccus pyogenes aureus bei der durch ihn hervorgerufenen Entzündung der Haut. Bonn, 1889.

[8]) *loco citato.*

[9]) Ueber die Einwirkung des Staphylococcus pyogenes aureus auf entzündetes Gewebe. Bonn, 1889.

[10]) Drobnowidowa część pracy i opisanie preparatów drobnowidowych wykonane zostały według wskazówek szanownego prof. Wysokowicza, za co wyrażam mu na tem miejscu serdeczną podziękę.

W nerkach nabłonek obrzmiały, ziarnisty; jądra barwią się źle.

W trzustce niewielki przerost starej włóknistej tkanki łącznej. Wysepki Langerhansa spotykają się rzadko, komórki nieco zanikowe.

W płucach gniazda serowatego zapalenia płuc, dokoła zaś pojedyncze gruzełki. W jednem miejscu martwica z nacieczeniem ciałkami ropnemi; przy poszukiwaniu w tem miejscu drobnoustrojów znaleziono prątki, barwiące się sposobem Grama, trochę większe, niż prątki okrężnicy, sarcyny i gdzieniegdzie kokki, najprawdopodobniej gronkowce.

Przy badaniu młodych utworów skórnych stwierdza się u ich wierzchołka dość znaczne zgrubienie warstwy Malpighiego; brodawki powiększone, między niemi zaś powstają niewielkie naskórkowe wyrostki, dążące na różną głębokość, niekiedy nawet do warstwy gruczołów łojowych i potowych; w tych naskórkowych wyrostkach spostrzega się powstawanie i tworzenie się skórnych cebulek. Atoli dokładniejsze badanie przekonywa, że cały ten obraz głębokiego wnikania naskórka w zupełności tłómaczy się zgrubieniem i przerostem brodawek. Miejscami w warstwie naskórkowej pod samą powierzchnią dają się spostrzegać drobne ogniska, składające się z ciałek białych, jednojądrzastych ziarninowych i wielojądrzastych, mniejwięcej zwyrodniałych, o brzegach niewyraźnych, między niemi zaś masa, podobna do śluzu. Podobne ogniska napotykają się również i w warstwie brodawkowej, zwłaszcza w okolicy torebek włosowych. Ogniska, składające się z komórek okrągłych i wrzecionowatych tkanki łącznej, z mniejszą lub większą domieszką ciałek białych wielojądrzastych, umiejscawiają się w podstawie powiększonych brodawek i w samem podłożu skóry. Sięgają one nadto głębiej, tworząc zbiorowiska dokoła gruczołów potnych i naczyń. Przeistoczenie wsteczne z wytworzeniem się podobnej do śluzu masy, barwiącej się na niebiesko siniawcem kamfenowym, spostrzegać się daje nie we wszystkich miejscach nacieczenia zapalnego, lecz tylko w niektórych, przeważnie znajdujących się w podłożu skóry.

W młodych utworach, wywołanych sztucznem szczepieniem gronkowców, pochodzących z tegoż chorego, znajdowaliśmy zjawiska, zupełnie podobne do wyżej opisanych.

W utworach starych, wcześniej powstałych, dostrzegaliśmy obraz wogóle również podobny do wyżej opisanego, z tą wszakże rożnicą, że w niektórych miejscach wystąpiło w pobliżu powierzchni warstwy brodawkowej bardziej wyraźne nacieczenie ropne z oddzieleniem się naskórka od podstawy w tych miejscach.

Głębszego zaś rozrastania się naskórka w tkance podłoża i w starych utworach nie dostrzegliśmy.

Poszukiwanie gronkowców w wielu skrawkach tkanki dało wynik ujemny. Udawało się nam je wykryć i to w nader nieznacznej ilości, w skrawkach otrzymanych z młodych utworów, mianowicie w ogniskach zapalenia ziarninowo-ropnego.

Staje się tedy zupełnie zrozumiałem, dlaczego raz przy badaniu bakteryologicznem nie znajdowaliśmy nic zgoła, innym znów razem znajdowaliśmy gronkowce; wszystko zależało od wieku utworów, użytych do badania.

Z drobnowidowego obrazu badanego zajęcia skóry wynika, że mieliśmy do czynienia z osobnym rodzajem miejscowo rozlanego zapalenia skóry o charakterze zapalenia ropnego i następczego odczynowego ziarninowego. Samo badanie bakteryologiczne tych utworów, również łatwe wywoływanie zmian zupełnie podobnych przez wcieranie w skórę gronkowców, otrzymanych z tych utworów, nie pozostawia żadnej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem skóry, wywołanem przez gronkowce. Szczególny rodzaj zajęcia skóry, wywołanego w naszym przypadku przez gronkowce, bardzo różniący się od zwykłej postaci zajęcia gronkowcowego, tłómaczy się podłożem, na którem gronkowiec się rozwijał, mianowicie cukrzycą.

II. Z zakładu chirurgiczno-ortopedycznego Docenta prywatnego Dra Chłumskyego w Krakowie.

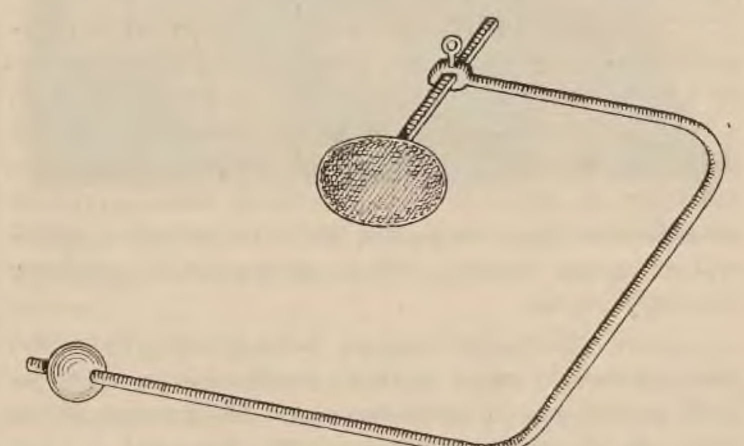
Nowa pelota, wywierająca ucisk automatycznie.

Podał
Dr. W. Chlumsky,
docent ortop. chirurg.

Każdy rzemieślnik, mający w swym zawodzie do czynienia z przyrządami i narzędziami, posługuje się najchętniej tymi z nich, które łączą dokładność działania z prostotą i taniością. Zdaje się przecież istnieć jedna gałąź zawodu ludzkiego, w której odmienne panują zwyczaje, a jest nią świeżo rozkwitająca ortopedya.

Na targ światowy rzucono tu mnóstwo przyrządów ortopedycznych, pełnych śrub, pasów i kół, które, czem więcej są skomplikowane i droższe, tem więcej bywają poszukiwane.

Zaopatrzyć się w nie, to znaczy wydać sumy, a obsługa i należyte ich zastosowanie wymaga wiele czasu, zręczności i cierpliwości. Następstwem nieuniknionem jest to, że leczenie w takich zakładach jest połączone dla chorych ze znacznymi kosztami, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę, że przeważnie ma się do czynienia z przypadkami przewlekłymi, trwającymi miesiące i całe lata.



Ta długa przedmowa niech mi wyjedna uwzględnienie, że zamierzyłem przedstawić i polecić prostą pelotę, którą od jakiegoś czasu zastosowuję w leczeniu zboczeń bocznych kręgosłupa, o ile mi się zdaje z dodatnimi wynikami. Służy ona przeważnie do uciskania garbu na przedniej powierzchni klatki piersiowej i składa się z owalnej peloty żelaznej wielkości dłoni, pokrytej pilśnią, i opatrzonej cienką sztabką żelazną długości około 30 ctm. Z tą ostatnią pozostaje w związku druga, w postaci wielkiego łuku, tej samej grubości, mierząca około $1^1/_2$ m. długości, opatrzona na przeciwnym

końcu ciężarem ołowianym, ważącym 1—3 kg.. Na tem można zakończyć opis tego prostego przyrządu.

Zastosowanie jego jest jeszcze prostsze. Pacyenta układa się na zwyczajnej równi pochyłej i przykłada się opisaną pelotę na przedni garb, ciężar zaś, umieszczony na drugim końcu łukowatej sztaby, daje się pod łóżko chorego. Pelota trzyma się pewnie i nieruchomo mocą praw fizycznych i własnym ciężarem. Wznosi się i opada jednocześnie z oddechem pacyenta i daleko mniej utrudnia ruchy oddechowe, aniżeli osławione peloty śrubowe, a pomimo to wywiera znaczny ucisk na miejsce zastosowania. Ucisk ten daje się zwiększyć przez nałożenie odpowiednich ciężarków.

Cena peloty jest niewielka; jeden z tutejszych (krakowskich) ślusarzy sporządza ją za cenę około 10 koron.

Lecz jeszcze do innego celu dałaby się ta pelota zastosować, mianowicie w niektórych przypadkach może być użytą do zastąpienia nużącej kompresyi palcami. W każdym razie jest ona conajmniej o wiele praktyczniejsza, niż większa część przyrządów, które w tym celu zostały wymyślone i sporządzone. Osobiście nie robiłem z moją pelotą jeszcze w kierunku zastąpienia uciskających palców żadnych doświadczeń; zwracam jednak na nią uwagę i mam nadzieję, że i w tym celu może ona oddać dobre usługi.

III. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

(Ciąg dalszy).

I. Rozbiór chemiczny. Przez czas od 9. XI do 19. XII poddaliśmy rozbiorowi 27 moczów. Mocze te oznaczyliśmy liczbami porządkowemi I—XXVII.

Rozbiory, których dokonaliśmy, dzielą się na następujące grupy:

a) proste stwierdzenie obecności białka i tłuszczu; próby na pepton i albumozy; próby na cukier; wytrawienie tłuszczu eterem, odparowanie wyciągu eterowego i zachowanie pozostałości do dalszego badania tłuszczów;

b) oznaczenie ilościowe białka zapomocą metody wagowej;

c) oznaczenie ilościowe tłuszczów w przybliżeniu zapomocą odważenia odparowanego i wysuszonego wyciągu eterowego;

d) oznaczenie ilościowe tłuszczów zapomocą wytrawiania w przyrządzie ekstrakcyjnym Soxhleta;

e) oznaczenie ilościowe składników moczu, zebranego przez przeciąg 24 godzin;

f) oznaczenie ilościowe składników tłuszczu

Wszystkie badane mocze były poddane próbom, zaznaczonym pod *a)*. Inne oznaczenia były wykonane tylko w niektórych próbach moczów, o ile ilość dostarczonego moczu z pojedynczych okresów na to pozwalała.

Prócz tego wykonaliśmy jeszcze kilka innych oznaczeń, jak to wynika zresztą z poniżej na tablicach przedstawionych wyników rozbioru, zestawionych podług porządku, w jakim były wykonane [3]).

Tablica II.

Nr.	Data	Ilość cnt. sz.	Barwa	C. g.	Oddziaływanie	Białko	Tłuszcze	Peptony albumozy cukier
I	9 XI, 3 w nocy	100	mleczno-biała	1.028	kwaśne	0.75%	około 1.21%	—
II	11 XI, 5 rano	230	»	1.026	»	+	+	—
III	12 XI, 1 w nocy	300	»		»	+	+	—
IV	13 XI, w nocy	194	»	1.022	»	+	około 1.36%	—
V	14 XI w nocy	175	»	1.026	»	+	około 0.66%	—
VI	15 XI, 5 rano	145	»	1.027	»	+	około 1.85%	—
VII	16 XI, 1 w nocy i 5 rano	250	biała z żółtym odcieniem	1.026	»	+	około 0·15	—
IX	17/18 XI	1125	winowo-żółta	1.025	»	—	—	—
X	18/19 XI	900	»	1.029	»	—	—	—
XI	19/20 XI	1100	»	1.027	»	—	—	—
XII	20/21 XI	955	»	1.026	»	—	—	—
XIII	22 XI w nocy	850	biała z żółtym odcieniem	1.016	»	+	+	—
XIV	25 XI w nocy	75	mleczno-biała	1.030	»	+	+	—
XVII *a)*	28/29. XI 2 po poł i 9 rano	425	winowo-żółta	1.016	»	—	—	—
XVII *b)*	4 po poł., 6·45 i 10 wiecz., 1·45 po poł., 6 r. i 12 w poł.	1940	biała z żółtym odcieniem	1.010	»	+	+	—
XIX *a)*	30 XI/1 XII dzienna	1500	winowo-żółta	1.016	»	—	—	—
XIX *b)*	nocny	220	biała z żółtym odcieniem	1.015	»	+	+	—
XXI	nocne z d. 5/6 i 6/7 XII	.	» — »	.	»	+	+	—
XXII	nocne z d. 7/8 i 8/9 XII	570	— » —	.	»	+	+	—
XXIII	9/10 i 10/11 XII	520	— » —	1.026 1.027	»	+	+	—
XXIV	11/12 i 12/13 XII	490	— » —	1.028	»	+	+	—
XXV	13/14. 14/15 i 15/16	930	— » —	.	»	+	+	—
XXVI	16/17	260	— » —	1.020	»	+	+	—
XVII *a)*	18/19 i 19/20 nocne	.	winowo-żółta	.	»	—	—	—
XXVII *b)*	18/19 i 19/20 nocne	.	biała z żółtym odcieniem	.	»	+	+	—

W powyższej tablicy nie uwzględniliśmy moczów, w których oznaczyliśmy stosunki ważniejszych składników, odnośnie do przemiany materyi u chorego. Oznaczeń takich wykonaliśmy cztery: dwa przy dyecie zwykłej, dwa zaś — przy przeważnie tłuszczowej. Wyniki tych oznaczeń podajemy poniżej, oddzielnie do każdego z nich.

[3]) Za miły obowiązek poczytujemy sobie złożenie na tem miejscu słów podzięki prof. Bądzyńskiemu za cenne rady, których nam w opracowaniu części chemicznej nie szczędził.

Tablica III.

Nr.	Ilość w cent. sz.	Barwa	C. właściwy	Oddziaływanie	Składniki prawidłowe: Siarkany całkowite (SO_3) L. absolutne	%	Siarkany związane (SO_3) L. abs.	%	Chlorki (NaCl) L. abs	%	Fosforany (P_2O_5) L. abs.	%	Wapń (CaO) L. abs.	%	Mg. (MgO) L. abs.	%	Kwas mocz. (M. Hopkinsa) L. abs.	%	N. całk. (m. Kjeld.) L. abs.	%	Mocznik L. abs.	%	Składniki nieprawidłowe: Tłuszcze (Soxhl) L. abs.	%	Białko L. abs.	%	Globuliny L. abs.	%
*1) Mocz Nr. VIII, z d. 16/17 XI. **Dyeta zwykła.** Dzienne porcye (VIIIa) prawidłowe, nocne (VIIIb) mleczne.*																												
VIII*a*	800	winowo-żółta	1.025	kwaśne	1.03	0.129	.	.	12.64	1.58	1.176	0.147	0.126	0.016	.	.	0.444	0.056	8.672	1.084	.	.	—	—	—	—	—	—
VIII*b*	235	mleczno-biała	1.030	»	.	.	.	.	4.066	1.73	0.482	0.205	.	.	.	.	0.143	0.061	2.582	1.095	4.864	2.07	1.093	0.465	1.683	0.716	.	. .
VIII *a+b*	1035	.	.	»	.	.	.	.	16.71		1 658		.		.		0.588		11.254				1.093		1.683			
*2) Mocz Nr. XV z d. 26/27 XI. **Dyeta zwykła.** XVa — porcye prawidłowe, XVb — mleczne.*																												
XV*a*	990	winowo-żółta	1.024	kwaśne	1.495	0.151	.	.	15.48	1.72	1.435	0.145	0.233	0.024	.	.	0.401	0.041	14.74	1.439	28.315	2.86	—	—	—		—	
XV*b*	240	mleczno-biała	1.034	»	.	.	.	.	2.64	1.10	0.725	0.302	.	.	.	.	0.150	0.062	4.12	1.842	9.30	3.459	0.859	0.358	0.475	0.198	0.317	0.132
XV *a+b*	1230	.	.	»	.	.	.	.	18.12		2.16	.	.	.	.	.	0.55		18.86		37.61		0.859	.	0.475		0.317	
*3) Mocz Nr. XVI z d. 27/28 XI. **Dyeta przeważnie tłuszczowa.** XVIa — mocze prawidłowe, XVIb — mleczne.*																												
XVI *a*	730	winowo-żółta	1.021	kwaśne	0.934	0.128	.	.	9.709	1.33	1.036	0.142	.	.	0.046	0.006	.	.		.	15.769	2.16	—		—		—	
XVI*b*	380 170	mleczno-biała biała z żółtym odcieniem	1.024 1.028	» »	.	.	.	.	5.005	0.91	1.435	0.261	0.143	0.026	.	.	.	.	8.577	1.559	17.35	3.156	6.622	1.204	3.118	0.569	1.062	0·195
XVI *a+b*	1280	.	.	»	.	.	.		14.71	.	2.47	.	.			.	.	.	.	.	33·12	.	6.62		3.118		1.06	
*4) Mocz Nr. XVIII z d. 29/30 XI. **Dyeta przeważnie tłuszczowa.** XVIIIa — mocze prawidłowe, XVIIIb — mleczne.*																												
XVIII*a*	850	winowo-żółta	1.023	kwaśne	1.172	0.150	0.127	0.015	6.545	0.79	1.207	0.142	0.131	0.015	ślad		0.255	0.030	5.95	0.7	5.617	0.661	—		—		—	
XVIII*b*	400	biała z żółtym odcieniem	1.026	»	1.261	0·117	0.290	0.027	7.633	0.71	1.631	0.152	0.176	0.016	0.032	0.003	0.258	0.024	7·55	0.702	15.67	1.458	0.972	0.243	0·608	0.15	.	
	675	mleczno-biała	1.024																				4.548	0.664	1.822	0.27	0·583	0.086
XVIII *a+b*	1925	.	.	»	2.53	.	0.417	.	14.178	.	2.838		0·307		.		0.513		13.50		21.287	.	5.52	.	2.43		.	

Zestawiając wyniki powyżej podanych rozbiorów, dochodzimy do następujących wniosków.

Mocze dzienne o barwie winowo-żółtej zawierały zawsze tylko składniki prawidłowe. Próby wykazania obecności tłuszczu w tych moczach pod jakąkolwiekbądź postacią — dawały zawsze wynik ujemny. W moczach mniej albo więcej białych, oddawanych przeważnie nocną porą, które nazywać będziemy „mleczowymi", stale, prócz składników prawidłowych, znajdowało się białko i tłuszcz. Cukru w żadnym z moczów nie można było wykazać. Co się tyczy rodzaju białka, nie udało się nam w żadnym z moczów wykryć obecności peptonu i albumoz. Natomiast w bardzo dużej ilości spotkaliśmy globuliny, które wynosiły od 31·5 do 66·6% całej ilości białka. Ilość białka w moczach mleczowych wynosiła od 0·198 do 0·71%.

Ilość tłuszczu wahała się od 0·358 do 1·204%. Pomijamy tu dane, otrzymane zapomocą ważenia odparowanych i wysuszonych wyciągów eterowych (od 0·15 do 1·85%), a opieramy się wyłącznie na liczbach, otrzymanych zapomocą przyrządu Soxhleta.

Wpływ dyety przeważnie tłuszczowej na wydzielanie się tłuszczu był bardzo wyraźny. Wynik podawania tłuszczów nie odbijał się jednak tylko na odsetkach wydzielanego tłuszczu (przy dyecie zwykłej 0·358—0·465%, przy tłuszczowej 0·664—1·204%), ale — i to w znaczniejszym stopniu — na ilościach porcyj moczu, zawierających tłuszcz, a oddawanych przez przeciąg 24 godzin. Podczas gdy bowiem przy dyecie zwykłej mocz mleczowy ukazywał się jeden raz na dobę (w nocy), to przy dyecie tłuszczowej otrzymywaliśmy na dobę do sześciu porcyj mniej albo więcej białych; podczas gdy przy dyecie zwykłej ilość wydzielonego na dobę tłuszczu wynosiła 0·859—1·093 grm., to liczby te przy dyecie tłuszczowej wzrastały do **5·52—6·62**.

Ilości białka, występującego w moczach mleczowych, nie dają się ująć w ścisłe prawidła; zdają się jednak być niezupełnie zależnemi od ilości współcześnie wydzielanych tłuszczów. Bo gdy w moczu VIII na 0·465% tłuszczu przypada 0·71% białka, to w moczu XVI widzimy na 1·204% tłuszczu, 0·567% białka, a w moczu XVIII na 0·664% tłuszczu, 0·27% białka. Jednakowoż ilość ogólna białka, wydzielonego w ciągu doby, wzrasta wyraźnie z ilością wydzielonych moczów mleczowych, czyli w danym przypadku przy dyecie przeważnie tłuszczowej; ilości te wahają się przy dyecie zwykłej na dobę od 0·475—1·668 grm., przy dyecie tłuszczowej zaś od 2·43—3·119 grm.

Ciężar gatunkowy jest zupełnie niezależny od tego, czy mamy do czynienia z moczem prawidłowym, czy mleczowym. W 12-tu spostrzeganych pod tym względem moczach mleczowych c. g. wynosił 1010 do 1034 (średnio 1·025), a w 11-tu prawidłowych 1016—1030 (średnio 1·024).

Oddziaływanie wszystkich moczów badanych było wyraźnie kwaśne.

Barwa moczów mleczowych zależała zawsze od ilości zawartego tłuszczu. Pod koniec pracy doszliśmy pod tym względem do pewnej wprawy tak, że na podstawie samej barwy byliśmy zazwyczaj w stanie oznaczyć w przybliżeniu ilość zawartych w moczu tłuszczów.

Ilość moczu, wydzielanego w ciągu doby była w trzech przypadkach nieco zmniejszoną, w jednym zwiększoną. Oliguryi większego stopnia nie spostrzegaliśmy.

II. Przemiana materyi. Jak z wyżej przytoczonych rozbiorów chemicznych wynika, poświęciliśmy przy czterech moczach uwagę składnikom, wydzielanym przez przeciąg 24-ch godzin. W dwóch przypadkach zastosowaliśmy przytem dyetę zwykłą, w dwóch innych tłuszczową. Kierowaliśmy się myślą, że liczby, w ten sposób uzyskane, mogłyby dać nam pewne wskazówki co do ewentualnych zmian w przemianie materyi chorych na mleczomocz, a chcieliśmy zarazem porównać je z liczbami, otrzymanemi przez innych autorów.

Dla łatwiejszego zoryentowania się ułożyliśmy następującą tabliczkę, w której podajemy obok prawidłowych ilości ważniejszych składników moczu, wydzielanych w ciągu doby (podług Hammarstena 10), liczby, otrzymane przez nas.

	Mocz prawidłowy	Mocze przy mleczomoczu			
		Dyeta zwykła		Dyeta tłuszczowa	
Ilość moczu .	1500 ccm.	1035	1230	1280	1925
Chlorki NaCl .	15.0	1671	18.12	14.714	14.177
Fosforany P_2O_5	2.5	1658	2.16	2.47	2.838
Mocznik . .	30.0	—	37.61	33.12	21.28
Kwas moczowy	0.7	0.587	0.551	—	0.513

Uwzględniając ilości moczu, wydzielanego przez 24 godzin, widzimy, że: 1) ilość chlorków przy dyecie zwykłej była znacznie zwiększoną, przy dyecie tłuszczowej prawidłową, względnie lekko zmniejszoną; 2) ilość fosforanów prawidłową; 3) ilość mocznika zwiększoną przy dyecie zwykłej, zwiększoną, albo zmniejszoną przy tłuszczowej.

Wogóle przy dyecie tłuszczowej, t. j. przy zwiększonem wydzielaniu mleczowych moczów, ważniejsze prawidłowe składniki były wydzielane przeważnie w prawidłowej, albo lekko zmniejszonej ilości, z wyjątkiem magnu, którego ilość była uderzająco mała.

III. Rozbiór tłuszczów. Tłuszcz, przeznaczony do badania, otrzymano przez wytrawienie eterem moczów mleczowych. Po odparowaniu eteru rozpuszczano tłuszcz na łaźni wodnej i przesączano w cieplarce przy 60° przez suchy sączek. Pozostałość na sączku przedstawiała się jako osad brunatny, skorupowato twardniejący przy oziębieniu. Pozostałość ta rozpuszcza się w eterze znacznie trudniej, niż tłuszcz stopiony; oczyszczona zapomocą przemycia eterem z domieszek łatwo topnego tłuszczu, przedstawia się jako masa trudno topna, rozpuszczalna dość łatwo, zwłaszcza przy miernem ogrzaniu w roztworze ługu sodowego. Z roztworu tego strąca się za dodaniem kwasu solnego aż do oddziaływania kwaśnego osad brunatny, kłaczkowaty, zbierający się na powierzchni cieczy. Mała ilość tej substancyi nie wystarczała na bliższe jej określenie pod względem chemicznym. Najprawdopodobniej mieliśmy tu do czynienia z mięszaniną kwasów monooxystearynowych, wyosobnionych w tychsamych warunkach przez Erbena.

Ilość tłuszczu przesączonego wynosiła około 25 grm. Przy rozbiorze chemicznym otrzymano następujące dane:

Barwa tłuszczu . . . . . blado-żółtawa;
punkt topienia . . . . 39°;
liczba kwasowa . . . . 4·52;

liczba zmydlenia	205·12;
„ eterowa	200·60;
„ Reichert-Meissla	4·75;
„ Hehnera	93·95;
„ jodowa	35·01;
p. topienia nierozp. kwasów	39°.

Do oznaczenia cholesteryny i lecytyny użyto 15.8167 grm. tłuszczu. W tym celu zmydlono całą tę ilość tłuszczu, wytrawiono wodny roztwór mydeł eterem w przyrządzie Schratza i odparowano wyciąg eteryczny. Pozostałość przemyto alkoholem, zakwaszonym kwasem solnym, celem rozpuszczenia domieszki mydeł; osad krystaliczny (wysuszony i zważony) okazywał własności i odczyn cholesteryny. Otrzymano 0·0153 grm. cholesteryny. Pozostały roztwór mydeł odparowano z dodatkiem sody i małą domieszką saletry, następnie spalono ostrożnie w tyglu srebrnym i stopiono, dodając saletry małemi ilościami aż do usunięcia węgla. Stop rozpuszczono w gorącej wodzie, zaprawiono kwasem azotowym i strącono molybdenianem amonowym. Po zebraniu osadu na sączku, przemyciu i rozpuszczeniu w amoniaku, strącono kwas fosforowy mięszanką amonowo-magnową. Ilość otrzymanego $Mg_2P_2O_7$ wynosiła 0·0074, odpowiadając 0·05257 lecytyny.

Z dat powyżej przytoczonych obliczono dla tłuszczu:

zawartość kwasów tłuszczowych wolnych . . .	2·105%
„ całej ilości kwasów tłuszczowych . .	95·497%
„ kwasów tłuszcz. rozpuszczalnych . .	1·547%
„ „ „ nierozpuszczalnych .	93·95 %
„ gliceryny	10·972%
„ cholesteryny	0·097%
„ lecytyny	0·39 %

Liczby, otrzymane przez nas, zgadzają się w przybliżeniu z liczbami, podanemi przez Erbena; znaczniejsze różnice zachodzą w liczbach Reicherta, kwasowej i jodowej. Różnice te przypisać należy najprawdopodobniej tej okoliczności, że w naszym przypadku otrzymywał chory przez większą część okresu, w którym tłuszcz zbierano, znaczne ilości mleka i masła, podczas gdy w przypadku Erbena chory znajdował się na dyecie mięszanej. Świadczyłoby to więc za przechodzeniem do moczu, ewentualnie do mlecza, znaczniejszej ilości niezmienionych tłuszczów składowych masła, co zresztą i doświadczenia nasze z jodypiną potwierdzają.

IV. Doświadczenie z jodypiną. Dnia 18 i 19 do XII. podaliśmy choremu jodypinę: mocze nocne, mleczne, zlano razem, wytrawiono eterem i odparowano wyciąg eterowy. Mocze dzienne oddziaływały wyraźnie na jod; tożsamo i pozostałość po wyciągu eterowym. Prócz tego wykryliśmy w sposób następujący jod i w samym tłuszczu: tłuszcz wytrawiony przemywaliśmy na sączku zwilżonym tak długo, póki przesącz wykazywał odczyn na jod. Tak przemyty tłuszcz zmydlono i z dodatkiem podwójnej ilości wodnika sodu spalono w tyglu srebrnym, a następnie przy równoczesnem dodawaniu saletry stopiono. Stop rozpuszczono w wodzie na gorąco, roztwór przesączono. Przesącz okazywał bardzo silny odczyn na jod.

V. Badanie drobnowidowe. Kropla moczu mleczowego przedstawia się pod drobnowidem na szkiełku przedmiotowem, przykrytem nakrywkowem, w sposób następujący: W pierwszej chwili wpadają w oczy drobniutkie kuleczki, poruszające się nader szybko. Otrzymuje się wrażenie, że są to szybko poruszające się bakterye. Po chwili jednak spostrzega się, że kuleczki te silnie załamują światło, a ruchy ich odpowiadają opisywanym jako charakterystyczne dla limfy „ruchom Browna".

Na tle drobniutkich kuleczek, zajmującem całe pole widzenia, tu i owdzie spotkać można następujące postacie:

1) Pojedyncze kule tłuszczu, które szybko zmieniają swoje wejrzenie i przyjmują kształt brył, silnie łamiących światło, o nieregularnych, pomarszczonych, morwowatych zarysach (stężały tłuszcz?).

2) Pojedyncze ciałka białe i bardzo nieliczne ciałka czerwone. Ciałka białe są tu przeważnie jednojądrzaste, wielojądrzaste występują nader rzadko.

3) Pojedyncze przybłonki płaskie.

4) Dość liczne kryształki szczawianu wapniowego.

Tensam obraz stale się powtarzający widzimy i w wiszącej kropli.

Po scentryfugowaniu moczu zbiera się na dnie rurki osad w bardzo skąpej ilości. Kropla takiego osadu, oglądana pod drobnowidem, przedstawia obraz podobny do wyżej opisanego; różni się tylko znacznie większą ilością leukocytów. Kropla moczu, traktowana płynem Flemminga, przyjmuje zabarwienie lekko szarawe, nie można jednak stwierdzić, aby wyżej opisane drobniutkie kuleczki przyjmowały zabarwienie wybitnie ciemne. Jeżeli mocz stoi przez czas dłuższy, obraz drobnowidowy zmienia się o tyle, że na pierwszy plan występuje dążność do krystalizacyi: bardzo liczne kryształki szczawianu wapniowego i również liczne kryształki kwasu moczowego wpadają przedewszystkiem w oczy. Obfita ilość kryształków szczawianu wapniowego pozostaje najprawdopodobniej w związku z małą ilością soli magnowych, których ilość, jak wiadomo, przyczynia się do rozpuszczalności szczawianu wapnia w moczu.

Jeżeli mocz mleczowy wytrawimy eterem, następnie oddzielimy wyciąg eterowy, a pozostałość przez czas pewien pozostawimy w spokoju, to na dnie naczynia zbierze się osad, w którym prócz wyżej podanych kształtów spotykamy bardzo często i dość gęsto kryształki, występujące w postaci igieł, ułożonych nieregularnie, pojedynczo i w skupieniach gwiazdkowato, a przypominające wejrzeniem kryształki tyrozyny. Nie udało się nam rozpoznać natury tych kryształków.

Żadnych morfotycznych składników, któreby świadczyły o schorzeniu nerek, nigdy nie spostrzegaliśmy.

Nigdy też pomimo pilnego poszukiwania w tym kierunku nie widzieliśmy niczego, coby nam przypominać mogło części jakiegokolwiek pasorzyta. Większość preparatów sporządzaliśmy w kilka do 12-tu i więcej godzin po oddaniu moczu; raz jeden spostrzegaliśmy mocz natychmiast po oddaniu (o 1-ej w nocy). Nie zauważyliśmy żadnej wybitnej różnicy, zależnej od pory badania.

VI. Badanie krwi. Krew naszego chorego badaliśmy kilkakrotnie. Pierwsze preparaty otrzymaliśmy z żyły łokciowej (p. str. 8) natychmiast po oddaniu przez chorego moczu mleczowego; następne — przez nakłócie palca igłą. Ustalaliśmy je zazwyczaj w wyskoku i eterze, rzadziej w sublimacie i płynie Flemminga. Preparaty krwi świeżej, niebarwione i barwione metodą Ehrlicha, taksamo jak i preparaty, ustalone jednym z powyższych sposobów, nie różnią

się niczem od preparatów krwi prawidłowej. Kuleczek tłuszczu nigdy nie spostrzegaliśmy.

I ilość ciałek krwi, obliczona kilkakrotnie, trzyma się w granicach prawidłowych.

Kol. Kučera sporządził dla nas łaskawie ze świeżej krwi 6 hodowli na rozmaitych pożywkach; wszystkie pozostały zupełnie jałowemi. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr Adam Langie. **Popularna higiena wzroku.** Kraków, 1903. Nakładem księgarni D. E. Friedleina 8⁰, 212 stron druku.

Już sam tytuł tej książki budzi w czytelniku pewną ciekawość i to chociażby tylko dlatego, że, jak wiadomo, piśmiennictwo polskie jest dotychczas bardzo ubogie w dzieła o treści popularnej. Zanim jednak postaram się dać ocenę niniejszego dziełka, wpierw chciałbym podać krótką treść jego.

Książka, poprzedzona przedmową autora, słowem wstępnem prof. Gałęzowskiego i wstępem, zawierającym w krótkości niezbędne dla zrozumienia przez laików wiadomości z anatomii i fizyologii oka, dzieli się na XIII rozdziałów. W rozdziałach tych autor omawia higienę oczu, począwszy od urodzenia aż do późnej starości. Każdemu okresowi życia, jak: niemowlęctwo, pierwsze dzieciństwo, okres szkolny, wiek młodzieńczy, dojrzały i podeszły, poświęcony jest osobny rozdział, stanowiący całość.

Dalej następują rozdziały, poświęcone higienie wzroku, wspólnej dla osób każdego wieku, higienie przy wadach refrakcyi, wpływowi światła, wpływowi przeróżnych zawodów na oczy, zaraźliwym chorobom ocznym i wreszcie wpływowi chorób ogólnych ustroju na wzrok. Już tutaj podnieść muszę, że tego rodzaju podział wydaje mi się bardzo odpowiednim, gdyż każdy znajdzie z łatwością to, co go najbardziej interesuje i to temwięcej, że poszczególne rozdziały tworzą same dla siebie całość. W poszczególnych rozdziałach opracował autor obszerniej ropotok noworodków, przyczem autor zastanawia się szczegółowo nad sposobami ochronnymi i podnosi karygodne pod tym względem niedbalstwo akuszerek i rodziców, jak również brak należytej kontroli ze strony lekarzy urzędowych nad oczami noworodków. Dalej w rozdziale „Higiena szkolna w okresie szkolnym“ przedstawia autor powstawanie krótkowidzenia w szkołach, urządzenie ławek, klas, oświetlenia i t. p., następnie zwraca uwagę na naukę czytania, pisania, rysunków i robót ręcznych W ostatecznym wniosku o sposobach zachowania warunków higienicznych w szkołach podnosi autor ważność i konieczność zaprowadzenia lekarzy szkolnych.

Następnie traktowany jest wpływ zołzów na oczy, — ogólne sposoby zapobiegawcze, polepszenie warunków życiowych, kolonie lecznicze i wakacyjne.

W rozdziale higieny wzroku u dorosłych są przedstawione błędy, popełniane powszechnie przy pracy, lekceważenie szkodliwych wpływów na oczy, wpływ tytoniu i alkoholu, partactwo popełniane przez nielekarzy, leczących choroby oczne środkami uniwersalnymi „Higiena wzroku w wieku podeszłym“ zawiera uwagi o najczęstszych w tym okresie chorobach, jaskrze i zaćmie, obok ustępu, wyjaśniającego dalekowidzenie *(presbyopia)* i sposób dobierania szkieł do pracy.

Osobny rozdział poświęcony wpływowi klimatu, powietrza, wiatru, przeciągów, trybu życia itd., jakoteż szkodliwości, działających w równej mierze na oczy w każdym okresie życia.

Bardzo obszernie jest opracowany rozdział o wpływie światła, a osobne w nim ustępy są poświęcone warunkom, jakich wymaga higiena wzroku od różnych rodzajów światła sztucznego.

Szczegółowo też obrobionym jest rozdział o wadach refrakcyi, zakończony historyą okularów, opisem własności optycznych, wad i zalet różnych szkieł, używanych w okulistyce dla poprawienia tych wad. W końcu są przedstawione bardzo szkodliwe następstwa, wynikające z dobierania sobie szkieł przez publiczność na własną rękę, bez zasięgania porady lekarza.

Może najobszerniej traktowany jest rozdział o wpływie różnych zawodów na oczy. Tu przedstawione są poszczególne szkodliwości, związane ściśle z pewnemi pracami zawodowemi. Nadto zwraca autor uwagę, jak mało dotychczas zrobiono dla ochrony tysięcy robotników, zmuszonych dla chleba pracować w najgorszych warunkach higienicznych i na brak ustawowej ich ochrony.

W rozdziale o chorobach zaraźliwych oczu podaną jest szczegółowo profilaktyka jaglicy, tak częstej w naszym kraju, i omówione są okoliczności, które sprzyjają zarażeniu się nią, jak również ropotokiem dorosłych i błonicą.

W ostatnim wreszcie rozdziale omówiony jest związek przyczynowy wielu chorób ogólnych ustroju z chorobami ocznemi, znaczenie zmian na dnie oka dla rozpoznania chorób wewnętrznych, oraz wskazówki, jak postępować należy, aby przy ciężkiej chorobie ustroju nie zaniedbać możliwych zmian w głębi oczu, które po wyzdrowieniu z choroby podstawowej stają się nieraz powodem upośledzenia wzroku, a nawet ślepoty. Tutaj też przedstawionym jest brak skutecznej profilaktyki chorób wenerycznych, a w szczególności kiły.

W „Zakończeniu“ widzimy jeszcze raz zebrane pokrótce najważniejsze postulaty, jakich się domaga nowoczesna higiena wzroku, aby zapobiegać dającym się uniknąć przypadkom ociemnienia.

Jak z przytoczonej pokrótce przezemnie treści omawianej książki wynika, podjął się autor pracy o szerszym zakroju i starał się w niej poruszyć prawie wszystkie kwestye, tyczące się higieny wzroku. Rozdziały pojedyncze napisane są z całą świadomością rzeczy, a autor, nie wdając się w drobnostkowość, porusza w nich najważniejsze postulaty i zasady higieny wzroku. Tytuł książki i bezpretensyonalność autora, wypowiedziana w jej przedmowie, w której wyraźnie podnosi, że książkę tę wydaje dla ogółu inteligencyi, a nie specyalnie dla lekarzy okulistów, którym i tak nie zbywa na bardzo dobrych i znanych cudzoziemskich podręcznikach higieny wzroku, zwalnia mnie już temsamem, jako sprawozdawcę, od szczegółowej krytyki naukowej poszczególnych rozdziałów. Jedynem pytaniem, jakie sobie przy ocenie tej pracy uczynić muszę jest to, czy i jak autor, wierny swemu założeniu, wywiązał się ze swego zadania.

Zanim jednak odpowiem na to pytanie, nasuwa mi się wprzód inne, a mianowicie, czy popularyzacya poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej ma wogóle swoje uzasadnienie. Jakkolwiek dałoby się na ten temat wiele powiedzieć, to jednak zdaje mi się, że na pytanie to należy odpowiedzieć twierdząco, jakkolwiek popularyzacya nauk ścisłych w ręku niedoświadczonego staje się zawsze mieczem obusiecznym, gdyż do tego potrzeba niejako osobnego daru. W dostępnem bowiem przedstawieniu przedmiotu musi autor zniżyć się niejako swym umysłem do tych, którzy mają z pracy jego korzyści czerpać. I zdaje mi się, nie przesądzam sprawy, jeżeli twierdzę, że często autor, przyzwyczajony do pisania prac naukowych, nie osiągnąłby dodatnich wyników na polu ich popularyzacyi. Dzieło popularne znajduje czytelnika nieprzygotowanym i musi go zapoznać z wiadomościami wstępnemi, a dzieło takie, jak właśnie to, o którem piszę, musi potrącić o szczegóły z anatomii, fizyologii, optyki i t. p. I w tem właśnie tkwi już pierwsza trudność, gdyż nic nie jest tak łatwem, jak już w samym początku zniechęcić czytającego, a temsamem rozminąć się z swym celem.

Przyznać należy, że autor potrafił bardzo szczęśliwie ominąć te trudności i wyszedł z nich zwycięzko, a rzecz

cała, napisana językiem płynnym, wyłożona jasno, nie mozoląca czytelnika teoryami. Książka ta dzięki tym przymiotom, jak i treściwości, może zająć każdego, a co najważniejsze, napisana, jak to już wpierw wspomniałem, bez żadnej przesady, staje się dla każdego zrozumiałą.

Z niej jednak odniesie korzyść nietylko ogół czytelników, ale może ona oddać wielką przysługę kolegom praktykom, którzy mogą z niej poinformować się w każdej chwili o najważniejszych sprawach, tyczących się higieny tak ważnego narządu.

Jeżeli wreszcie dodam, że i lekarz okulista znajdzie w niej niejedno przypomnienie spraw żywotnych naszej specyalności, a traktowanych przez autora ze stanowiska nowoczesnej okulistyki, a zarazem, że przeczytanie tego dziełka sprawi każdemu okuliście miłą i pożyteczną rozrywkę, to sądzę, że temsamem oddaję kol. Langiemu całkowite uznanie, na jakie on sobie przez napisanie tej książki zasłużył. *Dr. Bałłaban.*

V. Wyciągi.

Valentini (Gdańsk). **Systematyczne przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego piramidonem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 16, 1903). Na zasadzie 19 przypadków duru brzusznego, w którym podawano piramidon, dochodzi autor do następujących wniosków: *a)* zapomocą nieprzerywanego (dniem i nocą) podawania piramidonu w odstępach dwugodzinnych, można u każdego chorego na dur sprowadzić ciepłotę ciała albo zupełnie, albo conajmniej prawie zupełnie do stanu prawidłowego. Następstwem tego jest znaczna poprawa tętna i sfery umysłowej, co znów pociąga za sobą ułatwienie pielęgnowania takich chorych. *b)* Niekorzystnego działania ubocznego nie zauważono. *c)* Wprawdzie piramidon nie jest środkiem swoistym, w każdym jednak razie korzystnie wpływa na przebieg duru. *d)* Najodpowiedniejsza dawka jest wówczas, jeśli po niej ciepłota wraca do normy: u dzieci wystarcza 0·10—0·20 piramidonu co dwie godziny; u dorosłych 0·30—0·40 według ciężkości przypadku. Z początku można śmiało podawać i takie dawki, po których następuje nadmierny spadek (35°) ciepłoty; — szkoda nie wyniknie z tego żadna. Jeśli przez kilka dni trwa stan bezgorączkowy, można dawkę zmniejszyć. *e)* Skoro się przypuszcza, że okres gorączki minął, można dla próby raz lub dwa razy przerwać podawanie piramidonu; — zupełnie się zaś nie podaje, jeśli ciepłota już jest stale prawidłową. *Dr. H. Pisek* (Podgórze-Kraków).

O. Wandel i O. Hoehne. **Mechaniczne wyjaławianie gumowych rękawiczek i ich zastosowanie w praktyce.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Zwykłem energicznem zmywaniem wodą z mydłem można doszczętnie wyjałowić w przeciągu 2—3 minut najbardziej zakażone rękawiczki. Powinno się zawsze zważać na ich gładkość, gdyż chropowatość wymaga dłuższego mycia. Po użyciu należy zaraz zmyć z wierzchu, wywrócić, oczyścić podobnie wewnętrzną powierzchnię, wysuszyć, posypać łojkiem i zawinąć każdą rękawiczkę z osobna w kawałek gazy, lub płócienka. Autorowie stwierdzili całym szeregiem hodowli przeróżnych drobnoustrojów chorobotwórczych pewność podanego przez nich sposobu wyjaławiania. *Dr. Grzybowski.*

W. Albert. **Kolpeuryza przy uwięźnięciu zgiętej w tył macicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 12). W razie nieudania się ręcznego odprowadzenia uwięzłej macicy należy wprowadzić zwykły balon Brauna do pochwy między macicą, a dnem miednicy, wypełnić wodą (od 200—600 grm.), a macica wyprostuje się sama w krótkim czasie. Zbyteczne tu są wszelkie gwałtowniejsze zabiegi, sprowadzające tak łatwo poronienie. Balon można pozostawić w pochwie przez kilkanaście godzin, lub całą dobę. *G. Grzybowski.*

Mendel (Essen). **Bezpośrednie opukiwanie nadbrzusza, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy wrzodzie żołądka.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 13). Autor tuszy, że znalazł środek rozpoznawczy nietylko dla wątpliwych przypadków wrzodu żołądka, lecz także dozwalający na każdorazową kontrolę wyniku leczenia. Jeśli młoteczkiem do opukiwania wykonywujemy krótkie, lekkie uderzenia o nadbrzusze przy nienapiętych powłokach brzusznych, to wobec wrzodu żołądka łatwo natrafimy na punkt, gdzie i najlżejsze uderzenie wywołuje silny ból z mniej lub więcej silnym bólem następowym. Jeśli dalej opukujemy nadbrzusze promienisto ze wszystkich stron w kierunku do tego punktu bolesnego, oznaczając wszelkie punkty, które okazują się najpierw za bolesne, dostaniemy najczęściej, łącząc te wszystkie punkty razem, miejsce okrągłe, śród którego i najlżejsze opukiwanie jest bolesne, podczas gdy na zewnątrz od tej granicy i silniejsze uderzenia nie wywołują bólu. Oczywiście, że ta granica bolesna położeniem swojem i wielkością nie musi dokładnie odpowiadać wrzodowi, ale zapomocą bezpośredniego opukiwania odnajdziemy wrzód i tam, gdzie obmacywanie żołądka niczego nie wykazuje; wstrząsanie bowiem, wywołane bezpośredniem opukiwaniem, rozszerza się falisto we wszystkich kierunkach, a podrażnienie bolesne odczuje wrzód żołądka w miejscu jego siedziby. To miejsce bolesne zmniejsza się ciągle w czasie gojenia się wrzodu i znika po wygojeniu się; wtedy dopiero można przejść do nieco stalszych pokarmów.

Opukiwanie bezpośrednie nadbrzusza jest również cennym środkiem pomocniczym dla rozpoznania wrzodu dwunastnicy, który o wiele częściej się zdarza, niż się zwykle mniema i często bywa zapoznanym. Według zdania autora mężczyźni w każdym wieku chorują na wrzód dwunastnicy o wiele częściej, aniżeli kobiety. Tu często brak bolesności na ucisk, chorzy żalą się tylko na bole w nadbrzuszu, występujące regularnie popołudniu i w pierwszej połowie nocy, a więc w kilka godzin po jedzeniu. Zapomocą opukiwania młoteczkiem znajdujemy bezpośrednio po prawej stronie od smugi białej i nieco poniżej od środka pomiędzy łukiem żebrowym a pępkiem ściśle ograniczone miejsce bolesne wielkości florena, które w przeciągu leczenia się zmniejsza i wreszcie znika. Naturalnie, że i przy innych sprawach bolesnych w nadbrzuszu można bezpośredniem opukiwaniem oznaczyć miejsca bolesne, lecz nie są one nigdy tak ściśle ograniczone, jak przy wrzodzie. Bezpośrednie opukiwanie nigdy nie jest szkodliwe; oczywiście, że bezpośrednio po krwotoku należy być ostrożnym z każdem wstrząsaniem wrzodu. Lecz we wszystkich przypadkach wątpliwych wrzodu żołądka i dwunastnicy bezpośrednie opukiwanie jest cennym środkiem dla sprawdzenia rozpoznania i dokładnego spostrzegania przebiegu gojenia się. *Dr. Fels* (Lwów).

Kapsammer. **Zwężenie rzeżączkowe jako punkt wyjścia chłoniako-mięsaka opuszki cewki moczowej** (*lymphosarcoma bulbi urethrae*). (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Chory 69-letni przebył przed laty lekką rzeżączkę; od 5 lat doświadczał trudności w oddawaniu moczu. Na międzykroczu wyczuć można było rurkowatą, twardą, modzelowatą bliznę. Zastosowano sondowanie zgłębnikiem metalowym i chory miał się lepiej. Po pewnym czasie znowu wystąpiły trudności w oddawaniu moczu, a blizna modzelowata stała się wyraźniejszą; po 14-tu dniach doszła do wielkości guza wielkości pięści, a szczególnie rozrosła się w ostatnich dniach tak szybko, że mimo braku objawów zapalnych rozpoznano ropień okołocewkowy. Przy operacyi nie znaleziono żadnej jamy ropnej, lecz tkankę chorobową, która w obrębie opuszki i części błoniastej zupełnie zajmowała dolną część cewki moczowej, w gruczole krokowym zaś nie było przerzutów. Badanie wyciętej tkanki wykazało utkanie chłoniako-mięsakowe. Chory umarł, sekcyi nie wykonano. Podobnych przypadków jest w piśmiennictwie dwa: jeden Schwartza, który opisuje mięsaka u chłopca 16-letniego w temsamem miejscu, a przedtem nie było ani rzeżączki, ani urazu, lecz punktem wyjścia były gruczoły Cowpera. W przypadku drugim Königa była rzeżączka, zapalenie pęcherza, zwężenie z naciekiem moczowym i przetoka z ziarniną; wytworzył się rak płaskokomórkowy. *B. Żmigród.*

Kilian. **Usunięcie spinki z dolnego płatu lewego płuca drogą naturalną.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 11). Autor święci tryumf podanej przez siebie bronchoskopii w tym przypadku. Pacyentowi, ubierającemu się na występ koncertowy, wymknęła się trzymana w zębach spinka kostna i wpadła do tchawicy. Prócz lekkiego duszenia się, które szybko minęło, żadnych objawów nie było, chory odśpiewał swą partyę solową. Następnego dnia było tylko uczucie jakiegoś ciała obcego, które się przy oddychaniu poruszało, oraz podrażnienie do kaszlu. Badanie wykazywało osłabienie szmerów oddechowych po stronie prawej, rzężenia drobne w szczycie prawym i wypuk nieco krótszy; płuco lewe nie okazywało żadnych zmian. Po poprzedniem oglądnięciu krtani i tchawicy zwierciadełkiem krtaniowem aż do rozdziału, oglądnął autor bronchoskopem płuco prawe, które nie zawierało ciała obcego, chociaż zmiany przedmiotowe przemawiały więcej za obecnością ciała w płucu prawem. Przy oglądaniu lewego oskrzela dostrzegł spinkę bardzo głęboko w oskrzelu, leżącą poziomo tak, że oskrzele nie było nią zupełnie zatkane. Autor wyjął ją haczykiem Listera; wysokość jej wynosiła 11 mm., szerokość podstawy 13,5 mm., a główki 7 mm.; znajdowała się ona w odległości 31—32 ctm. od zębów górnych. Zastosowanie prześwietlania byłoby tu bezcelowe, gdyż serce zasłaniało miejsce, gdzie była spinka. Co prawda, sądzi autor, chory

mógłby przy sprzyjających warunkach tę spinkę wykrztusić, ale kto wie, jakie zmiany do tego czasu w płucach onaby wywołała. O wiele więc lepiej jest w tych przypadkach usuwać ciała obce górną bronchoskopią. *B. Żmigród.*

Singer (Wiedeń). **O skurczowem zaparciu stolca.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14, 1903). Autor odróżnia dwie postacie tego cierpienia, objawową i idyopatyczną (swoistą), — w pośrodku zaś pomiędzy przypadkami następowego zaparcia stolca, a tymi pochodzenia czysto nerwowego, należy umieścić te przypadki, które pojawiają się w przebiegu zaburzeń ze strony narządu moczopłciowego; przypadki na tle czysto nerwowem występują jedynie w przebiegu neurastenii i histeryi, jakkolwiek zaznaczyć wypada, że kurczowe zaparcie stolca może się czasem pojawić zupełnie jako cierpienie samoistne, bez histeryi lub neurastenii. W wyczerpujący sposób są skreślone istota cierpienia, objawy, rozpoznanie i leczenie zaparcia stolca. Z objawów przedmiotowych na szczególniejszą uwagę zasługuje kurczowe ściągnięcie się zwieracza wewnętrznego i bolesne punkty w rozmaitych okolicach brzucha, — tu i owdzie pojawiają się także kurcze kiszkowe, pozorujące niedrożność jelit, w następstwie czego odchodzi nierzadko zbity śluz, lub skrzepy krwi, jak to było w przytoczonym przez autora przypadku. W leczeniu nie odgrywa dyeta tak ważnej roli, jakby się zdawać mogło; atoli za błąd uważa autor podawanie w takich przypadkach, — jak to jeszcze niejednokrotnie się dzieje, — środków przeczyszczających; główny natomiast nacisk trzeba kłaść na wilgotno-ciepłe okłady, wlewania oliwy, a nadewszystko znakomicie działa wilcza jagoda; od kilku lat autor wprowadza do jelita odchodowego z dobrym skutkiem zgłębniki angielskie.

Dr. H. Pisek (Podgórze-Kraków).

Kobrak. **O pląsawicy pochodzenia gośćcowego i jej przeciwgośćcowem leczeniu.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Wobec licznych a przekonywających nowszych prac w tym kierunku nie możemy — według zdania autora — dłużej powątpiewać o ścisłym związku między gośćcem a pląsawicą. Najbardziej przekonywającymi są przypadki, w których oba cierpienia w ciągu lat występują naprzemian z wielokrotnymi nawrotami; przypadki te są może częstsze, niż dotąd przypuszczano, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że pląsawica może być pierwszym objawem usposobienia gośćcowego, a prawdziwy gościec stawowy dopiero w nieco starszym wieku się przyłącza. Na punkt ten zwrócił uwagę pierwszy H. Meyer, który dowiadując się o losach pląsawiczych chorych bez uprzednich objawów gośćcowych, u 4 (na 15) stwierdził później pojawienie się gośćca stawowego. Autor opiera swoje spostrzeżenia na materyale poliklinicznym: w przeciągu lat 7 zgłosiło się 122 chorych z pląsawicą, z tych tylko 34 było wolnych od gośćca. Typowy rozwinięty gościec stawowy z wysokiem podniesieniem ciepłoty i obrzękiem stawów jest u dzieci stosunkowo rzadki, częściej spotykamy się z przebiegiem nierozwiniętym o ciepłocie podgorączkowej, bólach w stawach bez równoczesnych obrzęków. O naturze gośćcowej tych przypadłości świadczy szybkie oddziaływanie na przetwory salicylowe. Jako bramę, przez którą następuje zakażenie gośćcowe ustroju, uważają nowsi autorowie (Meyer, Menzer) pierścień limfatyczny połyku. Tamtędy dostaje się według Meyera jad swoisty (teorya paciorkowców); według Menzera rozmaite rodzaje jadów mają zdolność wywoływania objawów gośćcowych. Nieraz spotykamy też odczyn miejscowy połyku: obrzęk i zaczerwienienie; również zrozumiałem jest, że dzieci, cierpiące na przerost migdałków, łatwiej ulegają zakażeniu gośćcowemu. Także i w pląsawicy możemy nieraz stwierdzić zapalenie gardła bądź równocześnie z samym początkiem choroby, bądź też już w przebiegu rozwiniętej pląsawicy. Fakta te były znane już dawniej, jakkolwiek nie zwracano na nie szczególniejszej uwagi.

Za gośćcowem pochodzeniem pląsawicy świadczy również częstsze pojawianie się jej w tych porach roku, w których i gościec częściej występuje, t. j. w miesiącach zimnych i wilgotnych. Szczegół ten jest ważny ze względu na klimatyczne leczenie pląsawicy. Ciepły południowy klimat, którego skuteczność uznana jest w cierpieniach gośćcowych, będzie również i dla chorych pląsawiczych wskazany. Również należy uwzględniać porę roku, jeżeli mamy oceniać skuteczność tego lub owego środka leczniczego.

Te niewątpliwe powinowactwa między obu cierpieniami nie wystarczają jednak, aby wytłómaczyć powstawanie pląsawicy w danym przypadku. Prawdopodobnie niezbędnem jest usposobienie ze strony układu nerwowego. Ztąd częstość pląsawicy w rodzinach o obciążeniu nerwowem i przewaga liczebna u dziewcząt, u których wogóle cierpienia nerwowe, nie zaś gośćcowe są częstsze, niż u chłopców. Tem tłómaczy się również najczęstsze występowanie pląsawicy w latach, poprzedzających okres pokwitania. Co do leczenia, to autor stwierdził, że w przypadkach typowej gośćcowej pląsawicy leczenie przeciwgośćcowe (aspiryna) właściwsze jest od podawania arsenu. W przypadkach, w których nie można było tła gośćcowego wykazać, okazał się arsen niejednokrotnie bardzo skuteczny. Aspirynę zalecają autorowie francuscy w przebiegu pląsawicy w dawkach znacznych (kilka razy dziennie po 1,0); zwykle środek ten nie sprowadza żadnych następstw; autor jednakże przy dużych dawkach stwierdził niekiedy objawy zapadu, niewątpliwie spowodowanego aspiryną. Pod względem zapobiegania rozwinięciu się zapalenia wsierdzia środki nasze lecznicze są do dnia dzisiejszego zupełnie bezsilne. Oprócz leczenia wewnętrznego bardzo użyteczne są niekiedy zabiegi wodolecznicze. Proste zawijania mokre działają uspokająco na układ nerwowy; o wiele energiczniej działają zawijania, połączone ze znacznem poceniem. Wady serca stanowią przeciwwskazanie dla tego zabiegu. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. Dr. E. Hofmeister. **Nowy system mięsienia (masowania).** (*Neue Therapie Beiträge zur klin. Chirurgie*. Bd. 36. 1903). W zastępstwie mięsienia ręcznego poleca autor wypróbowaną w stu przypadkach w klinice Prof. Brunsa metodę rytmicznego zanurzania kończyny, na której mięsienie ma być wykonane, w zwykłej płynnej rtęci. Do naczynia stosownego kształtu wlewa się trzy litry rtęci, na powierzchnię której dolewa się trochę 30% alkoholu. Następnie, to zanurzając kończynę na chwilę, to wyciągając ją, sprowadzamy raz bezkrwistość, którą wywołuje silny ucisk ciężkiej rtęci na kończynę, to znowu przekrwienie, zatem efekt, który odpowiada idealnie wykonanemu mięsieniu. Obrzmiała ręka po półgodzinnem mięsieniu tym systemem klęśnie; skóra przedtem czerwona i napięta blednie i wiotczeje; wreszcie i ruchy palców sztywnych, które przedtem były prawie zniesione, powracają do normy. Kończynę, na której znajduje się zranienie, należy poprzednio zaopatrzyć plastrem, lub papierem gutaperkowym.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Stefanowicz. **W sprawie wchłaniania się substancyi skrobiowatej w doświadczalnem zwyrodnieniu skrobiowatem wątroby.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1902). Autor wstrzykiwał królikom i kurom dwa razy tygodniowo 3-dobową hodowlę bulionową gronkowca złocistego i otrzymywał już w końcu pierwszego miesiąca znacznie rozwinięte zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych. Następnie wkładał on kawałeczki, wycięte z wątroby, śledziony i nerek, uległych zwyrodnieniu skrobiowatemu do włosowatych rureczek z celoidyny i wprowadzał je do tkanki podskórnej zdrowych tegoż gatunku zwierząt. Wkrótce w odpowiedniem miejscu powstawało zapalenie i wrastanie do rureczek młodej ziarniny, w której już po 10 dniach dały się wykazać nowowytworzone naczynia i komórki olbrzymie. Komórki tkanki ziarninowej, zwłaszcza olbrzymie, wchłaniały powoli substancyę skrobiowatą; następnie ulegała ona rozpadowi i wreszcie znikała, zostawiając ziarna, które przypominały substancyę szklistą i dawały odczyn ujemny na tego rodzaju substancyę. W następnych doświadczeniach starał się S. wyjaśnić, jaki wpływ ma zapalenie nie na wycięte kawałki, lecz na całą wątrobę, uległą zwyrodnieniu skrobiowatemu. Wywoławszy u królików i kur rozległe zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych, wycinał on po otworzeniu jamy brzusznej kawałki z brzegu wątroby i następnie, odstąpiwszy nieco od brzegu, przypalał wątrobę rozżarzonym drutem metalowym. Okazało się, że z 5 zwierząt, zabitych na 40—106 dzień po operacyi, tylko u jednego można było wykazać ślady substancyi skrobiowatej w wątrobie; u innych zaś 4 nie dała się ona wykazać zupełnie Nasuwała się jednak myśl, że substancya skrobiowata znikała wskutek usunięcia przyczyny, gdyż St. po operacyi już nie wstrzykiwał zwierzętom hodowli gronkowca. W celu kontroli wstrzykiwał S. hodowlę tego drobnoustroju 5 zwierzętom w ciągu miesiąca, a następnie zabijał je na 40—100 dzień po ostatniem wstrzykiwaniu. Wyniki były następujące: w jednem doświadczeniu wątroba wykazywała rozległe zwyrodnienie skrobiowate; w jednem zawierała bardzo mało substancyi skrobiowatej, w 3 zaś innych wcale jej nie zawierała. Najszybsze wchłanianie substancyi skrobiowatej spostrzegał St. w komórkach naczyń włosowatych, gdzie pierwoszcza komórek wątrobowych przylegała ściśle do substancyi skrobiowatej. Wobec tego S. przypuszcza, że komórki wątrobowe odgrywają ważną rolę w wysysaniu substancyi skrobiowatej. S. mniema wreszcie, że i u ludzi z usunięciem przyczyny zwyrodnienie skrobiowate może samo przez się zniknąć. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łangowoj. **Leczenie chorych, dotkniętych gruźlicą i kiłą.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 20). Przeciwkiłowe leczenie rtęcią i jodkiem potasowym chorych, dotkniętych jednocześnie gruźlicą i kiłą, wielu z klinicystów uważa za szkodliwe. Docent Łangowoj (Moskwa) przytacza dwa spostrzeżenia, w których swoiste leczenie zakażenia mięszanego dało wyniki dodatnie. U jednego chorego, dotkniętego gruźlicą płuc i kiłą, nastąpił po wcie-

raniach szaruchy i zażywaniu jodku potasowego przybytek na wadze ciała, zwiększenie się liczby krwinek czerwonych i hemoglobiny we krwi, oraz polepszenie przedmiotowe i podmiotowe objawów płucnych. Drugi chory cierpiał na gruźlicę płuc, początkowo objawy wiądu rdzenia i podejrzane owrzodzenia w krtani (chory przebywał kiłę); w tym przypadku po leczeniu swoistem owrzodzenie krtani zupełnie zabliźniło się, waga ciała podniosła się, ogólny stan i miejscowe zmiany wykazały polepszenie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bogdanik. **Urazowe pęknięcie jelita grubego.** *(Klin. therap. Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Chory, którego skrzynia uderzyła w brzuch, zemdlał. Badanie wykazało bolesność dotykową brzucha, brak wzdęcia, tętno nieco przyspieszone, wyraz twarzy cierpiący. Wymioty wystąpiły raz tylko, stolec skąpy, bez wiatrów, leczenie zachowawcze. W 14 godzin po urazie chory umarł. Sekcya wykazała na przedniej ścianie jelita zstępującego, w blizkości zagięcia esowatego, ranę okrągłą, do której wchodził mały palec; rana ta była zatkana fasolą; nadto trochę kału w jamie brzusznej i rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie w tym przypadku było trudne; właściwie jedynym objawem były wymioty, bo zemdlenie, znaczny ból i wrażliwość dotykową brzucha odnieść można także do zwykłego urazu brzucha, gdzie niema pęknięcia jelita; także bez znaczenia dla rozpoznania była trudność w oddawaniu moczu; a zniknięcia stłumienia wątroby lub wystąpienia stłumień autor nie znalazł. Brak tego tłómaczy B. zatkaniem otworu przez fasolę, wskutek czego gazy, zawarte w jelitach, nie mogły ujść; a mogło być także przedarcie jelita, ale tylko aż do otrzewnej, a otrzewna pękła dopiero przed śmiercią. Ponieważ leczenie tych przypadków zachowawcze daje 100% śmiertelności, przeto radzi autor w każdym przypadku podejrzenia pęknięcia jelita przystąpić do otwarcia jamy brzusznej w kilka godzin po urazie. *B. Żmigród.*

Pospiełow. **Uproszczona metoda leczenia przewlekłych zapaleń wysiękowych opłucnej.** (*Wojenno-Miedicinskij Żurnał* 1902, listopad). W jednym przypadku ropnego zapalenia opłucnej stosował P. przepłókiwanie worka opłucnowego fizyologicznym rozczynem chlorku sodowego (metoda Lewaszewa). Nie mając przy sobie żadnego przyrządu aspiracyjnego, wziął P. grubą igłę (na wzór igły przyrządu Potaina) i połączył tępy jej koniec z rurką gumową, długości prawie 100 ctm.; zatem zacisnąwszy rurkę u samej igły, wprowadził tę ostatnią do worka opłucnowego i wydaliwszy z rurki powietrze, opuścił koniec jej do naczynia z rozczynem kwasu karbolowego. Wypuściwszy w ten sposób z worka opłucnowego przeszło 1½ litra ropy płynnej, zacisnął P. dolny koniec rurki i przeniósł go do naczynia z fizyologicznym rozczynem chlorku sodowego; naczynie następnie podniesiono na wysokość 100 ctm. nad łóżkiem, wskutek czego rozczyn chlorku sodowego zaczął przechodzić do worka opłucnowego. Pierwszym razem zrobił P. tylko dwa przepłókania w ciągu ½ godziny. Podczas następnych przepłókiwań wprowadzano igłę w poprzednie miejsce nakłucia. W ciągu miesiąca dokonał P. 7 przepłókiwań, każdorazowo 3—4 razy, nim ciecz, zawierająca się w worku opłucnowym, nie stała się przeźroczystą. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. Eiselsberg. **W sprawie doszczętnego leczenia wgłobienia jelit.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Na podstawie własnego doświadczenia z 13 dokładnie spostrzeganymi i leczonymi przypadkami wgłobienia jelit, przemawia E. za całkowitem wycięciem jelit wgłobionych. Częściowe wycięcie należy zachować tylko dla tych przypadków, w których wgłobienie schodzi bardzo nizko. Odwgłobienie zaś samo radby widział zachowane wyłącznie dla chorych, już bardzo wyniszczonych swem cierpieniem. Gdyż zresztą nawet tam, gdzie odwgłobienie udaje się z przyczyn, które obszernie w pracy swej autor wyłuszcza, dodaje on całkowite wycięcie części zmienionych, z następowem osiowem zeszyciem jelit. W jego przypadkach było: wgłobienia przewlekłego 7 przypadków, ostrawego 3, ostrego 3. Anatomo-patologicznie zaś: *invaginatio enterica* 2 razy, *ileo-colica* 10, *colico-rectalis* 1 raz. Przyczyną wgłobienia było: 3 razy *polyposis*, 1 raz zwężenie bliznowate, 2 razy *lymphosarcoma*, 1 raz *carcinoma*, a 6 razy bardzo długa krezka kiszki grubej. Z owych 12 chorych, leczonych całkowitem wycięciem (mimo udałego 5 razy odwgłobienia części wgłobionych), 1 umarł skutkiem operacyi, 2 po 3-ech, względnie 6 tygodniach, skutkiem uwiądu ogólnego, 9 wyzdrowiało. *Herman.*

Dr. L. Feilchenfeld. **O ostrożności przy znieczulaniu chloroformowem.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Poraz wtóry zaleca F., aby ludziom z przypadłościami nerwowemi ze strony serca, podawać na kilka dni przed znieczuleniem chloroformowem po kilka kropel *trae strophanti* i *trae digitalis aa.* U ludzi zaś ze sprawami patologicznemi w mięśniu sercowym zaleca się napar naparstnicy, letnie kąpiele, względnie gazowe, wstrzykiwania strychniny i t. d. *Herman.*

Dr. M. Sträter. **W sprawie operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Ctrbl. fur Chir.* 1903, Nr. 5). Tam, gdzie jest duży rozstęp odłamków, radzi S. przeciąć ścięgno mięśnia czworogłowego uda w kształcie litery Z. i przez przesunięcie wydłużyć ścięgno, poczem łatwo udaje przybliżyć odłamki. W przypadku autora, gdy i to nie wystarczyło, dodatkowo oddłutował guzowatość goleni i odłamki zeszył (szwem metalowym okrążającym). *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 8. grudnia 1902.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 12.

1. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie podkomisyi (Dr. Śliwiński, Doc. Dr. L. Korczyński, Doc. Dr Lemberger), delegowanej do zbadania stanu fabryki K. Rzący i Chmurskiego w zakresie wyrobu sztucznych wód leczniczych. Ze sprawozdania tego wynika, że fabryka, jak dotąd prowadzona jest wzorowo i że do sporządzania wód leczniczych używaną bywa woda destylowana z wodociągu miejskiego. Po nadto fabryka ta zajętą jest także wyrobem tak zwanych wód leczniczych normalnych, które Prof. Dr. Jaworski osobiście kontroluje.

2. Jednemu z producentów pudrów leczniczych, osobliwie w zakresie porostu włosów, uchwalono odpisać, że Komisya nie może zająć się ocenieniem takich wyrobów, gdzie w widoczny sposób nie jest zaznaczony skład chemiczny polecić się mającego wyrobu i że producent wykazać się winien upoważnieniem władz rządowych do wykonywania przedsiębiorstwa.

3. Ażeby módz uczynić zadość życzeniu Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. lwowskiego, uchwalono przesłać tejże Komisyi spis przetworów, dotychczas przez Towarzystwo lekarskie krakowskie uznanych i poleconych, po ponownem zbadaniu przez odnośnych referentów.

4. W myśl uchwały, powziętej na posiedzeniu w dniu 21 listop 1901 r., podjęte zostały w Klinice chorób wewnętrznych dalsze doświadczenia z kreosalbiną wyrobu Dra Karwackiego. Z doświadczeń tych wynika, że jest to związek białka z 40% kreozotu. Ma on to pierwszeństwo przed innymi przetworami kreozotowymi, że w soku żołądkowym się nie rozkłada, a pod wpływem soku trzustkowego rozkłada się bardzo powoli, czem różni się znakomicie od innych przetworów kreozotowych, a w szczególności od kreozotalu. Wszyscy chorzy, których do doświadczeń użyto, znosili przetwór ten dobrze, z wyjątkiem odbijania i przemijającej biegunki, które niekiedy się przydarzały. Tylko w jednym przypadku po wyżyciu 9·0 gram. kreosalbiny (trzy razy dziennie po 0·50 gram.) zmniejszyła się znacznie ilość wolnych siarkanów w moczu, wobec czego lek ten na kilka dni wstrzymano. Wogóle działał on korzystnie na poprawę łaknienia, na zmniejszenie ilości rzężeń i na zmniejszenie ilości plwocin. Również zmniejszała się w plwocinach ilość laseczników Kocha i drobnoustrojów im towarzyszących. Na podstawie tych doświadczeń uchwalono zawiadomić Dra Karwackiego, że kreozalbina jest środkiem leczniczym, który w wielu przypadkach gruźlicy płucnej, nawet u ludzi młodych, może zadziałać korzystnie i w późniejszych okresach gruźlicy.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 21 kwietnia 1903 r.

Przewodniczący w zastępstwie nieobecnego kol. Reissa kol. Schwarz. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1). Kol. Pacyna przedstawia znanego chorego z *sarcomatosis cutis*, u którego cierpienie nowy przybiera charakter. Ponieważ dotąd mimo najrozmaitszych okładów i wewnętrznego podawania po 12 pigułek azyatyckich dziennie à 0,0075 zmiany nie ustępowały, bole się utrzymywały i potęgowało się ogólne wyniszczenie chorego, zmniejszono do połowy dawkę arsenu i zastosowano rozpylanie na zajęte miejsca rozczynu: *mentholi* 2,00, acidi acet. dil 50,00, spirit. coloniens., spirit. vini aa 25,00, poczem po krótkotrwałych gwałtownych bólach wszelkie dolegliwości ustąpiły na dziesięć dni. Rozpylanie stosowano co dzień, lub co drugi dzień, a podczas tego nietylko nie pokazał się żaden nowy guzek, ale bardzo wiele starych uległo zanikowi, pozo-

stałe zaś znacznie przybladły. Wewnętrzne badanie nie wykazało u chorego żadnych zmian oprócz wyniszczenia i obrzęku wątroby.

Dalej przedstawia kol. Pacyna chorego z *lichen pilaris*, u którego na kończynach, zwłaszcza na dolnych, widać obok zmian liszajowatych dużo gęsto rozsianych plam wybroczynowych, które w spokoju po pewnym czasie zanikają, zaś po każdym nieco dłuższym ruchu występują. Ponieważ chory cierpiał na gościec stawowy, cierpienie to rozpoznano jako *purpura pheumatica*. Badanie, przeprowadzone w klinice wewnętrznej wykazało *phthisis pulmonum; haemophilia*.

Wreszcie przedstawia kol. Pacyna chorego z *ulcera tuberculosa linguae*, który ma liczne, bardzo bolesne i głębokie owrzodzenia po bokach języka i pod językiem, o brzegach poszarpanych. Badanie płuc wykazuje w szczytach rozległe nacieki. Choremu podano duotal wewnętrznie i zastosowano codzienne pędzlowanie zgęszczonym kwasem mlekowym. Skutek do tej pory mało wyraźny.

II. Kol. Krzyształowicz przedstawia dziewczynkę z dużem ogniskiem *trichophytia animalis* (kota) wielkości dłoni dziecka na pośladku prawym i starszą jej siostrę z takąż zmianą, znacznie rozleglejszą, na podudziu prawem i małem ogniskiem z samoprzeszczepienia na podudziu lewem. W obu przypadkach widać, zwłaszcza na obwodzie, bardzo wybitne pęcherzyki, a badanie drobnowidowe dało wynik dodatni.

Dalej przedstawia kol. Krzyształowicz chorą z *keratosis follicularis* pod pachami, pod sutkami i w pachwinach. Bardzo wybitny początkowo obraz zmienił się znacznie po użyciu pasty cynkowej.

III. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorą z rozpoznaniem *lingua geographica*. Zarysy poszczególnych ognisk zmieniają się z dnia na dzień, co trwać ma już od lat siedmiu. Chora równocześnie cierpi na kiłę.

W dyskusyi nad tym przypadkiem biorą udział: kol. Mayzel, kol. Schwarz i kol. Steuermark.

Dalej przedstawia kol. Kwiatkowski chorą z bardzo wybitną i rzadszą formą *leucoderma colli*.

IV. W końcu kol. Krzyształowicz przedstawia preparaty z ropy rzeżączkowej, barwione metodą Pappenheima i Grama i zaznacza, że połączenie tych dwóch metod daje stanowczo wyraźniejsze obrazy od tych, jakie dawały metody dotąd używane.

Dr. Pacyna, sekretarz.

Sekcya nowosądecka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Dnia 6 maja 1903 r. zebrali się zaproszeni lekarze z N. Sącza w liczbie 7-miu w tutejszym szpitalu powszechnym na II-gie posiedzenie Sekcyi Tow. lekar. gal.

Na posiedzeniu tem odbyło się właściwe ukonstytuowanie się Sekcyi i dodatkowe zgodne oświadczenie się kolegów zamiejscowych, a należących do Tow. lek. gal., co do wyboru na przewodniczącego Dr. J. Filewicza, na zastępcę Dr. J. Siedleckiego, a na sekretarza Dr. Zielińskiego Edwarda.

I. Po odczytaniu protokołu z I-go posiedzenia, kol. Ameisen omówił interesujący przypadek śródbłoniaka opłucnej (*endothelioma pleurae*) u mężczyzny 24-letniego i demonstrował pod drobnowidem preparat, sporządzony w pracowni anatomo-patol. Prof. Browicza. W przypadku tym na 3 miesiące przed śmiercią wystąpiła znaczna duszność, brak łaknienia, ogólne osłabienie, krwawa plwocina i przesunięcie serca ku stronie prawej tak, że w końcu sięgało ono do linii pachowej prawej. W miejscu, gdzie było robione nakłócie, zaczęły wyrastać guzy pod skórą; jeden z nich został wycięty i przesłany do pracowni anatom. patol. w Krakowie celem zrobienia preparatów.

II. Kol. Siedlecki przedstawia: 1) Dwa przypadki gruźlicy stawów, leczonych metodą zachowawczą: jeden przez założenie opatrunku uciskowego i ustalającego, drugi przez wstrzyknięcie 20% zawiesiny jodoformu w glicerynie do stawu barkowego, z którego wypuszczono najpierw płyn surowiczo-ropny. W obu przypadkach wystąpiło znaczne polepszenie. 2) Wrzód obejmujący prawie całe podudzie lewe, leczony zapomocą pasty Haidenheina. Wrzód zmniejsza się i oczyszcza.

III. Kol. Zieliński przedstawia chorego szpitalnego z rozpoznaniem: Rana głowy po stronie lewej, krwotok mózgowy, porażenie połowicze po stronie prawej, niedowład pęcherza moczowego. Jestto przypadek sądowy, ciekawy ze względu na ogromną żywotność tkanek: rana na głowie 10 ctm. długa, sięgająca do kości, pomimo zdarcia opatrunku z głowy zrasta się w 48 godzinach tak, że opatrunek staje się zbyteczny. Chory w 3 dni odzyskał mowę, a po kilku dniach władzę najpierw w ręce, później w nodze. Dnia 14-go po doznanem obrażeniu mógł być przedstawiony na posiedzeniu i odpowiada na pytania, siedząc na stołku. Utracił jednak świadomość o całem zajściu, niewie, kto go bił, gdzie go napadnięto i t. d.

IV. Ostatnią chorą przedstawia kol. Siedlecki: Chora ta dotknięta wadą rozwojową, mianowicie brakiem pochwy. Z powodu bólów w dole brzucha i rosnącego guza, który odpowiadał powiększonej macicy, zgłosiła się do szpitala. Zrobiono sztuczną pochwę pomiędzy pęcherzem a odbytnicą, wypuszczono około $^1/_2$ litra płynu krwawego mazistego. Bole ustały, chora już raz w szpitalu miała miesiączkę. Sztuczną pochwę rozszerza się i tamponuje gazą; pochwa ta jednak okazuje dążność do zaciągnięcia się i powtórnego zrośnięcia.

Na tem posiedzenie zakończono *Dr. Filewicz*, przewodniczący.
Dr. Zieliński, sekretarz.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11. czerwca.

Z wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie z prośbą o ogłoszenie:

I. Wydział Tow. samopomocy lekarzy uchwalił na posiedzeniu dn. 2 czerwca b. r. wpisać gremialnie wszystkich 432 członków Towarzystwa do Związku Tow. lek. austryackich (*Oesterreichischer Aerzte Vereins-Verband*) i to opłacając za nich wkładki roczne bez ich podwyższania. Przez to Towarzystwo samopomocy wchodzi do ogólnego związku Towarzystw austryackich; członkowie nasi, nie ponosząc żadnych nowych ciężarów, stają się zwyczajnymi członkami tegoż Związku, co dla organizacyi stanu lekarskiego ma doniosłe znaczenie, a nadto będą mogli korzystać z bogatej instytucyi zapomogowej dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącej przy Związku, jak tylko rokowania w tym względzie przez Izbę lek. zachodnio-galicyjską przeprowadzone zostaną, co już w najbliższym czasie prawdopodobnie załatwionem będzie.

II. W ciągu maja b. r. przystąpili w dalszym ciągu do Tow. samopomocy lek. następujący nowi członkowie: Dobrzański Stefan (Dubiecko), Ławrowski Włodzimierz (Nisko), Łuszczkiewicz Józef (Sokal), Mantel Maurycy (Zbaraż), Oświecimski Szczęsny (Bochnia), Pertak Maryan (Ottynia), Salzman Joachim (Stary Sambor), Seidl Wacław (M. Ostrawa), Zanderer Maurycy (Nowy Sącz), Kreutz Jan (Stanisławów), Majewski Adam (Stanisławów) i Rubinstein Jakób (Stanisławów). Wogóle z poprzednio wykazanymi przybyło Towarzystwu od N. Roku 1903 trzydziestu trzech nowych członków.

III. Do »Kasy pogrzebowej« przy Tow. samopomocy lekarzy zgłosiło się zaraz w pierwszym tygodniu po rozesłaniu zawiadomienia o projekcie utworzenia jej 100 członków, przeto w myśl regulaminu Kasa pogrzebowa dla członków Tow. samop. lek. została obecnie otwartą. Mimo tego pożądane są dalsze zgłoszenia, gdyż im większą będzie liczba członków, o tyle większe będą świadczenia. Deklaracye na rozesłanych poprzednio blankietach przysyłać należy do sekretaryatu Tow. samop. lek. w Krakowie ul. Sławkowska 31.

IV. Komisya organizacyjna, wybrana przez wiec lekarzy lwowskich na których czele stoi jako prezes prof. Dr. Ziembicki, mając polecone opracowanie jeszcze w ciągu bieżącego miesiąca planu organizacyi wszystkich lekarzy w kraju, uchwaliła na ostatniem swem posiedzeniu, aby przedewszystkiem dążyć do oparcia organizacyi na istniejących już związkach organizacyjnych. W tym celu zaprosiła Towarzystwo samopomocy na wstępną konferencyę, która odbyć się ma we Lwowie dnia 14 czerwca b. r. Przedmiotem obrad, w których wezmą udział delegaci Wydziału Tow. samop., będzie omówienie potrzebnych zmian w statucie i dotychczasowej organizacyi Towarzystwa tak, aby działalność swą rozciągnąć mogło na cały stan lekarski w Kraju. Jest to myśl, która od samego początku istnienia Tow. samopomocy przyświeca jego założycielom, a która dotychczas z powodu obojętności części kolegów ziszczoną być nie mogła. Inicyatywę więc, w tym duchu podjętą teraz przez lekarzy lwowskich, wita Tow. samopomocy nader sympatycznie, a Wydział jego dołoży starań, aby jedynie racyonalne i skuteczne połączenie się wszystkich lekarzy naszych w jedną silną organizacyę jak najprędzej do skutku przyjść mogło.

Dr. Langie, I sekretarz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, na wniosek przewodniczącego, uchwalono jednomyślnie wyrazić Radzie m. Krakowa podziękowanie za bezpłatne odstąpienie gruntu pod dom własny Towarzystwa. Następnie, po przedstawieniu chorego przez kol. Dr. Spirę i demonstracyi okazów anatom. przez kolegów: Prof. Ciechanowskiego i Dr. Glińskiego, odbył się odczyt kol. Dra. Frączkiewicza «O hedonalu«.

* „Wien. Ztg" ogłasza nominacyę Dr. Wład. Kohlbergera na dyrektora Zakładu obłąkanych w Kulparkowie.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego Dr. Tad Teodorowicza ze Stanisławowa do Lwowa.

* Rada administracyjna fundacyi hr. Skarbka mianowała lekarzem Zakładu sierót i starców w Drohowyżu Dr. Czesława Waligórskiego.

* W Berlinie zmarł Dr. Sachs, bakteryolog wiedeński, który pracował nad bakteryologią i seroterapią dżumy. Krótka choroba miała od pierwszej chwili zdradzać objawy ciężkiego zakaźnego zapalenia płuc tak, że odrazu podejrzywano dżumę płucną i odosobniono chorego oraz najbliższe jego otoczenie. Sekcya miała potwierdzić rozpoznanie dżumy.

* Między 20 a 26 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (4 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (3 gm.), drohobyckim (4 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (3 g.), jaworowskim (5 gm.), limanowskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadwornianskim (1 gm.), peczeniżyńskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), przeworskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnowskim (2. gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (4 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XX (17—23—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 14 (5 zam.), z zapalenia płuc 10 (4 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 5 (2 zam.), z cholery niemowląt 8 (1 zam.).

* »Wiener Allg. medic.« Zeitung donosi, że zgromadzenie delegatów Izby morawskiej postanowiło 14 głosami przeciw 4 podzielić tę Izbę na dwie sekcye: niemiecką i czeską i poleciło wydziałowi poczynić w tym celu odpowiednie kroki.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Hnátek mian prof. nadzwyczajnym polikliniki w Pradze. Prof. nadzwyczajny, Dr. Mosso, został mian. profesorem zwyczajnym farmakologii w Genui. Dr. Bézy — profesorem kliniki pedyatrycznej w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: Aleksy Sawicki l. 42; Aleksander Rusiecki l. 39, oba lekarze w wojsku rosyjskiem. W Wilnie zakończył życie Dr. Piotr Zajączkowski, licząc lat 50.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Robin: O wymiotach krwawych u tabetyków. Winiarski i Żenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie (c. d.). Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (c. d.). Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (ciąg dalszy).

— *Medycyna* Nr. 22. Maliniak: O wiciowcach w zawartości żołądka. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 6. Lewin: Walka z gruźlicą za pomocą sanatoryów ludowych swojskich. J. Jaworski: Klinika i pracownia klin. (dok.). Żurakowski: O pracowniach szpitalnych. Bieliński: Założenie Wydziału Lekarskiego w Warszawie.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Stock: O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy (c. d.). Doskař: Připad rychlého oslepnuti u tabesu (dok.). Katholický: Přispěvky k poznani dědičnosti tuberkulosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 43. Barth i Michaux: Wstrzykiwania do pęcherza a prątek ropy błękitnej. Matton: Salies-de-Béarn — uzdrowisko kobiece.

— Nr. 44. Widal: Rozpoznawanie krwotoku opon mózgowych. Imbert: Choroby dróg moczowych. Sztuciec z narzędziami lekarza praktycznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Israel: Porażenie rdzenia wywołane mięsako-chrzęstniakiem trzonu VI kręgu piersiowego. Wyleczenie na drodze operacyjnej. Reckzech: O ciałkach Löwita w jądrach limfocytów i przy myelemii. Boas: Leczenie przewlekłego nieżytu kiszki grubej. Kaminer: Czy odczyn glikogenowy limfocytów ma znaczenie dla teoryi Miecznikowa. Senator: Rozpoznawanie schorzenia i wydolności nerek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 23. Escherich: Skuteczność surowiczego leczenia płonicy w wiedeńskiej klinice pedyatrycznej. Neurath: O jednym do tej pory nieuwzględnianym objawie krzywicy. Swoboda: Przypadek wzrostu karlego na podstawie niedorozwoju chrząst owego. Schlöss: Przypadek paranoi dziecięcej. Teich: Nowy prosty opatrunek przy szczepieniu ochronnem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Czerny: Martwica pęcherzyka żółciowego. Kehr: Chirurgiczne leczenie niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej kamieniem lub guzem. Clemens: Przypadek zrostu osierdzia wyleczony operacyą Talmy. Habs: O zastoju Biera. Amberger: Kazuistyka kikutów podudzia nadających się do oparcia na szczudle. Bezold: Opis 4-ch przypadków operacyjnych z zakresu otyatryi: dwa nowotwory, 1 masa gipsowa w przewodzie usznym i 1 żółciołojak z ogniskiem ropnem i opuszczeniem się ropy do grzebienia łopatki i do obojczyka. Heermann: Ostra martwica wyrostka sutkowego i kości skalistej po płonnicy. Hansen: Przypadek przebiegu tętnicy szyjnej wewn. przez jamę bębenkową. Riedel: Przypadek śmiertelnej rany zadanej kopytem końskim. Rahn: Modyfikacya O' Dwyerowskiego rozszerzadła ust.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: Beitrag zur Lehre von der „Anaemia perniciosa progressiva idiopathica". Dobrowolski St.: 1) Flora pochwy fizyologicznej. 2) O cytotoksynie łożyskowej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ciechanowski będzie miał odczyt p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15 202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej.

RokL XII. Kraków 20 Czerwca 1903. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Rzadki przypadek zatoru tętnicy głównej w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. med. Zenon Orłowski,

ordynator kliniki.

Zator tętnicy głównej występuje tak rzadko, że każdy nowy przypadek zasługuje na szczegółowy opis, gdyż tylko tą drogą dojdzie się do dokładnego zbadania patogenezy i klinicznego obrazu tej sprawy chorobowej. Wychodząc z tego założenia, podaję opis przypadku zatoru tętnicy głównej, który miałem możność spostrzegać w przebiegu duru brzusznego.

D. 25 lutego 1902 r. przybył do kliniki lekarskiej *W...k*, liczący lat 22, użalając się na ogólne osłabienie, ból głowy i gorączkę. Zachorował przed 4 dniami. Przy badaniu nie znalazłem żadnych zmian osobliwych oprócz podniesionej ciepłoty (39,2° C.) i rozwolnionego stolca. W dniach następnych ciepłota utrzymywała się ciągle podniesioną o torze stałym.

D. 2/III wśród wysokiej ciep. wystąpiła na skórze tułowia różyczka i stwierdzono obrzmienie śledziony, jednocześnie wystąpił ogólny stan durowy. Nie ulegało więc wątpliwości, że chory zapadł na dur brzuszny. W dalszym przebiegu występował głównie na pierwszy plan ciężki stan durowy. Tętno było wciąż miarowe, 100—115 na minutę tony serca czyste; ciepłota wynosiła 39°—40° C.

9/III (15-ty dzień choroby). Ciepłota 40--39·6° (wiecz.), tętno 110, prawidłowe, o słabem napięciu; granice przytłumienia serca nie zmienione. Ciężki stan durowy trwa dalej. Chory skarży się na silną bolesność brzucha przy obmacywaniu podbrzusza w linii środkowej; brzuch wzdęty, stolców 2 dziennie. O godzinie $4^1/_2$ popołudniu wystąpiły nagle wstrząsające dreszcze, chory posiniał, tętno stało się bardzo przyśpieszone, przeszło 150 na minutę, ledwo wyczuwalne. Podobne napady powtórzyły się jeszcze o godzinie 6-tej i 9-tej wieczorem. Czynność serca podniecono kamforą, lecz jednocześnie wystąpiły silne bole w obydwóch kończynach, którym towarzyszyło uczucie mrowienia i zlodowacenia.

10/III. Chory przytomniejszy, tylko skarży się na zupełny bezwład obydwu kończyn dolnych. Kończyna lewa, a w znacznie mniejszym stopniu prawa, zimna i blado-sina, zwłaszcza w części udowej; w kończynie lewej liczne wynaczynienia wzdłuż żyły podskórnej odgoleniowej; odruchy skórne i ścięgniste na obydwu kończynach, również czucie skórne — zniesione; tętno w tętnicach udowych nie wyczuwalne wcale; w pachwinie lewej wyczuwa się nadzwyczaj bolesny sznurek na przestrzeni 5—6 ctm. Brzuch wzdęty, tkliwy, zwłaszcza niżej pępka w okolicy wzgórka *(promontorium)* w linii środkowej. Śledziona bardzo bolesna; tętno 114, miarowe, aczkolwiek bardzo słabe; tony serca nadzwyczaj głuche. Cewnikiem wydobyto z pęcherza 220 ctm. sz. moczu, zabarwionego na czerwono od znacznej domieszki krwi. Stolec nastąpił po lewatywie. Ciepłota 38,4° C.—38,3° C.

11/III. Chory przytomny, uskarża się na bole w dolnej części brzucha. Stopa lewa i dolna $^1/_3$ goleni lewej zupełnie zimne, bardzo blade; wyżej sinica. Stopa prawa i goleń mniej zimne i mniej blade; tętna w tętnicach obwodowych wciąż wyczuć nie można. Tętno 122, słabe. Stolec 1 po lewatywie. Moczu wydobyto cewnikiem w ciągu doby 800 ctm. sz. o ciężarze właściwym 1,019. Ciepłota 38.4°—38,3° C.

12/III. Tętno 126, bardzo słabe. Wynaczynienia w okolicy udowej po stronie lewej znacznie większe; udo prawe daleko cieplejsze, niż dnia poprzedniego. Ciepłota 38,6—38,1° C.

O godzinie 3-ciej po południu wystąpiły objawy obrzęku płuc, a o godzinie 4-tej 35 minut z rana 13/III chory skończył życie.

Z wyżej w krótkości opisanego przebiegu choroby widzimy, że u chorego nagle powstały w 15-tym dniu choroby silne bole w obydwu kończynach dolnych, następnie zupełny bezwład czuciowy i ruchowy kończyn dolnych; było więc oczywistem, że dopływ krwi do obydwu kończyn dolnych ustał odrazu i jednocześnie; wszystko to przemawiało za zamknięciem światła naczynia, wspólnego dla obydwóch kończyn, t. j. tętnicy głównej. Miejsce zatkania tętnicy należało przypuszczać w dolnej jej części, przynajmniej niżej odejścia dolnej tętnicy krezkowej, gdyż nie było żadnych objawów ze strony jelit, które zwykle towarzyszą zamknięciu światła tego naczynia. Należało przypuszczać zatkanie i niżej położonych naczyń do tętnic udowych, za czem przemawiał brak tętnienia w tych tętnicach i wyczuwaluy w kształcie bardzo bolesnego sznurka zakrzep po stronie lewej. Nagłe wystąpienie wszystkich tych zjawisk wskazywało na to, że mieliśmy do czynienia z zatorem tętnicy, nie zaś z zakrzepem. Uznawaliśmy więc w naszym przypadku zator tętnicy głównej z zakrzepami w tętnicach niżej leżących; zakrzep w lewej tętnicy udowej schodził niżej więzadła Pouparta, w prawej zaś kończył się nieco ponad niem.

Pozostawało jeszcze do rozwiązania pytanie, jaka okoliczność spowodowała w naszym przypadku zator tętnicy głównej? Dawniejsi klinicyści (Griesinger, Liebermeister) tłómaczyli powstanie zakrzepów i zatorów w durze brzusznym osłabioną czynnością serca i uznawali te zakrzepy za „marantyczne“. W nowszych czasach większość klinicystów dopatruje przyczyny tych powikłań w zapaleniu śródsierdzia, występującem często w przebiegu duru brzusznego, jak to wykazali Stokes, Hayem, Potain i inni[1]). Znamienną cechą omawianych zatorów jest ich mnogość i jednoczesne występowanie w różnych częściach układu tętniczego. Leyden[2]) wbrew przytoczonym zapatrywaniom większości klinicystów sądzi, że samem tylko zapaleniem śródsierdzia nie można wytłómaczyć tworzenia się zakrzepów. Zaznacza on, że zatory trafiają się i w innych ostrych chorobach zakaźnych, przebiegających czasami nader łagodnie, bez żadnych powikłań ze strony serca; występują one zwykle w późnych okresach choroby, lub nawet podczas zdrowienia. Prof. Leyden tłómaczy te przypadki zwiększonym rozpadem krwinek białych, których liczba znacznie się zwiększa podczas choroby i zmniejsza się w okresie zdrowienia. Wsku-

tek tego we krwi nagromadzają się wytwory rozpadu, które mogą, według jego zdania, sprzyjać krzepnięciu krwi

Wątpić jednak należy, ażeby takie zapatrywanie można było zastosować do wszystkich chorób zakaźnych, przedewszystkiem zaś do duru brzusznego lub odry, którym, jak wiadomo, towarzyszy hipoleukocytoza (Ehrlich). Tworzeniu się zatorów, względnie zakrzepów, w przebiegu duru brzusznego sprzyjają bardzo sprawy zapalne w tętnicach, opisane przeważnie przez badaczy francuskich (Taupin, Vulpian, Landouzy, Barié i inni). Sprawy zapalne występują najczęściej w tętnicach o rozmiarach drobnych, lub średnich, jakkolwiek nieraz ulegają im i duże naczynia; najczęściej schorzenie to występuje w tętnicy prawej kończyny dolnej, zwłaszcza w tętnicy goleniowej tylnej. Zapalne te sprawy w tętnicach występują zwykle w późnym okresie duru brzusznego. Zwracając się teraz do naszego przypadku, musimy przyznać, że zapalenie śródsierdzia, aczkolwiek i w słabym stopniu, nie ulegało wątpliwości; oprócz tego można było podejrzywać zapalenie tętnicy głównej zstępującej, na co wskazywała silna bolesność w środkowej linii podbrzusza. Za przyczynę więc zatoru w naszym przypadku można było przyjąć utworzenie podczas zapadu zakrzepu w sercu wskutek sprawy zapalnej w śródsierdziu. Gdy następnie czynność serca wzmogła się, zakrzep przemknął do tętnicy głównej i zatrzymał się w dolnej jej części wskutek zapalenia wewnętrznej warstwy *(intimae)* tętniczej w tem miejscu, lub wprost dlatego, że był za duży względem światła naczynia.

Przechodzę teraz do protokółu sekcyi, która była wykonana dnia 14-go marca przez prosektora kolegę Korowina: Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego. Czaszka o typie średniomiarowym (mesocefalicznym); kości sklepienia czaszki miernej grubości; opona twarda grubości prawidłowej, w krew bardzo zasobna, miernie napięta. Opona miękka nieco obrzękła, oddziela się od mózgowia; naczynia jej przepełnione krwią. Komory boczne zawierają około łyżeczki od kawy płynu przejrzystego. Substancya mózgowia miernie zbita, obfituje w krew, nieco obrzękła. Naczynia podstawowe mózgu bez żadnych zboczeń. W worku osierdziowym około dwóch łyżek stołowych płynu przejrzystego, barwy żółtawej. Długość serca 10 ctm., szerokość 10,5 ctm. Zastawki i ujścia nie przedstawiają zmian. W koniuszku serca skrzep wielkości gołębiego jaja, zabarwiony brunatno; skrzep trzyma się na szypule między beleczkami; oprócz niego w lewej komorze znajduje się jeszcze kilka skrzepów wielkości ziarnka grochu. Mięsień sercowy zwiotczały, szarobrunatny. Grubość ściany komórki prawej 3, lewej 9 mm.

Jamy opłucnowe płynu nie zawierają. Płuca wolne, tkanka ich obfituje w krew, obrzękła, wszędzie powietrzna. Błona śluzowa oskrzeli nieco przekrwiona. Gruczoły zaoskrzelowe wielkości miernej, barwy szarołupkowej; śledziona nieco powiększona, zwiotczała, barwy blado-czerwonej z odcieniem brunatnym; przy brzegu tylno-dolnym zawał wielkości jaja gołębiego, barwy żółtawej; miazga zeskrobuje się w znacznej ilości; beleczki ledwie widoczne. Nerki nieco powiększone, torebka schodzi z łatwością; miąższ wiotki, barwy szarawej; nerka lewa miejscami pokryta zawałami barwy ciemno-czerwonej i żółtawej, wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. Drogi moczowe zboczeń nie przedstawiają. Wątroba miernych rozmiarów, miąższ jej wiotki, barwy szarawo-gliniastej; granice zrazików zamazane. Torebka pokryta drobnemi wybroczynami. Przewody żółciowe bez zmian. Błona śluzowa żołądka pokryta śluzem, nieco zabarwiona na szaro-łupkowo. W dolnej części jelita biodrowego na przestrzeni 1 metra i w jelicie ślepem — kępki Peyera i pojedyncze grudki obrzmiałe; na niektórych z nich drobne owrzodzenia. Gruczoły krezkowe nieco powiększone i przekrwione. Dolny koniec tętnicy głównej na przestrzeni 3 ctm., obydwie tętnice biodrowe wspólne, wewnętrzne i zewnętrzne, tętnica podbrzuszna i lewa tętnica udowa na całej przestrzeni do wyjścia z niej tętnicy udowej głębokiej i na 3 ctm. niżej, dalej tętnica udowa głęboka na przestrzeni 4 ctm., tętnica sromna wspólna lewa i zewnętrzna połowa tętnicy nerkowej lewej są zupełnie wypełnione skrzepami barwy brunatno-czerwonej. Tętnica główna nieco węższa, średnica dolnej jej części równa jest średnicy małego palca; na błonie wewnętrznej gdzieniegdzie zmiany miażdżycowe. Trzustka obfituje w krew. Rozpoznanie: *Typhus abdominalis. Infarctus lienis et renis sinistri. Thrombus partis inferioris aortae, aa. hypogastricarum, iliacarum ext. et inter., art. pudendae communis sinistrae art. femoralis sinistrae, art. profundae femoris sinistrae et art renalis sinistrae. Thrombus parietalis ventriculi cordis sinistri.*

Sekcya więc potwierdziła rozpoznanie zatoru tętnicy głównej i wykazała, że przyczyną jego był zakrzep w komorze lewej, który się utworzył podczas osłabienia czynności serca, dotkniętego zapaleniem śródsierdzia. Zatrzymaniu się zakrzepu sprzyjała ta okoliczność, że dolna część tętnicy głównej zstępującej była nadzwyczaj wązką.

Przypadek nasz jest interesujący i z tego względu, że zator i zakrzep (w sercu) utworzyły się stosunkowo wcześnie, mianowicie w 15-tym dniu choroby, gdy zwykle zatory w chorobach zakaźnych rozwijają się daleko później, nawet w okresie zdrowienia chorego. Okoliczność ta wyróżnia nasz przypadek od jedynego dotąd opisanego przypadku zatoru tętnicy głównej w durze brzusznym, spostrzeganego przez Forguesa [3]), w którym zator rozwinął się w 44-tym dniu choroby, gdy chory był już uważany za wyleczonego.

Zamknięcie światła tętnicy głównej jest sprawą bardzo rzadką: najczęściej usadawia się u podziału tej tętnicy na tętnice biodrowe. Zatkanie tętnicy występuje tu przeważnie wskutek zatoru i tylko niekiedy wskutek zakrzepu. Podobnych przypadków zatoru tętnicy głównej dotychczas naliczamy w piśmiennictwie około 35: Th. Goodissona [4]), Romberga [5]), Lebreta [6]), Benneta [7]), Simpsona [7]), Legrouxa [8]), Gulla [7]), van Brownego [9]), Gnadfellowa [10]), Hulkego [7]), Virchowa [7]), Hjelta [7]), Pozziego [10]), Pollacka [7]), Futschoka [12]), Chvosteka [13]), Lauensteina [14]) (2 przyp.), Bariégo [15]), Desnosa [16]), Forguesa [3]), Deroyera [17]), Bariéa i du Castela [18]), Boccheriniego [7]), Cammareriego [7]), Pricea (dwa przyp.) [19]), Seltera [7]), Bella [20]), Jürgensa [21]), Helhinga [22]), Charriera i Aperta [23]), Heiligenthala [9]), Bührera (2 przyp. [24]) — razem więc z naszym przypadkiem 36. W znacznej większości przypadków zator tętnicy głównej wikła choroby serca, zwłaszcza zaś zwężenie lewego ujścia żylnego. Istotnie na 36 spostrzeganych przypadków 21 dotyczy chorób serca, w tej liczbie 13 zwężeń lewego ujścia żylnego; reszta 8 przypadków odnosi się do zapalenia śródsierdzia, wsierdzia, tętniaka tętnicy głównej i wre-

szcie najrzadziej w tej etyologii spotykamy miażdżycę tętnic (w której częściej się zdarzają zakrzepy). Po schorzeniach serca drugie miejsce zajmują ostre choroby zakaźne, mianowicie: 2 przypadki w durze brzusznym, 2 w róży, 1 w zapaleniu płuc włóknikowem, 2 w posocznicy popołogowej, 1 w posocznicy pooperacyjnej; wreszcie ostatnie miejsce zajmują nowotwory, zapalenie nerek i t. d. W 4 przypadkach (Gall, Chvostek, Derayer, Bell) sekcyi nie wykonano; tam, gdzie ona odbyła się, w sercu znaleziono zakrzepy. Na podstawie wszystkich dotąd znanych 36 przypadków kliniczny obraz choroby przedstawia się, jak następuje: nagle i jednocześnie występują w obydwu kończynach, a czasami i w miednicy silne bóle, z którymi prawie jednocześnie pojawia się obustronne porażenie czuciowe i ruchowe; objawy te niekiedy poprzedza przeczulica, uczucie mrowienia, zimna w kończynach i drgawki. Przy badaniu chorego uderza oprócz obustronnego porażenia bladość kończyn dolnych i sine plamy, występujące często na biodrach i goleniach. Ciepłota kończyn dolnych spada do 20—22° C. Obrzęku może nie być, jeżeli sprawa nie wikła się z zamknięciem światła żył, najczęściej żyły udowej, lub podskórnej odgoleniowej. Tętnienie w tętnicach kończyn dolnych znika zupełnie. W rzadkich przypadkach, jak to było i w naszym, tętnica udowa wyczuwa się w kształcie nadzwyczaj bolesnego powrózka, zwłaszcza po stronie lewej, po której zakrzep w większości przypadków rozprzestrzenia się daleko niżej, niż po stronie prawej; wskutek tego krążenie uboczne po stronie prawej rozwija się częściej. Odruchy skórne i ścięgniste znikają zupełnie; niekiedy występuje niemożność zatrzymania moczu i kału; zdarza się i naodwrót, że pęcherz wskutek porażenia mięśnia wypieracza moczu nie wypróżnia się. W znacznej większości przypadków światło tętnicy głównej zamyka się w samej części dolnej, niżej odejścia tętnicy krezkowej tak, że zakrzep zwykle zajmuje przestrzeń 3—6 ctm. Jeżeli zakrzep zamyka oprócz tego jeszcze światło i dolnej tętnicy krezkowej, to do wyżej opisanego obrazu klinicznego dołączają się objawy jelitowe, jak krew w stolcach i t. d. (przypadek Jürgensa [21]), Malbranca [25]).

Rozpoznanie zatoru tętnicy głównej nie jest trudne: różniczkowe rozpoznanie zatoru od zakrzepu polega na tem, że zakrzep rozwija się powoli tak, że nieraz zostaje nierozpoznanym; wszystkie objawy występują również pomału i stopniowo, porażenia mogą nawet nie wystąpić, jeśli wytworzy się krążenie uboczne (przypadki opisane przez Dupoya [26]), Duncana [27]), Leydena [28]) i t. d.).

Rokowanie w zatorze tętnicy głównej jest bardzo poważne, gdyż sprowadza on szybko zgorzel jednej lub obydwu kończyn. Jeżeli zator nie wikła się z zatkaniem żył, zgorzel przebiega bez obrzmienia kończyn. Zejście śmiertelne następuje w różnych okresach czasu, od 24 godzin do kilku miesięcy (w przypadkach Boccheriniego po $2\frac{1}{2}$ miesiącach; w przypadkach Seltersa po 6-ciu miesiącach). Szybki przebieg sprawy tłómaczy się tą okolicznością, że zator rozwija się najczęściej w tym okresie, w którym serce jest już osłabione, jako następstwo tej lub innej przyczyny chorobowej; wskutek tego serce nie jest w stanie pokonać nowej przeszkody i krwiobieg nie może rozwinąć się z należytą szybkością. W piśmiennictwie dotychczas są opisane zaledwie dwa przypadki Gulla [7]) i Chvosteka [13]), w których krwiobieg uboczny rozwinął się w dostatecznym stopniu i chorzy wyzdrowieli. Krążenie krwi rozwija się najczęściej przez tętnicę sutkową wewnętrzną i tętnicę nadbrzuszną dolną, dalej przez tętnicę biodrowo-lędźwiową i tętnicę okrążającą biodra. W tych przypadkach tętnica sutkowa wewnętrzna i tętnica nadbrzuszna dolna rozszerzają się znacznie i tętnią wyraźnie (przypadki Pawera [29]), Jeana [30]), Berand-Jordana [31]), Charriera i Aperta [23]) etc.). W naszym przypadku krwiobieg okolny widocznie zaczął się rozwijać na kończynie prawej; tem tłómaczy się ta okoliczność, że kończyna ta już nazajutrz po zatorze była znacznie cieplejszą.

Leczenie zataru tętnicy głównej jest objawowe (środki kojące i podniecające).

Ze zjawisk, towarzyszących zatorowi tętnicy głównej, zwraca na siebie uwagę porażenie obustronne *(paraplegia)*. Pierwszy Stenson [32]) na podstawie doświadczeń, dokonanych na „canis carcharia", wygłosił w roku 1667 zdanie, że przyczyną porażenia obustronnego jest niedokrewność rdzenia kręgowego. Wbrew temu poglądowi wygłosił Haller [32]) prawie o 100 lat później zdanie, że porażenie obustronne występuje wskutek niedokrewności mięśni i zakończeń nerwowych, nie zaś rdzenia pacierzowego. Kwestyę rozstrzygnęły ostatecznie nowsze badania drobnowidowe rdzenia, przeprowadzane przez Ehrlicha i Briegera, Heitera, Helbinga [22]) (jedyne badanie na człowieku) i wreszcie przez Pussépa [32]) na królikach. Badania te wykazały, że w rdzeniu pod wpływem zatkania tętnicy głównej bardzo szybko powstają znaczne zmiany, mianowicie rozpad włókien rogów przednich, przednich i przedniobocznych sznurów, pęczków móżdżku, pęczków Golla. zanik substancyi szarej itd. Zmiany te wywołują porażenia kończyn dolnych i zaburzenia czynności pęcherza moczowego, oraz kiszki prostej. Należy jednak zaznaczyć, że niektórzy klinicyści (Leyden, Selter, Jürgens, Heiligenthal, Bührer) pozostają dotychczas przy zapatrywaniu Hellera, uważając omawiane porażenia za powstające na drodze niedokrewności mięśni i zakończeń nerwowych.

Piśmiennictwo. 1) Brouardel i Thoinot: Dur brzuszny. Tłomaczenie rosyjskie, r. 1798. 2) Leyden: Deutsche medicinische Wochenschrift 1892, Nr. 45. 3) Forgues: Recueil de mémoires de medecine et de pharmacie militaires XXXVI, str. 387. 4) Th. Gaadissan: Według Meynarda: These de Paris 1883 r. 5) Romberg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen 1857. I, str. 722. 6) Lehret: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1849, str. 138. 7) Według Seltera: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1791 r. XXXII str. 541. 8) Legroux: Gazette hebdomadaire, 1856 r., str. 772. 9) von Browne: Według Heiligenthala: Deutsche medicinische Wochenschrift, 1798 r. XXIV, Nr. 33. 10) Według Schmidt's Jahrbücher t. 131, str. 349 11) Pozzi: Bulletin de la Société anatomique, 1872). 12) Futschek: Według Virchow's Jahresbericht, 1873. 13) Chvostek: Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, 1876. 14) Lauenstein: Deutsches Archiv für klinische Medicin, T. XVII u. XVIII. 15) Barré: Bulletin de la Société anatomique, 1876. 16) Desnos: Bulletin de l'Académie de médecine, 1876. 17) Derayer: Gazette des hôpitaux. 1881 r. 18) Barré et du Castel: Archives generales de médecine, 1881 r. 19) Price: Według Virchow's Jahresbericht. 1887 r. 20) Bell: *Ibidem*, 1896 r. 21) Jürgens: Münchener medicinische Wochenschrift, 1894. 22) Helbing: Deutsche medicinische Wochenschrift, 1896. 23) Charrier i Apert: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1896. 24) Bührer: Münchener medicinische Wochenschrift, 1901 r. Nr. 15. 25) Malbrave: Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1876 r. T. XVIII. 26) Dupuy: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1872 r. 27) Według Barre et du Castel. 28) Leyden: Verein für innere Medicin, 19/XI 1896 r. 29) Rawer: Według Chvostka. 30) Jean: Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1899 r. 31) Według Virchow's Jahresbericht 1890 r. 32) Według Pussepa. Newrołogiczeskij Wiestnik, 1902 r. T. X, 2.

II. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

(Dokończenie).

W pracy pod tyt. „Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych", ogłoszonej w Księdze jubileuszowej Dr. T. Dunina, wyprowadza Mutermilch [1]) na podstawie własnego przypadku i krytycznego rozbioru innych prac zasady, jakiemi powinniśmy się kierować w celu należytej oceny mlecznych płynów, otrzymanych z surowiczej jamy otrzewnej, opłucnej lub osierdziowej. Zasady te możemy zastosować z małemi zmianami i w naszym przypadku, gdzie chodzi o rozpoznanie natury moczu mlecznego.

Mutermilch przyjmuje Quinckego podział wysięków mlecznych na 1) *hydrops chylosus* i 2) *hydrops adiposus*. Podział ten posłużył później Senatorowi za podstawę do podziału moczów mlecznych na mleczomocz *(chyluria)* i tłuszczomocz (*adiposuria). Hydrops chylosus* zawdzięcza swe pochodzenie wylewowi względnie przesiąkaniu mlecza z przewodu piersiowego lub naczyń chłonnych; *hydrops adiposus* jest wyrazem stłuszczenia morfologicznych pierwiastków wysięku. Różniczkowanie tych dwóch płynów opiera Quincke na obrazie drobnowidowym; późniejsi autorowie (Senator, Straus, Minkowski, Bargebuhr, Rotmann) uciekają się prócz tego i do rozbioru chemicznego, oraz wyniku doświadczeń nad przechodzeniem tłuszczów pokarmowych do płynów badanych.

Główne wyniki pracy Mutermilcha są następujące.

I) Obraz mikroskopowy: 1) Najbardziej charakterystyczną dla płynów mleczowych jest obecność drobniutkich ziarenek tłuszczowych, w postaci jakby pyłków, o żywych ruchach drobinowych. „Ziarenka większe znajdują się w ilości nadzwyczaj skąpej, a wyraźne kropelki tłuszczowe chyba tylko wyjątkowo".

2) Ilość pierwiastków komórkowych jest bardzo skąpa.

3) Jakość pierwiastków komórkowych: limfocyty i pojedyncze krwinki czerwone.

II) Rozbiór chemiczny: 1) Ilościowe oznaczenie białka jest dla rozpoznania prawie bez znaczenia.

2) Bez znaczenia jest też oznaczenie cukru gronowego.

3) „Wejrzenie tłuszczu, jego punkt topliwości i temu podobne własności ogólne, zależne od rodzaju spożywanych pokarmów, nie dadzą się dotychczas zużytkować w interesującej nas kwestyi".

4) Pierwszorzędne znaczenie ma oznaczanie tłuszczu w badaniach porównawczych, po dyecie zwykłej i tłuszczowej.

Większa część tych wniosków opiera się na zgodnych spostrzeżeniach licznych autorów; wolno nam tedy przyjąć je bez zastrzeżeń. Do reszty (I 3, II 2) powrócimy niżej, tu zaś zaznaczamy tylko, że zgadzają się one w zupełności z wynikami naszych badań.

Jeżeli zastosujemy skalę wymagań Mutermilcha do naszego przypadku, to przekonamy się, że badane przez nas mocze mleczne zawierają wszystkie cechy płynów mleczowych, zawdzięczających swe pochodzenie domieszce mlecza. Pod względem chemicznym wykazaliśmy stałą obecność białka i tłuszczu, a porównawcze ilościowe oznaczanie tłuszczu przekonało nas o szybkiem przechodzeniu tłuszczów pokarmowych do moczu. Pod względem drobnowidowym mocze nasze odpowiadają w zupełności obrazom, podanym przez Mutermilcha. Wykazują one nader dokładną zawiesinę tłuszczową, obecność licznych drobniutkich ziarenek tłuszczowych, wykonujących żywe ruchy drobinowe. Kwestyę jakości pierwiastków komórkowych stawia M. na pierwszym planie. Przyznając autorowi zupełną pod tym względem słuszność, musimy jednak zwrócić uwagę na to, że odnośnie do mleczomoczu kwestyę tę uwzględnił już częściowo, niezależnie od Mutermilcha, w r. 1900 Predtetschensky [8]), podnosząc, że ciałka białe, spotykane w jego przypadku, występowały jedynie jako limfocyty, i opierając na tem dowód pochodzenia ich nie z krwi, ale z naczyń i gruczołów limfatycznych. I w naszym przypadku (p. obraz drobnowidowy) ilość pierwiastków komórkowych była nad wyraz skąpa, a spotykane leukocyty były prawie wyłącznie limfocytami jednojądrzastymi.

Co się tyczy określenia cukru gronowego w płynach mlecznych, nie przywiązuje doń Mutermilch żadnego znaczenia, ponieważ: 1) wielokrotnie spostrzegano brak cukru w płynach mleczowych, a 2) obecność cukru nie mogłaby przemawiać za naturą mleczową płynów surowiczych, chociaż „zawartość cukru w mleczu jest taka, jak i w limfie, t. j. wynosi 0,1—0,2%", a to dla tego, że podług najnowszych badań i zwykłe przesięki i wysięki zawierają cukier, a więc i w stłuszczonych wysiękach można oczekiwać obecności cukru.

Z innego stanowiska wychodzą w tej sprawie autorowie, zajmujący się mleczomoczem. We wszystkich przypadkach mleczomoczu, dotychczas opisanych, stwierdzono brak cukru, z wyjątkiem nielicznych, w których obok mleczomoczu rozwiniętą była i cukrzyca. (John Haddon, A. Morison, S. O. Habersohn, przytoczone podług Koberta [11]).

Ponieważ powszechnie przyjmowano, że cukier jest stałym składnikiem limfy i mlecza, brak cukru w mleczomoczu zdawał się być najwyraźniejszym dowodem przeciw przypuszczeniu, jakoby mleczomocz polegał na mięszaninie limfy, czy mlecza z moczem. Podkreśla to stale Senator, a podczas ciekawej dyskusyi, jaka się wywiązała na ten temat w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem w roku 1884 (z okazyi przedstawienia przez Siegmunda przypadku mleczomoczu) i Virchow podnosi brak cukru, jako dowód przeciw powyższemu przypuszczeniu [5]).

Chronologicznie przedostatnia praca o mleczomoczu Predtetschenskyego przyjmuje powyższą teoryę, ale przyznaje, że następni badacze muszą wytłómaczyć ów zagadkowy brak cukru w moczach mleczowych. I inni dawniejsi zwolennicy mleczowej teoryi albo pomijają sprawę braku cukru milczeniem, albo składają broń wobec trudności tego problematu. Jedynie Grimm [12]), a w ostatnich czasach Slosse [13]), zwolennicy mleczowego pochodzenia mleczomoczu, kują broń z braku cukru przeciw przeciwnikom owej teoryi: „......*es ist dies insoferne von Bedeutung, als auch im Chylus kein Zucker vorhanden ist, während er sich in wohl nachweisbaren Mengen in der Lymphe findet*". I byłaby to

broń poważna, gdyby przytoczone zdanie Grimma nie było — z palca wyssanem. O ile nam przynajmniej wiadomo, nic nie upoważniało go do stanowczego orzekania, że w mleczu niema cukru. Z drugiej jednak strony musimy podnieść, że sprawa obecności cukru w mleczu przez długi czas rozmaicie była przez fizyologów rozstrzygana. Jeszcze Beaunis[14]) w klasycznem swem dziele z roku 1888 pisze: „*La presence de la glycose a donné lieu à des nombreuses discussions: suivant les uns elle y existerait toujours, quelque soit le mode d'alimentation; suivant d'autres elle ne rencontrerait que dans les cas d'alimentation feculante et son proportion serait exactement en rapport avec la quantité de cette alimentation*". Ale doświadczenia na zwierzętach C. Ludwiga, Zawilskiego, Mehringa i Ginsberga, oraz spostrzeżenia Munka i Rosensteina[4]) na przetoce mleczowej u człowieka dowiodły, że: 1) w mleczu stale znajduje się cukier gronowy (około 2%) i 2) że ilość cukru w mleczu w ogólności niezależną jest od dyety; tylko, jeżeli wraz z podaniem dużych dawek cukru jednocześnie podamy zwierzętom zwiększoną ilość płynów (wody), znajdziemy w mleczu zwiększone wydzielanie się cukru (około 0·5%).

Wobec tych wyników prac sumiennych i doświadczonych badaczy, — nie wolno nam już dzisiaj wątpić w obecność cukru gronowego w świeżym mleczu, i musimy zastanowić się nad pytaniem, czy możliwem jest, aby mleczomocz polegał na mięszaninie mlecza z moczem, skoro w mięszaninie tej nigdy cukier nie występuje. Otóż jeżeli uwzględnimy, że wielokrotnie spostrzegano w płynach niewątpliwie mleczowego pochodzenia (wylewy mlecza do jam surowiczych wskutek pęknięcia pod wpływem urazu, lub guzów, ścianek przewodu piersiowego), brak cukru gronowego, pozostanie nam raczej rozstrzygnąć kwestyę, dlaczego cukier nie daje się wykryć w mleczowych płynach, niż podawać w wątpliwość zkądinąd nie ulegającą wątpliwości teoryę.

Brak cukru w mleczowych płynach starano się też wytłómaczyć w rozmaity sposób.

Z tłómaczeń tych najbardziej może zasługuje na uwagę przypuszczenie, które przytaczamy za Mutermilchem podług Richeta, obecności glikolitycznego fermentu, dzięki któremu cukier szybko znika przy zwykłej ciepłocie. Dla jam surowiczych wydaje się nam też bardzo prawdopodobnem objaśnienie Bayera[1]). Sądzi on, że w razie dłuższego istnienia wylanego płynu mleczowego w jamach surowiczych cukier może uledz wessaniu, ponieważ jamy te znajdują się w bezpośredniej komunikacyi z naczyniami limfatycznemi, a w jamie otrzewnej mogą prócz tego brać udział w wessaniu korzenie żyły bramnej.

Rozpatrzmy z kolei i inne zarzuty, podnoszone przeciw tej teoryi. Najważniejsze z nich zestawił Goetze[15]), a po części i Wolff[16]). Autorowie ci podnoszą przedewszystkiem brak ciałek krwi w badanych moczach, powołując się na podobne spostrzeżenia innych badaczów. Zaznaczyliśmy już wyżej nasze stanowisko pod tym względem; przywiązujemy wagę nietylko do obecności leukocytów, ale i do ich jakości. A dodatnie wyniki naszych badań, na równi z wynikami Predtetschenskyego i innych, muszą mieć większe znaczenie, niż ujemne Goetzego i Wolffa, zwłaszcza wobec pewnych trudności, jakie pokonać trzeba przy poszukiwaniu leukocytów w tych przypadkach. A zresztą i sam Wolff przyznaje, że dostrzegał pojedyncze ciałka białe. Zupełnie niesłusznym jest zarzut, podniesiony przez autorów, jakoby ilości tłuszczów w mleczowych moczach przewyższały ilość maksymalną tłuszczu, spotykanego w czystym mleczu. Wszak zawartość tłuszczu w mleczu zależną jest przedewszystkiem od stanu trawienia pokarmów i dochodzić może podług Zawilskiego do 11%[5]).

Podnoszą dalej niektórzy i to z naciskiem, że spostrzegano kilkakrotnie w mleczomoczu zmniejszanie się ilości moczu, wydzielanego na dobę: gdyby mleczomocz polegał na mięszaninie moczu z mleczem, powinnibyśmy spotykać raczej moczenie nadmierne, niż niedostateczne. W naszym przypadku ilość moczu była mniej więcej prawidłową, prawidłową albo nawet zwiększoną była w wielu innych typowych przypadkach mleczomoczu. Ale, abstrahując nawet od tego, powinno się *a priori* przyznać, że w większości przypadków mocze mleczowe nie mogą wywoływać nadmiernego moczenia, ponieważ wydzielane bywają zaledwie raz na dobę, w ilości paruset cent. sześc. Z tego samego powodu nie należy, zdaniem naszem, przywiązywać większej wagi do wniosków, wyprowadzanych przez niektórych z ilościowego rozbioru moczów mleczowych. Zdaniem tych autorów mocz, rozcieńczony mleczem, powinien zawierać mniej składników swoistych, niż mocz prawidłowy, a tymczasem spotykamy niekiedy stosunki wprost przeciwne. Ale przypadek nasz i pod tym względem przemawia za bronioną przez nas teoryą.

W ten sposób widzimy, że najważniejsze zarzuty, podnoszone przeciw mleczowej teoryi mleczomoczu, nie wytrzymują krytyki. Nasz przypadek przemawia za nią bezwzględnie. Nader przekonywającym jest pod tym względem wynik naszego doświadczenia z jodypiną. Potwierdza ono zarazem zdanie Winternitza, że jodypina zostaje odkładaną w tkance tłuszczowej[6]). Jednocześnie wpływ podawania dyety przeważnie tłuszczowej przemawia w naszym przypadku tak wymownie, że — uwzględniając wyżej podane wyniki chemicznego i drobnowidowego badania — wypowiadamy stanowczo przekonanie: mleczomocz *(chyluria)* polega na mięszaninie prawidłowego moczu z mleczem.

* * *

Wypowiedziany powyżej wniosek wyjaśnia nam wprawdzie najbardziej uderzający objaw mleczomoczu, ale nie tłómaczy bynajmniej istoty cierpienia, nie odpowiada na pytanie, w jaki sposób i dlaczego mlecz przedostaje się do moczu?

Dla mleczomoczu pasorzytniczego odpowiedź na to pytanie nasuwa się sama przez się: nitkowiec *(filaria sanguinis)*, rozmnażając się w naczyniach chłonnych, sprowadza zaczopowanie tych naczyń, rozstrzeń, względnie pęknięcie ścianek naczyń i wylew mlecza do narządu moczowego. Wprawdzie i w przypadkach podzwrotnikowego mleczomoczu nie zawsze można było wykazać obecność pasorzyta *in vivo*, a i niektóre obdukcye dawały zupełnie wynik ujemny, ale wobec podanych wyżej wyników sekcyj Hawelburga, Ponfi-

[4]) Podług Mutermilcha, *l. c.*

[5]) p. Beaunis[14]).

[6]) Na posiedzeniu Tow. lek. w Halle nad S. podniósł Winternitz wartość podawania jodypiny dla rozpoznawania mleczomoczu (p. »Münch. med. Wochenschrift« 18—III, 1902). Jak widać z przytoczonego wyżej protokołu naszego, użyliśmy jodypiny w tymsamym celu, niezależnie od Winternitza, jeszcze w grudniu 1901 r.

cka i Kentaro-Murato i wogóle stałego występowania pasorzyta nietylko we krwi, ale i w moczu chorych, powyższa teorya zdobyła sobie dla zwrotnikowego mleczomoczu prawo obywatelstwa.

Inaczej się ma rzecz z europejskim mleczomoczem. Tu o występowaniu nitkowca niema mowy, a na obdukcyach oprzeć się nie można wobec braku przypadków, kończących się zejściem śmiertelnem. Jednakowoż analogia przebiegu choroby pozwala przypuszczać analogiczne pochodzenie. Rolę nitkowca musiałby tu oczywiście objąć albo inny pasorzyt, albo jakakolwiekbądź wogóle przeszkoda w krążeniu mlecza. Przeszkoda taka musi i tutaj wywołać rozstrzeń naczyń mleczowych, a rozstrzeń taka może spowodować w dalszym przebiegu wytworzenie się przetoki pomiędzy rozszerzonem naczyniem i jedną z części narządu moczowego.

Z podobną teoryą wystąpił też już w r. 1884 G. Siegmund[5]), a zasługuje ona zdaniem naszem na powszechne przyjęcie, gdyż — jak się przekonamy — tłómaczy wszystkie objawy mleczomoczu.

Objawy te są, jakeśmy to wyżej wspomnieli, w rozmaitych przypadkach rozmaite. I tej rozmaitości objawów musimy poświęcić bliższą uwagę, aby módz tem łatwiej wyrobić sobie zdanie co do wartości wyżej przytoczonej teoryi nietylko dla naszego przypadku, ale wogóle dla europejskiego mleczomoczu. Większość autorów opisuje mleczomocz jako objaw, występujący tylko w nocy. Tylko w przypadkach Predtetschenskyego[8]) i Kischa[17]) dzienne porcye były mleczne, a nocne (i ranne u P.) żółte, zaś Eggel[18]) podaje za Rayerem[19]), jako charakterystyczną cechę dla pory oddawania moczów mleczowych „irregularité capricieuse". W naszym przypadku mleczomocz występuje stale w nocy, albo nad ranem, i tylko pod wpływem obfitej dyety tłuszczowej udawało się nam otrzymywać i dzienne porcye mleczne.

Opierając się na przypuszczeniu, że na wydzielanie się nocnego moczu mlecznego może wpływać poziome położenie ciała, polecił Huber[20]) za przykładem S. Mackenziego (p. str. 3) swemu choremu sypiać we dnie, czego wynikiem było, że „der Tagharn wurde zum Nachtharn". Z podobnem przypuszczeniem wystąpił jeszcze w roku 1869 Eggel. Francotte[4]) dowodzi, że — przeciwnie — pionowe położenie wpływa na zwiększenie się mleczomoczu, natomiast inni autorowie żadnego wpływu położenia chorego na porę wydzielania moczu mlecznego i wogóle na przebieg mleczomoczu stwierdzić nie mogli. Pierwsza próba tego rodzaju w naszym przypadku dała zupełnie niespodziewany, ale zarazem i niezrozumiały wynik. Chory, który podług wywiadów oddaje od pięciu lat stale raz na noc biały mocz, wydziela po spędzeniu 24 godzin w łóżku przez następnych pięć dni mocz zupełnie prawidłowy. Dodać jednak musimy, że na ów przymusowy 24-godzinny spoczynek skazaliśmy chorego zaraz pierwszego dnia po przyjęciu go do kliniki dermatologicznej, do której wstąpił nie bez pewnej obawy, „czy się na nim nie będzie robiło doświadczeń". A z możliwością wpływu tej obawy musimy się liczyć, wobec tego, że niektórzy autorowie (Simoni i Sobrini, Kisch, Eggel) zwracają uwagę na bezpośredni związek pomiędzy stanem nerwów chorego, a ilością wydzielanego moczu mlecznego. Dwukrotne powtórzenie próby (dziennego spoczynku) pozostało bez wpływu na mleczomocz naszego chorego.

Jedynym czynnikiem, który w naszym przypadku stale i widocznie wpływał na ilość i jakość mleczomoczu, była — jakeśmy to widzieli — odpowiednia dyeta. Ale i pod tym względem nie wszyscy autorowie podają zgodne wyniki. Brieger[21]) nie może stwierdzić żadnego wpływu podawania zwiększonej ilości tłuszczu, jedynie dyeta, pozbawiona tłuszczów, zmniejszała wydzielanie moczu mleczowego, a Goetze[15]) nie może dopatrzyć się wogóle jakiegokolwiek wpływu dyety na przebieg mleczomoczu....

Niektórzy autorowie stwierdzają wyraźną zależność pory wydzielania moczu mlecznego od pory trawienia. W przypadku Predtetschenskyego występował mleczomocz w 3—4 godzin po przyjęciu pokarmu; większość, i my za nią, zależności tej stwierdzić nie mogliśmy.

„Irregularité capricieuse" Rayera ma podług niektórych autorów zastosowanie i w rokowaniu choroby: mleczomocz ustępuje często bez widocznej przyczyny, aby po pewnym nieokreślonym czasie — znowu bez widocznej przyczyny — powrócić na czas pewien i t. d.

Daleko idące różnice spotykamy w bliższych opisach fizycznych i chemicznych własności moczów mleczowych. Poza główną wspólną cechą — obecnością białka i tłuszczu, — mniej lub więcej mleczną barwą i dokładną zawiesiną, wybitnie występującą w obrazach drobnowidowych, — mocze te różnią się ogromnie. W kilku przypadkach uderza skłonność do występowania skrzepów, powodujących niejednokrotnie krzepnięcie moczu *in vitro* tak, że można go otrzymać w postaci galarety o kształcie naczynia. Skrzepy takie, spotykane często w pasorzytniczych mleczomoczach, opisuje dla mleczomoczu europejskiego Predtetschensky; tworzyły się one już *in vivo*, prawdopodobnie w pęcherzu, powodując napady bolów, poprzedzające oddanie moczu. Oddziaływanie moczu w naszym przypadku było zawsze wybitnie kwaśne, niektórzy autorowie podają je jako słabo-kwaśne, obojętne, a nawet alkaliczne. Huber i Bouchut zwracają uwagę na brak skłonności do gnicia moczów mleczowych; spostrzeżenie to i nam wydawało się być zgodnem z rzeczywistością. Natomiast Briegera i Eggela uderza nader szybki rozkład tych moczów.

Ilość zawartego w moczach mleczowych białka i tłuszczu, jakość tych składników, ilość soli i swoistych składników moczu, znajdujemy bodaj że inne w każdym z opisanych przypadków, a podlegające nader znacznym wahaniom w jednym i tym samym przypadku.

A i jedną z najbardziej dla mleczomoczu znamiennych cech, mianowicie wydzielanie naprzemian mleczowego i prawidłowego moczu, podają w wątpliwość Langaard i Goetze. W kilku napozór prawidłowych porcyach moczu znaleźli oni obecność tłuszczu przy jednoczesnym braku białka. Brakiem białka, utrzymującego w mlecznych moczach tłuszcz w zawiesinie, której właśnie zawdzięczają te mocze swe mleczne zabarwienie, tłómaczą L. i G. napozór prawidłowe wejrzenie badanych moczów; Goetze zaś przypuszcza, że w tensam sposób dałyby się wyjaśnić w wielu przypadkach i owa „irregularité" i regularne oddawanie naprzemian raz mlecznego, drugi raz „prawidłowego" moczu. Abstrahując od tego, że pozostałoby w takim razie do wytłómaczenia, dlaczego mocze te naprzemian zawierałyby i nie zawierałyby białka, musimy zaznaczyć, że liczne próby następnych autorów, wywołane uwagami L. i G., nie potwierdziły ich

spostrzeżeń, a i w naszym przypadku mocze „napozór“ prawidłowe, były też prawidłowymi i w rzeczywistości.

Wobec znacznych różnic w opisach mleczomoczu, jeden z autorów określił go, jako chorobę, cechującą się olbrzymią różnorodnością objawów. Ale różnorodność ta stwierdza, zdaniem naszem, przynajmniej częściowo słuszność wypowiedzianej wyżej teoryi powstawania mleczomoczu. Bo jeżeli uprzytomnimy sobie, że mamy tu do czynienia z mięszaniną moczu prawidłowego z mleczem, to nie możemy się dziwić, że mięszaniny takie wykazują znaczne różnice pod względem i chemicznym i fizycznym. W przypadkach tych musi występować na pierwszy plan skład mlecza, a skład ten musi być ze swej strony bardzo zmienny, zależnie przedewszystkiem od jakości przyjmowanych pokarmów.

Jeżeli zaś zgodzimy się na przyjęcie przetoki z naczyń chłonnych do narządu moczowego, jako drogi, którą mlecz dostaje się do moczu, to musimy przyznać, że może to mieć miejsce tylko wtedy, jeżeli przetoka ta jest drożną, t. j. z obu stron otwartą. Ewald [5]) poleca też dla wytłómaczenia sobie czasowego występowania prawidłowego moczu, przyjęcie rodzaju zastawek w przypuszczalnej przetoce: mlecz przechodzi z naczyń chłonnych i ztąd do narządu moczowego tylko wtedy, kiedy zastawki są otwarte; z chwilą zamknięcia się zastawek staje się to niemożliwem i mocz chorego, pozbawiony domieszki mlecza, nie różni się niczem od prawidłowego. Hipoteza ta wyjaśnia nam również sprawę tak często opisywanych dłuższych lub krótszych okresów „utajenia“ mleczomoczu.

A i różnorodność zdań co do wpływu położenia ciała na wydzielanie moczu mleczowego, tłómaczy się bardzo dobrze naszą teoryą. Jasną bowiem jest rzeczą, że zależnie od położenia i kierunku przetoki, raz położenie ciała poziome, drugi raz pionowe może spowodować ucisk na przetokę, i co za tem idzie jej niedrożność, a więc wydzielanie prawidłowego moczu. Zresztą odgrywa tu może główną rolę prawdopodobna różnorodność bezpośrednich przyczyn, które tworzą przeszkodę w krążeniu mleczu w przypadkach europejskiego mleczomoczu. Wobec braku obdukcyj nie mamy pod tym ostatnim względem prawie żadnego punktu oparcia i skazani jesteśmy na same hipotezy. Dobrotliwe guzy, zmiany w ścianach naczyń chłonnych, ewentualnie nieznane dotychczas pasorzyty, mogą odgrywać tu rolę nitkowca podzwrotnikowego mleczomoczu. Dotychczasowe poszukiwania pasorzytów w moczu i krwi dały wyniki wogóle ujemne. Na względnie dodatnie wyniki Wilsona [23]) i Predtetschenskyego należy się zapatrywać bardzo sceptycznie. Wilson znalazł w moczu swego chorego prątki, podobne do prątków wąglika i uważa je za swoiste dla mleczomoczu, pomimo że na sporządzonych z nich hodowlach wyrosły tylko „zwykłe koki“. Predtetschensky spostrzegł na jednym z preparatów jajeczka tasiemca karłowatego (?), sam jednakowoż przyznaje, że pomimo bardzo licznych dalszych poszukiwań więcej jajek tych nie spotkał. I myśmy szukali nader skrzętnie czegokolwiek, coby nas na ślad jakiego pasorzyta naprowadzić mogło, ale bezskutecznie. Pomimo tego nie chcemy zaprzeczać możliwości i pasorzytniczej przyczyny europejskiego mleczomoczu, a to tembardziej, że wydaje się prawdopodobnem, że i w mleczomoczu zwrotnikowym rolę nitkowca obejmują czasem inne pasorzyty [7]). Uważamy jednak conajmniej za przedwczesne twierdzenie Predtetschenskyego, że podział mleczomoczu na pasorzytniczy i nie pasorzytniczy nie ma racyi bytu.

Co się tyczy części narządu moczowego, do którego przedostaje się mlecz, wydaje się nam najprawdopodobniejszem, że jest nią pęcherz, względnie moczowody, albo miedniczki nerkowe. Gdyby przetoka otwierała się do nerki, wyniknąćby z tego musiały odmienne objawy. Pośrednicząc pomiędzy naczyniami chłonnemi i pęcherzem, musiałyby nerki wobec długiego trwania sprawy chorobowej (do 50-ciu lat) uledz poważniejszym zmianom patologicznym; wiadomo zaś, że cierpiący na mleczomocz czują się zazwyczaj zupełnie zdrowymi, a w osadzie ich moczu nie spostrzeżono dotychczas żadnych składników morfotycznych, świadczących o schorzeniu nerek.

Streszczając powyższe wywody, dochodzimy do następującego wniosku:

Mleczomocz polega na mięszaninie moczu prawidłowego z mleczem. Miejscem spotkania się tych dwóch płynów jest prawdopodobnie pęcherz, moczowody, albo miedniczki nerkowe, a komunikacyę pomiędzy tymi narządami i naczyniami chłonnemi stanowi przetoka, której wytworzenie wywołane zostało przeszkodą mechaniczną (na razie nieznanego, prawdopodobnie zmiennego pochodzenia) w krążeniu naczyń chłonnych.

* * *

W uwagach, któremi poprzedziliśmy opis naszego przypadku, zauważyliśmy, że większość autorów przychyla się w ostatnich czasach do wyżej wypowiedzianego i przez nas wniosku. Musimy jednak pomimo to poświęcić jeszcze kilka słów i innym teoryom obchodzącej nas sprawy chorobowej. „Teoryj“ takich mamy cały szereg; zatrzymamy się na najważniejszych. Rayer, Eggel, Thudichum i inni przypuszczają bezpośrednie przedostawanie się tłuszczu do nerek, a ztąd i do moczu chorych z krwi, przeładowanej tłuszczem (lipaemia). Otóż niektórzy autorowie spostrzegali rzeczywiście w przypadkach mleczomoczu drobniutkie kuleczki tłuszczu we krwi chorych. Ale we wszystkich tych przypadkach ilość tłuszczu w moczu chorych przewyższała ilość tłuszczu we krwi, a więc tłuszcz w moczu nie mógł temsamem zawdzięczać swego pochodzenia krwi.

Przypuszczenie schorzenia nerek, tłuszczowego zwyrodnienia przybłonków narządu moczowego, z którem występują rozmaici autorowie, nie wytrzymują również krytyki. Brak morfotycznych składników w moczu, brak zmian w nerkach w przypadkach podzwrotnikowych z wynikiem sekcyjnym, przemawiają przeciw temu najwyraźniej. W sposób kategoryczny zwalczają te i tym podobne przypuszczenia doświadczenia Steyskala i Franza, przytoczone w pracy Erbena [14]).

Na bliższą uwagę zasługuje teorya, przyjmująca związek pomiędzy mleczomoczem a schorzeniami wątroby. Pierw-

[7]) P. Moscato [24]) opisuje przypadek *„eustrongylus gigas“* u 40-letniej kobiety, która obok zaburzeń w układzie nerwowym cierpiała na objawy mleczomoczu; a na posiedzeniu berlińskiego Tow. lek. w roku ubiegłym przedstawił Stuertz [25]) australijczyka, cierpiącego od 7-miu lat na mleczomocz krwawy, w którego moczu stwierdzono jajka *„eustrongylus gigas“*. Prócz tego Predtetschensky przytacza M. Bordiera, który w przypadku mleczomoczu na Madagaskarze znalazł w nerce chorego tasiemca madagarskiego.

szy wystąpił z nią Goetze, z którego zarzutami przeciw teoryi mleczowego pochodzenia mleczomoczu uporaliśmy się na poprzednich stronicach. Tłuszcz, który dostaje się do moczu przez nerki, pochodzi podług Goetzego prawdopodobnie z wątroby, ponieważ w moczu chorych występuje leucyna i tyrozyna, amoniak zostaje wydzielany w zwiększonej ilości, a w dwóch przypadkach (Goetze i Senator) stwierdzono klinicznie zmniejszenie granic wątroby. Że to schorzenie wątroby nie jest przypadkowem powikłaniem, przemawiają za tem, podług Goetzego, doświadczenia jego na królikach. U zwierząt tych spostrzegał on przez czas dłuższy wydzielanie tluszczu zawieszonego w moczu, a sekcye wykazywały stale, jako jedyną anatomiczną zmianę, schorzenie wątroby (szare guzki, podobne do gruźliczych). Zupełnie niezależnie od Goetzego przerobił Chabrié [26]) na zwierzętach szereg doświadczeń, polegających na podwiązaniu jelita grubego i doszedł do wniosku, że zastój w jelitach *(rétention intestinale)* powoduje przejście tłuszczu do moczu. Podobnie ilość tłuszczu w moczu chorego, cierpiącego na uwięzłą przepuklinę, przewyższała pięciokrotnie ilość, którą można było stwierdzić u tegoż chorego po doszczętnem usunięciu przepukliny. Przypuszczając, że w tem wydzielaniu tłuszczu główną rolę należy przypisać wessaniu żółci, występuje Ch. z hipotezą, czy i mleczomocz nie jest wyrazem schorzenia wątroby. Dalsze doświadczenia Chabrié i Dissarda [27]) stwierdziły w rzeczywistości, że zatrucie żółcią wywołuje owe *chyluries et lipuries experimentales*, i na podstawie tej wyrażają Ch. i D. przypuszczenie, że zatrucie żółcią może być jedną z przyczyn mleczomoczu.

Zatrzymaliśmy się trochę dłużej nad powyższemi hipotezami Goetzego, Chabrié i Dissarda nie dlatego, abyśmy przywiązywali do nich większą wagę, ale głównie dlatego, że uważamy je za nader znamienne dla sposobu, w jaki niektórzy starają się wytłómaczyć sprawę mleczomoczu. Dla nas doświadczenia G. i Ch. i D. są tylko dowodem, że w pewnych schorzeniach wątroby, powodujących zwiększone wessanie żółci, w moczu chorych może wystąpić bądźto zawieszony, bądźto niezawieszony tłuszcz. Ale dalecy jesteśmy od nazwania tego objawu mleczomoczem. Tłuszcz w moczu, jak powszechnie wiadomo, występuje stosunkowo często, jako wynik najrozmaitszych zmian (p. Kobert [11]), ale niema to oczywiście z mleczomoczem nic wspólnego.

Główną wadą licznych teoryj mleczomoczu jest, zdaniem naszem, nieuwzględnianie tego zasadniczego punktu. Nie na całokształt tej ciekawej sprawy chorobowej, ale na jeden tylko objaw, najbardziej uderzający autorów, zwracają oni uwagę, utożsamiają „lipurygę" z „chyluryą" i wprowadzają w ten sposób chaos do i bez tego trudnej do rozwiązania sprawy pochodzenia rzeczywistego mleczomoczu.

* * *

Już po ukończeniu tej pracy ukazały się dwie nowe rozprawy o mleczomoczu, których nie możemy pominąć milczeniem.

Pierwszą z nich ogłosili w „Zeitschrift für Heilkunde" t. XXIII, z. 11) Stejskal i Franz z kliniki prof. Neussera i szpitala garnizonowego (Nr. 1) w Wiedniu pod tyt. *„Ueber das Wesen der europäischen Chylurie"*.

W obszernej tej monografii dochodzą autorowie na podstawie szczegółowego krytycznego rozbioru wszystkich dotychczas ogłoszonych przypadków europejskiego mleczomoczu i dokładnie opracowanego własnego przypadku do tego samego zasadniczego wniosku, którego i my bronimy w naszej rozprawie: mleczomocz polega na bezpośredniej mięszaninie moczu z mleczem. Cystoskopowe badanie przypadku autorów wykazało wypływ mlecznego moczu z obu moczowodów i prawidłowe stosunki w pęcherzu, stąd wniosek, że miejscem, w którem mlecz przedostaje się do narządu moczowego, są w danym przypadku nerki; wobec braku zboczeń w czynności nerek, należy przyjąć, że idzie tu nie o miąższ, lecz o miedniczki nerkowe. Na uwagę zasługuje również spostrzeżenie autorów co do braku cukru w mleczomoczu. I w ich przypadku nie można było wykryć cukru w małych ilościach badanego moczu; ale próba Fischera w 500 sz. ctm. mlecznego moczu stwierdziła niewątpliwą obecność cukru. Wobec niewielkiej ilości cukru, jaka znajduje się w mleczu, i rozcieńczenia, jakiemu on podlega w mleczomoczu, ujemne wyniki badania w tym kierunku, podawane przez licznych autorów, tłómaczą się niedokładnością metody badania [8]).

W ten sam sposób tłómaczą pozorny brak cukru w mleczomoczu Waldvogel i Bickel, których praca p. t. *„Beitrag zur Lehre von Chylurie"* (z kliniki prof. Ebsteina w Getyndze), ogłoszoną została w „Deutsches Archiv für klin. Medicin" (t. 74). Ale autorowie ci występują przeciw mechanicznej teoryi mleczomoczu i przemawiają za przyjęciem hipotezy, przypisującej mleczomocz przeładowaniu krwi składnikami mlecza, pomimo że i w ich przypadku chemiczne badanie nie zdołało wykryć zwiększonej ilości tłuszczu we krwi chorego. Przeciw mechanicznej teoryi przytaczają W. i B. znane nam już zarzuty. Nowy zarzut spostrzegają ci autorowie w fakcie, że w przypadku ich mocz, mający zazwyczaj typowy charakter mleczomoczu, od czasu do czasu zawierał tylko białko — bez tłuszczu. Spostrzeżenie to, — zupełnie w opisach mleczomoczu odosobnione, — niczego zdaniem naszem nie dowodzi. Białkomocz występuje, jak wiadomo, sporadycznie, skutkiem najrozmaitszych przyczyn i w przypadku autorów mógł nie mieć nic wspólnego ze sprawą mleczomoczu.

Piśmiennictwo. 1) Stanisław Mutermilch: Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (hydrops chylosus et chyliformis). Odbitka z księgi jubileuszowej T. Dunina. 1901. — 2) Br. Lachowicz: O składnikach moczu w przypadkach chyluryi. R i Spr. z p Wydz. m. p. Ak. Um. Krak. 1886. — 3) Prof. Aug. Hirsch: Ueber Filaria sanguinis hominis. Berl. klin. Wochenschr. 1882. — 4) Prof. H. Senator: Die Erkrankungen der Nieren. Spec. Path. u. Ther. Nothnagels Bd. XIX. I Th. I. Abth. — 5) G. Siegmund: Ein Fall von Chylurie. Berl. klin. Wochenschr. 1884. — 6) Bancroft: Lancet 1878. 7) Havelburg: Ueber Filaria sanguinis und Chylurie. Virchows Arch. 1889. — 8) W. E. Predtetschensky: Ein Fall europ. Chylurie. Zeitschrift f. klin. Med. 1900. — 9) Franz Erben: Ueber die Zusammensetzung des menschlichen Chylusfettes. Zeitschr. f. phys. Chemie 1900. 10) Hammarsten. — 11) R. Kobert: Ueber Fettharn. Schmidt's Jahrbücher 189. — 12) F. Grimm: Ueber einen Fall von Chylurie. Virchows Archiv 111. — 13) Slosse: Un nouveau cas de chylurie non parasitaire. Bulletin de la soc. roy. de sciences med. et nat. de Bruxelles 1901 (pdłg Centralblatt f. Harn- u. Geschlechtsorg. XIII, 5) — 14) H. Beaunis: Nouveaux elements de physiologie humaine. Paris 1888. — 15) Ludwig Götze: Die Chylurie u. ihr Zustandekommen. Fortschritte der Medicin 1886. — 16) H. Wolff: Zur Lehre von Chylurie. Inaug Diss. Berlin 1891. — 17) Prof. E. H. Kisch: Ein Fall von Chylurie Prag. med. Wochenschr. 1886. — 18) Eggel: Ueber Chylurie. Deutsch Archiv f. klin. med 1869. — 19) Rayer: Traité sur les maladies des reins, III. — 20) Armin Huber: Beobachtungen über Chylurie. Virchows Arch. Bd. 106. — 21) L. Brieger: Ueber einen Fall von Chylurie. Zeitschr. f. phys. Chemie 1880. — 22) Langaard: Virchows

[8]) Wynik chemicznego rozbioru tłuszczu w przypadku tym ogłosił Erben [9]) w oddzielnej pracy, którą omówiliśmy na poprzedzających stronicach.

Archiv. 76. — 23) Wilson: Bacterien bei Chylurie. Centralbl. f. klin. Medic. 1885. — 24) Prof. Moscato: Riforma med. 1893 (pdłg Monatshefte f. pract. Dermatologie 1894). — 25) Stuertz: Berliner klin. Wochenschrift 1902, Nr. 45. — 26) Chabrié: Sur le passage des graisses dans l'urine. Ann. des mal. gen.-urin. 1893. — 27) Chabrié et Dissard: Le rôle probable du foie dans la genèse des chyluries et des lipuries experimentales. Ann. des mal. génito-urin. 1893. — 28) Welander: Ueber Jodkalium, Jodnatrium, Jodalbacid u. Jodip'n Arch. f. Dermat. u. Syph. 1901.

III. Wyciągi.

Cohnheim (Berlin). **Zwiotczenie żołądka i stosunek jego do pluskania i rozstrzeni żołądka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14, 1903). Stiller i Riegel należą do rzędu tych autorów, którzy twierdzą, że pod zwiotczeniem, a co najmniej pod „czystem zwiotczeniem", należy rozumieć osłabienie czynności żołądkowej, zwanej „peristole", a nie ruchu robaczkowego (perystaltycznego), to znaczy, że żołądek pozbawia się wprawdzie swej treści w prawidłowym przeciągu czasu, ale nie kurczy się w tym stopniu, jak to czyni żołądek zdrowy, lecz przedstawia się, jak zwiotczały worek, że zatem napięcie mięśniowe jest upośledzone. Następstwem tej „zwiotczałości" jest niestrawność. Dopiero w dalszym przebiegu choroby, jeśli leczenie nie wkracza, rozwija się osłabienie mięśniowe ścian żołądka, a wreszcie wyłącznie skutkiem tej niedomogi mięśniowej przychodzi do zastoju i rozstrzeni żołądka. Otóż zapatrywania Stillera uważa autor już ze względów leczniczych za błędne i stara się wykazać ich bezpodstawność, twierdząc, że właśnie te objawy, które Stiller przytacza, jako dowody upośledzonej „peristole", jak pluskanie, zmiana odgłosu wypukowego, próba ciężarkowa (Belastungsprobe) dadzą się zupełnie jasno wytłomaczyć tą ogólną niemocą ustroju, znaną pod nazwą „asthenia universalis congenita", a więc „neurasthenia" — podupadłem odżywieniem, pionowem ustawieniem żołądka, lub jego przyleganiem do ściany brzusznej. Co się zaś tyczy zwiotczenia w pojęciu innych autorów, a więc w przypadkach ruchowej niedomogi żołądka mniejszego stopnia, to jedynie jest rozstrzygającem, czy żołądek w 7 godzin po próbnem daniu jest próżny; stwierdzenie natomiast pluskania w jakimkolwiekbądź czasie jest dla rozpoznania zwiotczenia (atonii) zupełnie obojętnem, można je bowiem napotkać w żołądkach prawidłowych i u zdrowych osobników, a powtóre można ten objaw łatwo wytłomaczyć opadnięciem żołądka i jego pionowem ustawieniem przy zwiotczałych powłokach brzusznych. Wreszcie autor hołduje zdaniu, że zwiotczenie bez powikłań nie może przejść w rozstrzeń żołądka. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Pel (Amsterdam). **Osobliwy szmer naczyniowy w płucach.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). U 32-letniego pacyenta, cierpiącego dość często na krwioplucie, a dotkniętego nadto zmianą szczytową po stronie prawej, można było wyraźnie wysłuchać nad całym górnym płatem płuca prawego nieprzerwany syczący szmer, wzmagający się przy każdym skurczu serca. Obok tego dawał się także słyszeć wysoki ton muzykalny również nad całym płatem prawym, ale najwyraźniej w rowku nadobojczykowym prawym. Autor wyjaśnia tę nieprawidłość albo bezpośredniem połączeniem miejscowej tętnicy z żyłą, albo też znacznem rozszerzeniem żyły w pobliżu tętnicy. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Pick (Wiedeń). **W sprawie żółtaczki dziedzicznej.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17, 1903). Z rodzeństwa, składającego się z 5 osób, troje osobników dorosłych (26, 22 i 17-letni) wraz z matką dotkniętych było żółtaczką już od samego urodzenia, podczas gdy ojciec i pozostałych dwoje dzieci byli zupełnie zdrowi. Znamienną nadto była ta okoliczność, że kał tych chorych posiadał barwę zupełnie prawidłową, a w moczu nie stwierdzono ani barwika żółci, ani kwasów żółciowych. Autor, zastanawiając się nad etyologią tego rzadkiego zdarzenia, mniema, że żółtaczka w tym przypadku polegała albo na wrodzonej komunikacyi dróg żółciowych z chłonnemi, albo też na wrodzonej niedomodze komórek wątrobowych, w następstwie czego wytworzyła się t. zw. „paracholia". *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Sack i Vieth. **Antrasol, oczyszczony i bezbarwny dziegieć i jego wartość lecznicza.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 18). Stosowanie dziegciu, wyrabianego z węgli kamiennych, który znacznie przewyższa skuteczność dziegciu drzewnego, nie rozpowszechniło się z powodu jego lepkości, ciastowatości, nierozpuszczalności i barwy czarnej, pozostawiającej plamy, nie dające się wywabić. Usiłowaniom badaczy powiodło się stworzyć różne przetwory rozpuszczalne, jak: *liquor anthracis*, *liquor carbonis detergens*, *lianthral*, *solutio lithantracis acetonica*. Sack i Vieth zdołali z dziegcia kamiennego usunąć smołę, oraz składniki barwiące i zamienić go w płyn cienki tak, że zgęszczenie i stężenie jego nie są możebne. Mięszają oni dziegieć kamienny oczyszczony z równą ilością dziegciu jałowcowego; oba są bardzo skuteczne i najmniej drażniące. Antrasol przedstawia cienko-płynną, jasno-żółtą oliwę o swoistym zapachu dziegciu i nadaje się do pędzlowań; mięsza się dobrze z alkoholem, acetonem, tłustemi olejami, parafiną płynną i wazogenem i można go zresztą w tensam sposób stosować, jak dziegieć zwyczajny. S. i V. stosowali ten środek z dobrym wynikiem w 85 przypadkach chorób skórnych, a i inni lekarze osiągnęli również dobre wyniki. Do leczenia owłosionych części ciała polecają S. i V. 5—10% rozczyn antrasolu w wyskoku; wobec przewlekłych spraw skórnych z naciekiem i zgrubieniem, jak liszaj przewlekły, łuszczyca i inne stosuje się 20% rozczyny, lub czysty antrasol. W wyprysku, z wyjątkiem okresu ostrego, poleca się antrasol w formie maści, pasty lub żelatyny: *Anthrasol. 2·0—10·0 Vaselin., Lanolin. aa 30·0; Anthrasol. Vaselin. aa 5·0 Zinci ocyd., Amyl. trit. aa 10·0; Anthrasol. 2·0—5·0, Zinci oxyd., Gelatinae alb. aa 20.0, Glycerin. 25·0, Aquae 30·0.* Przy sprawach skórnych pasorzytniczych (świerzb, liszaj wyłysiający, figówka itp.) stosują oni maść Wilkinsona z antrasolem: *Anthrasol. 5·0—10·0, Sulfur. praecip. 10·0, Sap. virid. 2·0—10·0, Vaselin. sive Pastae zinci ad 40·0, Cretae albae 10·0.* Antrasol działa doskonale w świądzie ogólnym, a w świądzie rzyci polecają S. i V., po usunięciu istniejących zapaleń i zdarć, pędzlowanie 10% lub silniejszym rozczynem antrasolu w wyskoku i nadto jeszcze pokrywają maścią: *Ungt. zinci benz. 20·0, Adip. lanae 10·0, Aq. carbol. (5%) 20·0, Menthol.0· 2—0·5.* Objawów drażniących po stosowaniu antrasolu dotychczas nie zauważono; 1 grm. kosztuje 10 fenigów. S. i V. żywią nadzieję, że obecnie powróci zamiłowanie lekarzy do leczenia chorób skórnych dziegciem. *Dr. J. Fels* (Lwów).

Doc. O. Schwartzer de Babarcz. **Zasady ustawodawstwa dla umysłowo chorych.** (*Pest. med. chir. Presse* 1902, Nr. 49). Na wezwanie węgierskiej Rady sanitarnej wypracował Sch. elaborat, mający służyć za podstawę do nowego ustawodawstwa dla obłąkanych. W I-szym rozdziele zaznacza Sch., iż kierownictwo sprawami, tyczącemi się obłąkanych, jest zadaniem państwa. Na pytanie, czy ustawodawstwo ma zawierać definicyę obłąkania, odpowiada przecząco. W II-gim rozdziale zastanawia się Sch. nad umieszczaniem obłąkanych i oświadcza się za dotychczasowym systemem. Umieszczanie w zakładach ogranicza się do takich obłąkanych, których wolność mogłaby zagrażać jużto bezpieczeństwu publicznemu, już też im samym. W III-cim rozdziale omawia autor warunki, wśród jakich wolno i musi się przyjmować obłąkanych do zakładu. W ważnej sprawie, w jaki sposób ma nastąpić przyjęcie do zakładu i rozpoznanie choroby umysłowej, ostro krytykuje Sch. obowiązujący obecnie statut i żąda, aby naturalną kontrolę rozciągnięto także nad zakładami państwowymi. W IV-tym rozdziale zajmuje się sposobami wypuszczania z zakładu. Następuje ono po udowodnieniu, iż klient wcale nie jest już umysłowo chory i nie jest więcej niebezpieczny. Nowem jest rozporządzenie, aby w przypadkach, w których dyrekcya zakładu i krewni chorego nie mogą zgodzić się co do wypuszczenia chorego, oddano sprawę do rozstrzygnięcia sędziowskiego. Rozdział V-ty poświęcił autor kontroli nad obłąkanymi, zwłaszcza znajdującymi się poza zakładem. W tym celu powinno się powołać do życia osobne władze kontrolujące, których organem centralnym w ministerstwie dla spraw wewnętrznych powinien być osobny senat krajowy dla spraw, tyczących się obłąkanych. W rozdziale VI-tym jest nowością, aby wolno było przyjmować do zakładu dla obłąkanych także umysłowo chorych, których choroba jeszcze nie wystąpiła; należy zatem umożliwić przyjęcie i leczenie się także dobrowolnie zgłaszającym się do zakładu, w którym szukają ratunku przeciw chorobie umysłowej, zaledwo się rozwijającej, któraby z pewnością wybuchła w zwykłych warunkach życia i zajęć codziennych. Instytucyę tę otacza tyle ostrożności, iż nie mogłoby być powodu do nadużyć. Rozdział VII-my zajmuje się specyalnemi zarządzeniami, tyczącemi się obłąkanych zbrodniczych, uwolnionych od odpowiedzialności wyrokiem sądowym. Rozdział VIII-my omawia wymiar kary. *Baschkopf.*

Taussig. **O zaśniadzie krwawym Breusa.** (*Arch. für Gyn.* Tom 68, Zeszyt 2, 1903). Przed 10 laty pierwszy podał Breus dokładniejsze opisy tego zaśniadu, nazwanego przez niego: „haematoma subchoriale tuberosum deciduae". Od tego czasu opisano więcej takich zaśniadów, z których jednak nie wszystkie nimi były. Autor roztrząsa te przypadki krytycznie i opisuje 8 przypadków nowych, udowadniając ich prawdziwość. Głównemi cechami takiego zaśniadu są: niestosunek między zarodkiem (płodem), a wielkością jaja płodowego, względnie między tem ostatniem, a trwaniem ciąży; długo trwające zatrzymanie takiego jaja w macicy i obecność krwisteków szerokopodstawowych i polipowatych między błoną docze

sną, a kosmówką i owodnią. Wielkość zaśniadów wahała się między 6—10 ctm.; wód płodowych było zawsze mało, 5—15 grm.; długość zarodków była różna, największy wynosił 21 mm. Kształt zaśniadów zależy od kształtu krwisteków. Tam, gdzie łożysko było już wytworzone, krwisteki ograniczają się tylko do doczesnej następowej (dec. serotina) i są osadzone na szerokiej podstawie; tam zaś, gdzie łożyska jeszcze nie było, lecz gdzie doczesna otaczała całe jajo, krwisteki były rozsiane na całej jego powierzchni i miały kształt polipowaty. W jajach, zatrzymanych w macicy ponad 9 miesięcy, znajdują się zawsze mniejsze zarodki, aniżeli w jajach, zatrzymanych przez czas krótszy. Dokładne sekcye i badania drobnowidowe tych zarodków wykazały, że na ich zmniejszenie się wpływa proces kurczenia się ciała zarodków po ich śmierci i opadnięcie pęcherza mózgowego. Zarodki obumierają zwykle w 2-gim lub 3-cim miesiącu ciąży. Jakiejś przyczyny dla tak wczesnego ich obumarcia nie można było wykazać. Ostatecznie zastanawia się autor nad niestosunkiem między zarodkiem, a wielkością jaja i nad przyczyną powstawania krwisteków. Breus tłómaczył powstanie tych zaśniadów w ten sposób: po śmierci płodu błony płodowe rosną dalej, a ponieważ macica się nie powiększa, musi nadmiar rosnących błon wpuklić się; w powstałe w ten sposób fałdy wlewa się krew z przestrzeni międzykosmkowych i wypełniając je, tworzy krwisteki. Że zaś odżywianie błony doczesnej nie ulega przeszkodzie, dlatego nie przychodzi do skurczów macicy i jajo takie pozostaje przez szereg miesięcy w macicy. Inni sądzą, że błony płodowe zostają wprost rozciągnięte przez podkosmówkowe krwotoki; to jednak nie odpowiada rzeczywistości, gdyż fałdy błon znajdują się także tam, gdzie niema krwisteków. Wreszcie inni przyjmują, że przyrost błon płodowych powstaje jeszcze za życia zarodka, jako następstwo jaja z nadmiarem potoku. Embryologia jednak nie potwierdziła dotąd istnienia takiego jaja. Natomiast znane są jaja z nadmiarem potoku następowe, powstałe po śmierci zarodka. Wychodząc z tego założenia, tłómaczy autor powstanie zaśniadu w ten sposób: po śmierci płodu rosną dalej błony płodowe, w owodni gromadzi się dalej drogą osmozy płyn (potok następowy), wskutek tego powiększa się nieco i macica. Z niewiadomej przyczyny ustaje po pewnym czasie wzrost błon, poczem płyn owodni ulega powoli wessaniu, a nadmiar błon układa się w fałdy; te zaś wypełniając się krwią, wytwarzają krwisteki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Füth. **Przyczynek do kazuistyki i etyologii pęknięcia macicy.** (*Centr. für Gynaecologie* 1903, Nr. 9). Pierwszy poród wieloródki, ukończony cięciem cesarskiem z powodu dużego torbiela skórzakowego lewego jajnika, wklinowanego mocno w małej miednicy. Po otwarciu jamy brzusznej musiano naprzód wydobyć płód z macicy cięciem cesarskiem, a potem dopiero wydobyć wklinowany guz. Ranę zaszyto bardzo dokładnie i pokryto przód macicy siecią. W dwa lata później znowu ciąża i poród, wśród którego nastąpiło zupełne pęknięcie macicy, urodzenie się płodu do brzucha, niedostrzeżone wcale przez położną, dopiero gdy po 40-tu godzinach wystąpiły zatrważające objawy, przewieziono chorą do kliniki. Przez pochwę wybadano na przedniej ścianie macicy blizko ujścia lewej trąbki otwór wielkości dłoni. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyto całe jaje płodowe; w dobrze skurczonej macicy na lewo szeroki otwór ziejący, o poszarpanych brzegach. W linii środkowej dawna blizna linijna po cięciu cesarskiem, sieć przyrosła. Wskutek nadto szerokiego rozwarcia brzegów otworu nie zaszyto go, lecz odcięto macicę nadpochwowo. Badanie drobnowidowe całego szeregu skrawków nie wykazało w bliźnie po cięciu cesarskiem żadnych zmian w utkaniu miąższu. natomiast w brzegach świeżego otworu, w miejscu przyczepienia łożyska, liczne kosmki, które wrosły w ścianę macicy na dość znacznej grubości, rozsunęły włókna mięsne, a przez to stały się przyczyną osłabienia w tem miejscu ściany macicznej i następnie pęknięcia. Chora wyzdrowiała. *Dr. Grzybowski.*

Nobécourt i Voisin. **O nakłóciu lędźwiowem w przebiegu nieżytowego zapalenia płuc u dzieci.** (*Revue mens. des maladies de l'enf.*, 1903). Autor usiłował zapomocą systematycznie stosowanego nakłócia lędźwiowego u dzieci, cierpiących na nieżytowe zapalenie płuc (nie gruźlicze) wyjaśnić przyczynę i charakter objawów mózgowych, tak częstych w przebiegu tej choroby. Nakłócie wykonano w 31 przypadkach zapalenia płuc; 7 z tych przypadków nie przedstawiało objawów mózgowych, inne były z nimi połączone. Ogólne wyniki, do których autor doszedł, są następujące: 1) W przebiegu nieżytowego zapalenia płuc z objawami mózgowymi płyn mózgowo-rdzeniowy jest zwykle znacznie obfitszy, niż bez tych objawów. 2) Płyn jest zwykle przeźroczysty; w bardzo nielicznych tylko przypadkach mętny. 3) Bez względu na to, czy są objawy mózgowe, czy nie, w płynie znajduje się nieznaczna ilość białka. W płynie mętnym jest go oczywiście więcej. 4) Nieznacznego stopnia odczyn ciałek białych (jedno- a nawet wielojądrzastych) może znajdować się w płynie bez objawów mózgowych; naodwrót, w połowie przypadków z objawami mózgowymi brakuje tego odczynu. Odczyn ten może u jednego chorego pojawiać się i znikać. Pomiędzy ilością białka a obecnością ciałek białych niema bezpośredniego związku. 5) Płyn był zawsze jałowy; w dwóch tylko przypadkach zawierał dwoinki Frankla.

Na podstawie tych wyników badania nie można przeto wykazać związku pomiędzy charakterem płynu, a przebiegiem klinicznym i ciężkością choroby; również nie możemy wyciągnąć z nakłócia lędźwiowego żadnych wniosków dla rokowania. Dowodzą one tylko zdaniem autorów, że między zmianami czynnościowemi a anatomicznemi opon mózgowych nie można postawić ścisłej granicy, lecz że są one tylko wyrazem różnego nasilenia tejsamej sprawy. Również badania te wykazały, że podrażnienie opon występuje częściej w nieżytowem zapaleniu płuc, niż to klinicznie można stwierdzić, gdyż w niektórych przypadkach wolnych od wszelkich przypadów mózgowych znaleziono jednak nieznaczny odczyn w płynie mózgowo-rdzeniowym. *Dr. T. Żeleński.*

Drozdowskij. **Znaczenie objawu Olivera w rozpoznawaniu tętniaka piersiowego odcinka tętnicy głównej.** (*Russkij Wracz* 1903. Nr. 8—9). Na podstawie 10 spostrzeżeń, oraz przypadków znanych z piśmiennictwa, dochodzi D. do wniosku, że objaw Olivera nie jest patognomoniczny dla tętniaka piersiowego odcinka tętnicy głównej, ponieważ spostrzega się również przy nowotworach śródpiersia; z innej zaś strony nie spotyka się go przy tętniakach, połączonych z tętnicą główną małym otworem, lub wypełnionych zbitą masą włóknistą itd. Objaw Olivera może być u tegoż osobnika wyrażony w niejednakowym stopniu: gdy ogólny stan i czynność serca są względnie dobre, objaw ten występuje wyraźnie jako widzialne lub wyczuwalne podskakiwanie tchawicy; podczas zaś osłabienia czynności serca i pogorszenia ogólnego stanu objaw ten znacznie słabnie i sprowadza się do słabego tętnienia tchawicy, co spostrzega się niekiedy również w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. W każdym razie objaw Olivera, nie będąc patognomonicznym, ma według autora doniosłe znaczenie rozpoznawcze, gdyż najczęściej towarzyszy on tętniakowi tętnicy głównej. D. zastrzega się jednak, że objaw ten nie przesądza usadowienia tętniaka w początkowej części, lub tylno-dolnym odcinku wklęsłości łuku, jak mniemał Oliver i inni; spostrzegał on go również w przypadkach tętniaków wrzecionowatych całego odcinka piersiowego tętnicy głównej, w tętniakach, usadowionych w innych miejscach łuku i nawet w tętniakach, znajdujących się w początkowej części tętnicy głównej zstępującej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. G. J. Winter. **Torbiel w nerce jedynej i uwagi o wrodzonym braku nerki.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). U 21-letniego mężczyzny, który dopiero od czterech tygodni zauważył niejasne dolegliwości i osłabienie, rozpoznał W. guz, wychodzący z nerki prawej. Nerkę z guzem torbielowatym, ważącym 5 klgr., wyjął transperitonealnie. Niestety podczas operacyi, a przed wycięciem chorej nerki, zapomniał stwierdzić, jak się zachowuje nerka druga. Piątego dnia po operacyi wśród ogólnie dobrego stanu, ale zupełnego bezmoczu, chory umarł. Sekcya wykazała wrodzony brak nerki lewej. W uwagach nad tym przypadkiem przytacza autor odpowiednią kazuistykę i zastanawia się nad sposobami rozpoznania tej wady wrodzonej, dochodząc do wniosku: 1) że rozpoznanie nerki jedynej jest możliwe i że 2) w odpowiednich przypadkach nefrotomia, (ale tylko nefrotomia) może być nawet ściśle wskazaną. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 27. maja 1903 r.

Przewodniczy Kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Cybulski zapytuje Prezydyum, czy nie byłoby właściwem na jednem z najbliższych posiedzeń postawić na porządku dziennym omówienie kwestyi t. zw. »nowej choroby«.

W odpowiedzi zaznacza kol. Przewodniczący, że myśl podobną już dawno miał, ale z dotychczasowej obserwacyi przypadków nie można jeszcze wysnuć żadnych danych, nadających się do dyskusyi w Towarzystwie lekarskiem. Podobnego zdania byli kol. Prof. Bujwid i kol. Kwaśnicki.

III. Kol. Piotrowski przedstawił kamień wielkości jaja kurzego, wytworzony naokoło szpilki podwójnej, wydobyty z pęcherza drogą

cięcia u dziewczyny 16 letniej Objawy obecności ciała obcego w pęcherzu istniały u chorej od lat sześciu, od 7 zaś miesięcy powstała przetoka pęcherzowo pochwowa z powodu obecności kamienia, które to powikłanie choroby dopiero nakłoniło chorą do szukania pomocy lekarskiej.

IV. Kol. Prof. Bujwid przedstawił doniesienie tymczasowe o doświadczeniach swych nad przenoszeniem się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta. wykazujących zapełną bezpodstawność twierdzenia Kocha i Schütza. Do doświadczeń użył kol. Prelegent sześć cieląt 6—8 miesięcznych, źle odżywionych i źle żywionych, ale nie gruźliczych. Troje z tych cieląt dostały sześć razy w odpowiednich odstępach czasu drogą przewodu pokarmowego plwocin gruźliczych. Po sześciu miesiącach cielęta karmione plwociną zostały szczepione tuberkuliną i dały właściwą reakcyę i to dwa bardzo wybitnie, jedno mniej wybitnie — cielęta te prócz tego kaszlą. Troje cieląt, nie karmionych plwocinami, z tej samej grupy doświadczeń nie reagowało na tuberkulinę Wynik sekcyi przedstawi kol. prof. Bujwid na jednem z następnych posiedzeń.

V. Kol. Doc. Łepkowski przedstawił chorą z obturatorem sporządzonym z powodu przedziurawienia podniebienia.

VI. Kol. Doc. Łepkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: „O porcelanie i emalii w dentystyce".

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Cybulski i kol. Doc. Senkowski. *Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

25 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 15 grudnia 1902 r.

Po odczytaniu pisma kol. Mikołajskiego, w którem obszernie wyłuszcza potrzebę założenia nowego czasopisma dla interesów stanu lekarskiego, uchwalono przedłożyć Walnemu zgromadzeniu odpowiednie wnioski. W sprawie wniosku kol. Strumieńskiego o założenie centralnego biura mamek uchwalono odpowiedzieć, że projekt ten, jako przedsiębiorstwo finansowe, przekracza zakres działania Towarzystwa. Prośbie kol. C. o pożyczkę odmówiono. Przyjęto bez zmiany referaty, przygotowane przez poszczególnych referentów na Walne zgromadzenie. Ułożono listę kandydatów do zarządu Towarzystwa, którą zaproponować ma Wydział na Walnem zgromadzeniu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie,* I sekretarz.

26 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 13 stycznia 1903 r.

Po powitaniu przez prezesa nowego Wydziału, wybranego na III Walnem zgromadzeniu i zaproszeniu do wspólnej pracy, udzielono kol. R. tytułem pożyczki 300 kor.; zaś tytułem zapomogi bezzwrotnej: kol. P. 200 kor. i wdowie po kol. B. 100 kor. Uchwalono wydrukować regulamin »Kasy pogrzebowej» w 1500 egzemplarzach i rozesłać wszystkim lekarzom w Galicyi i na Szląsku. W sprawie osobistej jednego z kolegów uznał się Wydział niekompetentnym i polecił doradzić zwrócenie się do Izby lekarskiej z tą sprawą. (Streszczenie protokółu).
Dr. Langie, I sekretarz.

27 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 21 stycznia 1903 r.

Odmówiono prośbie o pożyczkę 120 kor. wdowie po kol K. ze względu, że nie był członkiem Towarzystwa. Wydział ukonstytuował się jako Komitet przedwyborczy dla uzupełniających wyborów do Izby lekarskiej zach. galic. i po dłuższej dyskusyi uchwalił jednogłośnie postawić i popierać kandydaturę kol. Langiego, jako oficyalnego kandydata Towarzystwa samopomocy. (Streszczenie protokółu).
Dr. Langie, I sekretarz.

28 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 17 marca 1903 r.

Sekretarz zawiadomił o ukonstytuowaniu się Izby lek. zach. galic. Przy tej sposobności podniesiono widoczne korzyści ujęcia przez Wydział w ręce akcyi przedwyborczej wogóle w czasie wyborów do Izby, gdyż, jak wykazało skrutynium, dzięki temu głosowała wogóle znaczniejsza liczba kolegów niż dawniej, a kandydat Towarzystwa samopomocy przeszedł 127 głosami przeciwko 26 ciu i 4-em. Odmówiono ponownej prośbie o zapomogę wdowy po kol. B. ze względu, że nie był członkiem Towarzystwa, a i tak już raz wdowa ta 100 kor. otrzymała, a obecnie dzięki inicyatywie jednego z kolegów złożyli dla niej lekarze krakowscy 230 kor., jako dobrowolną składkę. W sprawie osobistej kol. E. Wydział uznał się niekompetentnym. Przekazano poszczególnym referentom wnioski, odesłane Wydziałowi przez III Walne zgromadzenie. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie,* I sekretarz.

29 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 7 kwietnia 1903 r.

Udzielono kol. B. pożyczki w kwocie 300 kor. Skarbnik zawiadomił, że jeden z pp. aptekarzy krakowskich złożył na cele Towarzystwa 100 kor. i zobowiązał się składać co roku tę kwotę zamiast darów noworocznych. Uchwalono przyjąć i podziękować ofiarodawcy w »Przeglądzie lekarskim». Załatwiono kilka spraw oddziału należytości dla ściągania zaległych honoraryów lekarskich. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie,* I sekretarz.

30 posiedzenie Wydziału Tow. samop. lek. dnia 1 maja 1903 r.

Na zaproszenie p. protomedyka Merunowicza o wzięcie udziału w konferencyi towarzystw i Izb lekarskich, odbyć się mającej we Lwowie dnia 4 maja b. r., uchwalono odpowiedzieć przychylnie i wybrano delegatami: prezesa prof. Jordana i Dra Schoenguta, nie krępując ich żadnemi uchwałami z uwagi, że dopiero w toku dyskusyi na miejscu mogą wyrobić sobie zdanie co do głosowania nad przedłożyć się mającymi wnioskami. (Streszczenie protokółu).
Dr. Langie, I sekretarz.

V. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Lekarstwo w Czechach.

O najdawniejszych śladach sztuki lekarskiej u pobratymców Czechów tem mniej przemilczeć nam się godzi, ile że w 14 stuleciu stosunki naukowe między Krakowem a Pragą dość były żywe i że w nowszych czasach badania profesora praskiego Hasnera rzuciły niejakie światło na najdawniejsze dzieje lekarskie tego narodu. *(Die älteste Medicin in Böhmen.* Prager Viertelj. r. 1866. T. II. (90)). — O naukowych stosunkach między Polską a Czechami świadczą okoliczności następujące, przytoczone przez Muczkowskiego. (Wiadomość o założ. Uniw. i t. d. w Krakowie str. 32 i następ. 66, 82). — Królowa Jadwiga w r. 1397 przy Akademii praskiej fundowała kolegium dla Litwinów.

W dziele: *Liber decanorum* etc. Facult. Phil. Univ. Prag. ab a. 1367 ad 1585. Pragae typio Joan. Nep. Gerzabek 1830. 8. 2 voll., zawierającem wykaz osób, które w Wydz. fil. praskim uzyskały stopnie akademickie, znajdujemy, iż w tym uniwersytecie, na 4 narody podzielonym, polski osobną składał dzielnicę i że w nim od r. 1367 do 1400 przeszło 100 polaków, a między tymi 23 z Krakowa, ubiegało się o bakałarskie i mistrzowskie stopnie w Wydz. filoz.; stąd wypada, że przez ten czas przynajmniej do tysiąca ich tam uczęszczać musiało.

Długosz wyraźnie wspomina (lib. X. pag. 167), że Władysław Jagiełło wezwał doktorów i mistrzów wszelkiego wydziału i zawodu z uniwersytetu praskiego, mówiących po polsku, po czesku i po niemiecku. Jakoż nazwiska pierwszych profesorów Akademii Jagiellońskiej są zapisane w księdze ubiegających się o stopnie naukowe w wydziale filozoficznym Uniwersytetu praskiego.

Podania z czasów pogańskich opromieniają dziewicę urokiem potęgi cudownego leczenia. Córa najstarsza Kroka imieniem Kaša znała się na zbawiennych skutkach roślin i na tajemniczej sztuce. Sława jej mądrości utrzymywała się nawet jeszcze o wiele później w okresie chrześciańskim, jak świadczy przysłowie, potwarzane za Kosmasa *„Id ne ipsa quidem recieperet Kaša"*.

W 9-tem stuleciu (821) rozpoczęła się w Czechach walka Chrześciaństwa z żywiołem dawnym pogańskim.

Z owego czasu dochowała się wzmianka o niektórych gusłach i zabobonnych leczeniach w ustawie pokutnej *„Poe-*

nitentiale" *Teodora Canterburego*: *Mulier si ponit filiam suam supra tectum vel in fornacem pro sanitate febris quinque annos poeniteat. — Si mulier incanationes vel divinaciones fecerit diabolicas, annum poeniteat*". Pomory, które od 9-go stulecia począwszy jako częstą klęskę kraju wspominają kronikarze, przypisywał lud w r. 1035 za księcia Bretislava, tudzież w r. 1161, zatruciu studzien przez żydów, z których kilku spalonych na stosie padło ofiarą tego uprzedzenia.

Innym razem znowu n. p. pod Wratyslavem II-gim wierzono, że choroba wybuchła skutkiem ukazywania się jakichś widm potwornych. (Fr. Kozdera: Brevis partium regni boh. hist. Wiedeń, 1825).

Od czasu wprowadzenia chrześciaństwa wykonywali sztukę lekarską już to duchowni, już to świeccy. Do pierwszych należy:

Thiddag, saksończyk, dawniej mnich i lekarz w Corvey, został biskupem praskim r. 998, † 1017, żył za książąt Bolesława III i Jaromira.

Biskup praski Izzo (1023—1030) dobroczyńca i lekarz biednych. Za takiego uchodził także dziekan katedralny Wyšehrada Wawrzyniec Laurenz (1264—1280).

W owym też czasie powstały chrześciańskie przytuliska przy zakonach. Powiadają, że już za czasów św. Wacława (928) miał istnieć zakład dla położnic na Małej Stronie praskiej.

Dla obcych i biednych przeznaczony był szpital Panny Maryi w Pradze, wzmiankowany pod rokiem 1135.

Lekarzów świeckich rozróżnić można na chrześciańskich i żydowskich. Ci ostatni, po największej części wychowańcy arabów, przyczynili się do rozkrzewienia ich nauki w środkowej Europie. Towarzyszyli oni wyprawom krzyżowym, byli między nimi i lekarze przyboczni papieżów. (Żyd Faragut-Ferragus był lekarzem Karola Andegao, króla neapol. w w. XIII. Papieże Juliusz II i III, Leo X, Klemens VII (1523—1534), Paweł III († 1549) mieli lekarzy żydowskich). Ze szkół przeważnie włoskich pochodzili chrześciańscy zwolennicy sztuki zbawiennej. Pomór, panujący w r. 1161 w Pradze, dał powód do rozbudzenia krwiożerczego fanatyzmu przeciw lekarzom żydowskiego wyznania. Z początku zarazę przypisywano wpływom powietrza, a w leczeniu brali zarówno udział chrześcianie i żydzi. Przypadek zrządził, że kilku znakomitszych lekarzów chrześcian uległo chorobie, przez co otrzymali przewagę ich towarzysze starozakonni. Niebawem zaczęła chodzić pogłoska, że śmiertelność pomiędzy chrześcianami się wzmogła i to takimi, którzy przed śmiercią nie okazywali znamionujących dymienic morowych, gdy tymczasem Izraelitów zmierało o wiele mniej. Lekarze wyznania mojżeszowego starali się zażegnać te niepokoje, tłómacząc te stosunki z konstelacyi gwiazd. Tymczasem zjechało kilku młodych lekarzy chrześciańskich ze szkół włoskich, a gdy pod ich opieką chorzy przychodzili do zdrowia, żydom zaś wielu umierało, to wnet uwierzono, że ci ostatni swoich chorych umyślnie trują. Wniesiono rzecz przed króla Władysława, który żydom leczyć zakazał. Zrazu omijano ten zakaz, zwłaszcza, że Izraelici pozyskali zaufanie wielu możnych, którym tajemnie porady udzielali. Lecz gdy magnat Božislav lekarzowi żydowskiemu umarł, sprawa smutny wzięła obrót. Uwięziono 23-ch lekarzów starozakonnych, na których męczarniami wyciśnięto zeznanie, że jedynie z nienawiści do chrześcian umówili się, aby z 3-ch chorych jednego tylko przy życiu zostawić, 2-ch zaś przez zatrucie napoju lub powietrza uśmiercać. W ten sposób miało paść ofiarą 3000 chrześcian. Król rozkazał wskutek tego spalić na stosie 86 lekarzów żydowskich przed bramą Wyższegohrada i zakazał używać ich posługi w chorobach, ani też brać od nich pokarmu i napoju. Nie pierwszy to raz zaciekły fanatyzm dla pomszczenia zbrodni urojonej popełnił zbrodnie okrutne rzeczywiste, bo krwawe morderstwo na ofiarach niewinnych. Czyż bowiem bez fanatycznego zaślepienia może kto przypuścić i uwierzyć w taką niesłychaną zmowę i zgodę między zazdrosnymi zwykle kolegami i to na swoją własną szkodę i zgubę, a dla celów nie mających związku ani z osobistą korzyścią, ani z zawodem lekarskim? Wszakże wyjątkowo mógłby się między lekarzami znaleść jakiś potworny zagorzalec religijny, ale by o takie zboczenie rozumu i serca oskarżać grono 86 ludzi, których ukształcenie, zawód i osobisty interes innemi natchnąć musiał zasadami, do tego zdolna była tylko zawiść, posługująca się ku zaspokojeniu swej mściwości tak gwałtownym środkiem, jak rozbudzenie fanatyzmu religijnego, w swej zapamiętałości depcącego i wywracającego najświętsze prawa sprawiedliwości i dającego się uwodzić lada pozorowi, choćby i najniedorzeczniejszemu. Wszakże bez sprawdzenia istoty czynu, bez dochodzenia, czy nastąpiło rzeczywiście otrucie, bez pytania, jakiej użyto trucizny do zarażenia powietrza i leku, poprzestano na gołem przyznaniu się prześladowanej ofiary, wyciśnionem mękami. Tymże samym sposobem wydusić można łatwo wynurzenia rzeczy niebywałych, niestworzonych, jak n. p. posądzane o czary niewiasty bredziły o wpieranych w nie stosunkach cielesnych z samym dyabłem. Sprawiedliwość z oburzeniem odpycha potępienia zbiorowe całych warstw ludności i domaga się od człowieka odpowiedzialności osobniczej, t. j. każdej osoby oddzielnej.

Pod r. 1248 wzmianka jest o lekarzach nadwornych, a pod r. 1249 o cyruliku Chunkonie na dworze Wacława I. (C. d. n.).

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

odbyć się mający dnia 13, 14, i 15 lipca r. b.

Austryackie ministerstwo wojny zezwoliło na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe chirurgów polskich. Spodziewamy się, że w ten sposób Zjazdy nasze, obejmujące coraz to szersze koła, ożywią się coraz bardziej i coraz doskonalej służyć będą wzniosłemu swojemu celowi: postępowi nauki.

Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

1. Bogdanik (Biała): O resekcyi stopy według własnej metody.
2. Tenże: O zbrodniczem spędzeniu płodu z demonstracyą przedziurawionej macicy.
3. Ciechanowski (Kraków): *Pneumatosis cystoides intestinorum* (z demonstracyami).
4. Tenże: Demonstracya preparatów z przypadku *lymphosarcomatosis* (*lymphoma malignum* Billrothi).
5. Gliński (Kraków): Gruczoły trawienne w górnej części przełyku, oraz ich znaczenie (z demonstracyą okazów makro- i mikroskopowych).
6. Borzymowski (Warszawa): Demonstracya przyrządu do podawania ligatur i nowego zamykadła do irygatorów.
7. Tenże: Szemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV. roku medycyny.
8. Tenże: Trzy przypadki zszywania rany serca, oraz kilka modyfikacyj przy operacyach na sercu.
9. L. Rydygier *sen.* (Lwów): Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.
10. Tenże: O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym z demonstracyą preparatu.
11. Tenże: O wysokim raku odbytnicy i jego leczeniu.
12. Herman (Lwów): O zmianach mikroskopowych w nerkach po zdjęciu torebki.
13. Tenże: Mięsak sieci, czy żołądka? (z demonstracyą preparatów).
14. Slęk (Lwów): Wyniki leczenia naczyniaków sposobem Hollandera (z przedstawieniem chorych).
15. Tenże: O guzach nerek.
16. Tenże: Uwagi o zapaleniu płuc po operacyach w znieczuleniu sposobem Schleicha.
17. A. Rydygier *jun.* (Lwów): O znieczulaniu tropokokainą sposobem Kozłowskiego.
18. Tenże: *Epithelioma labii superioris.*
19. Tenże: Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.

20. Jasiński (Lwów): Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.

21. Karchezy (Lwów): Wyniki leczenia rozczynem karbolu z kamforą sposobem Chlumskyego.

22. Zieliński (Lwów): O ranach postrzałowych, z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

23. Pawlicki (Lwów): O leczeniu rzyci sztucznej.

Proszeni jesteśmy o ogłoszenie następującego pisma:

W sprawie dyet za szczepienie.

Starostwa rozesłały w tym czasie zawiadomienie do lekarzy okręgowych i szpitalnych, że Wydział kraj. ustanowił dla nich dzienne dyety za czynność szczepienia po sześć koron.

Sądzimy, że interesowani koledzy, przyjmując obowiązek szczepienia, powinni już teraz wnieść do c. k. Namiestnictwa (na ręce starostwa) „zastrzeżenie prawa odwołania się w właściwym czasie do Sejmu przeciw temu zarządzeniu Wydziału Kraj.“ Następnie rzeczą interesowanych kolegów będzie postarać się, by rekurs ich „do laski marszałkowskiej“ podpisał któryś z posłów sejmowych. Inaczej sprawa przed forum sejmowe wniesioną nie będzie. Wogóle, im więcej posłów sejmowych dla tej myśli pojedynczo pozyskanych zostanie, — tem rychlej ustaną zakusy Wydziału Kraj., aby zmniejszyć dyety za szczepienie.

Jakkolwiek oburzającym jest ukaz Wydziału Kraj. i jego spekulacya na wynagradzaniu najuboższych lekarzy, zwłaszcza okręgowych (gdyż ci nie pobierają nawet t. zw. kilometrowego, przyznawanego lepiej sytuowanym lekarzom szpitalnym), to jednak — „strejk“ nie dałby się przeprowadzić. Wobec lekarzy okręgowych i szpitalnych posiada Wydział Krajowy atuty, które w tej grze zapewniłyby mu przewagę. Jedynie pozyskanie dla słusznej sprawy posłów sejmowych i opinii publicznej przez poruszenie sprawy w dziennikach — może zapewnić zwycięstwo w drodze legalnej. *Dr. Ość.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18. czerwca.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: prof. Pieniążek i prof. Ciechanowski demonstrowali narzędzia i okazy anatomiczne, poczem kol. prof. Ciechanowski miał wykład p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum“.

(L.) Dnia 14 czerwca odbyła się we Lwowie wstępna Konferencya komisyi organizacyjnej, wybranej przez wiec lekarzy lwowskich, z delegatami Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Wzięli w niej udział: prof. Grz. Ziembicki jako przewodniczący, dalej: koll. Festenburg, Kučera, Mikołajski, Moszkowicz, Pawlikowski, Pilewski, Skałkowski, Uhma i Ziembicki (młodszy) ze strony komisyi lwowskiej, zaś ze strony Wydziału Tow. Samopomocy: wiceprezes Bogdanik i obaj sekretarze: Langie i Weinsberg. Wynik obrad przedstawia się bardzo pomyślnie dla sprawy ogólnej organizacyi lekarzy w kraju, gdyż nastąpiło zupełne porozumienie co do punktów zasadniczych między kolegami lwowskimi a krakowskimi; to też sprawa ułożenia szczegółowych warunków, na jakich nastąpi zlanie się zamierzonej przez kolegów lwowskich organizacyi z Tow. samopomocy już w najbliższych dniach będzie faktem dokonanym. Mianowicie, dnia 18 czerwca odbędzie się druga konferencya, tym razem w Krakowie, na którą przybędą delegaci lwowscy i tu przy uczestnictwie całego Wydziału Towarzystwa samopomocy ostateczna umowa podpisaną zostanie. Tutaj też nastąpi uregulowanie stosunku Towarzystwa samopomocy do postanowionego wydawania pisma, poświęconego obronie interesów stanu lekarskiego w całym kraju. Pismo to ma już w najbliższej przyszłości zacząć wychodzić we Lwowie, na razie poza Towarzystwem samopomocy lekarzy, jako przez nie subwencyonowane, co do czego nastąpiła już zgoda. Po konferencyi tej przystąpi lwowska komisya organizacyjna do energicznej agitacyi, tak w mieście Lwowie jak i w całej Galicyi, za masowem przystąpieniem kolegów do Towarzystwa samopomocy lek., zda sprawę z dotychczasowej akcyi na wiecu lekarskim, odbyć się mającym podczas zlotu sokołów we Lwowie, poczem zwołanem zostanie Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie (prawdopodobnie już w lipcu) dla uchwalenia koniecznych zmian statutu, przedyskutowanych i opracowanych wspólnie przez Wydział samopomocy lek. z lwowską komisyą organizacyjną.

* Zarząd Muzeum historycznego Wydziału lekarskiego Uniw. Jag. rozesłał I-sze Sprawozdanie za rok 1902. Muzeum już dziś posiada 1222 pozycyi i 1769 przedmiotów należycie skatalogowanych. Z d. 1 listopada b. r. zbiór będzie dostępny ostatniego dnia każdego miesiąca od godziny 10 do 12 przed południem dla publiczności i dla literackiego zeń korzystania. Muzeum mieści się na razie w klinice lekarskiej.

Zarząd, na czele którego stoi prof. Walery Jaworski, chcąc przyśpieszyć rozwój Muzeum, ogłosił odezwę, w której przedstawia jego cele i doniosłość zbiorów tego rodzaju, w których najdrobniejszy przedmiot, dziś obojętny, może nabrać w przyszłości wielkiej wartości i znaczenia.

Według ogłoszonego równocześnie szczegółowego programu, celem instytucyi tej jest przechowywanie przedmiotów, dotyczących profesorów, adjunktów, docentów, asystentów, demonstratorów Wydziału, oraz uczniów medycyny w czasie ich studyów, od najdawniejszych czasów, aż do dnia dzisiejszego, a mianowicie: 1) Publikacye naukowe. 2) Rękopisy i autografy. 3) Przyrządy, modele lub ich rysunki, jako też sporządzone preparaty. 4) Portrety, podobizny, fotografie, biusty. 5) Opisy, rysunki, plany i inne dokumenty, dotyczące dawnych i obecnych zakładów Wydziału lekarskiego, ich wewnętrzne urządzenie, regulaminy, personalia. 6) Prace wykonane w zakładach wydziału lekarskiego przez czasowo zajętych pracowników. 7) Biografie, nekrologi, ogłoszenia ślubne, krytyki, dyplomy, korespondencye, listy, bilety, jako też wszelkie pisma i ogłoszenia dotyczące czynności i zasług społecznych funkcyonaryuszów Wydziału lekarskiego. 8) Rzeczy pamiątkowe jak: otrzymane podarunki, odznaczenia, wyszczególnienia, zaproszenia i t. p.

Zbiór składa się z przedmiotów ofiarowanych i złożonych w depozycie. Równocześnie będą prowadzone zapiski ważniejszych wydarzeń, dotyczących rozwoju Wydziału. Nadto zbiera się do Muzeum tytuły dzieł, druków, rękopisów, rysunków, rycin, portretów, pamiątek i t. p., należących do funkcyonaryuszów Wydziału lekarskiego i spisuje się je w osobnej księdze w tym celu, aby z czasem można było wydać osobną bibliografię Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dlatego zarząd Muzeum uprasza usilnie o nadsyłanie pełnych tytułów tych przedmiotów (ze wszystkimi szczegółami), jeśli niemożliwem jest nadesłanie oryginału. Wszystkie przedmioty przyjmuje i wydaje imienne pokwitowania przewodniczący zarządu prof. Walery Jaworski (Klinika lekarska U. J., ul. Kopernika 15).

* Pierwszy zeszyt I-go tomu podręcznika p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydanego pod redakcyą Prof. Walerego Jaworskiego w Krakowie, opuścił prasę i zawiera początek pracy p. t. »Choroby układu nerwowego«, napisanej przez profesorów Stan. Domańskigo i Jana Prusa. Sprawozdanie z tej pracy podamy, gdy zostanie ukończoną; narazie zaznaczamy, że pod względem typograficznym zeszyt ten nic nie zostawia do życzenia.

* Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwały Wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego, nadające *veniam legendi* Dr. Franciszkowi Ksaweremu Lewkowiczowi z zakresu pedyatryi w Krakowie i Dr. Teodorowi Bohosiewiczowi z dziedziny somatologii i dentystyki we Lwowie.

* Rada m. Nowego Sącza mianowała lekarzami miejskimi Dr. Tadeusza Płochockiego i Dr. Leona Silbermanna.

* Prezydyum Instytutu zapomogowego przy Związku rakuzkich Towarzystw lekarskich wyraża za naszem pośrednictwem podziękowanie tym kolegom, którzy podjęli się rozsprzedaży biletów loteryjnych, rozesłanych przed paru miesiącami przez Instytut zapomogowy lekarzom w Austryi. Tych zaś kolegów, którzy nie zamierzają zająć się tą rozsprzedażą biletów, a jednocześnie ich nie zwrócili, Instytut uprasza o odesłanie pod adresem: Wien I, Spiegelgasse, 15. Lotterie Kanzlei.

Staraniem Dr. Gerstla odbędzie się w Karlsbadzie d. 11 lipca tombola na rzecz funduszu zapomogowego Instytutu. Arcyksiąże Eugieniusz ofiarował na ten cel złoty zegarek.

* W Cieplicach Trenczyńskich z początkiem bieżącego sezonu oddano do użytku publicznego następujące zakłady: 1) wodoleczniczy; 2) dla mięsienia i gimnastyki leczniczej, zaopatrzony w oryginalne przyrządy Zandera, wreszcie 3) ubikacyę z przyrządem Röntgena.

* Kiedy przed kilku laty rząd Rzeczypospolitej francuskiej wydał ustawę, ograniczającą dotychczasową wolność korzystania z wyż-

szych zakładów naukowych, której użyczano we Francyi cudzoziemcom, pisaliśmy, że naród francuski pozbywa się dobrowolnie wpływu swego ducha na ludy całego świata, że ustawa ta, tak obca tradycyi francuskiej, jest nawskroś pruska, że wojna r. 1870 nie tylko pozbawiła Francyę dwóch prowincyi, lecz co gorsza, popchnęła naród francuski do wyparcia się stuletnich sztandarów i poddania karku pod kaudyjskie jarzmo pruskich idei rasowego egoizmu. *La Semaine médicale* ogłosiła notatkę statystyczną, z której wynika, że w r. 1893 było w Paryżu studentów medycyny cudzoziemców 1137, a w r. 1903 tylko 585. Spostrzerzono błąd, dziennikarstwo nawołuje do odwrotu; lecz czy w tego rodzaju sprawach odwrót jest możebny, zwłaszcza, że przytoczona wyżej ustawa nie jest jedyną przyczyną, dla której cudzoziemcy omijają dziś Francyę?

* Między 27—V a 2—VI doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w powiecie Chrzanowskim i Jarosławskim. W tymże czasie stwierdzono świeże przypadki duru osutkowego w m. Lwowie i w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (2 gm.), czortkowskim (2 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (3 g.), jaworowskim (3 g.), kałuskim (3 g.), lwowskim (2 g.), mościskim (1 g.), myślenickim (1 g.), nadworniańskim (3 g.), niskim (2 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (1 g.), rawskim (2 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), stanisławowskim (2 g.), staro-samborskim (1 g.), stryjskim (2 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (2, g.), trembowelskim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żydaczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXI (24—30—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 80, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 13 (6 zam.), z zapalenia płuc 3 (2 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 3 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. dermatologii w Turynie Giovannini mianowany profes. zwyczajnym. Prof. nadzw. sądowej medyc. Dr. Carrara mian. profesorem zwyczajnym w Cagliari na Sardynii.

Nekrologia. Umarli: Dr. Fr. Saxer, prof. nadzw. i prosektor anat. patol. w Lipsku. Dr. De Smeth, b. profesor psychiatryi w Brukseli. Dr. Dubler, b. prof. medycyny wewn., w Bazylei.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Karwacki: Laseczniki wrzecionowate *(bacilli fusiformes Vincenti)* i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. Winiarski i Żenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie (dok.). Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (dok.). Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (dok.).

— *Medycyna* Nr. 23. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9. Wachholz: O sądowo-lekarskiem znaczeniu próby wątrobowej. Słęk: O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.

— *Kronika lekarska* Z. 11. Motz: Leczenie rzeżączki przewlekłej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 23. Tůma: Posunlivé srdce. Lhota: Posunlivé srdce. Ehler: Příspevek ku pathologii glykosurie. Stock: O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 45. Bosc i Abadie: Czy w rzeczywistości istnieje botryomikoza? De Massary: Wiąd rdzenia, zwyrodnienie protoneuronów dośrodkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Stuertz: Przypadek ciężkiego samozakażenia z kiszek. Pick: O niektórych godnych uwagi budowach guzów z patologii zwierząt, w szczególności o nowotworach dobrotliwych i rakowatych u zimnokrewnych. Schuster: Nauka o wypadkach a neuropatologia i ich wzajemny stosunek. London: Przyczynek do nauki o promieniach Becquerela i do ich fizyologiczno-patologicznego znaczenia. Danelius i Sommerfeld: Leczenie suchot płucnych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Müller: Nowy sposób operacyjny leczenia oderwanej siatkówki. Erdmann i Winternitz: Proteinochrom, klinicznie i bakteryologicznie dotychczas niestosowany odczynnik barwikowy. Thost: Nowe doświadczenia nad istotą i leczeniem gorączki siennej. Leubuscher: Problematyczne przyczyny śmierci oseskow. Wolff: Moczówka prosta. Saenger: Ograniczone gruźlicze zapalenie błon mózgowych. Iberer: Niebezpieczeństwo w kopalniach węgla z powodu tęgoryjca dwunastnicy. Krüger: Mięsienie gruczołu krokowego a białkomocz. Diehl: Przypadek guza powietrznego szyi. Reissig: Maska nosowa do chloroformowania. Jordan: Choroby płciowe a prostytucya.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Panzer: Pojęcie „ciała białkowate“. Posselt: Wpływ swoistych wsysań na aglutynacyę, oraz uwagi nad wartością rozpoznania snrowiczego w durze i czerwonce. Schrötter: Bullinga sposób wdychiwań. Strubell: Yohimbina, jako lek znieczulający. Ullman: Przypadek zranienia jelit podczas dziurawienia macicy narzędziem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 23. Czerny: Guzy i guzy rzekome w okolicy mięśni przywodzących. Schütze: Przypadek tężca głowy ze szczególną etyologią. Tilmann: O wycinaniu żuchwy. Ribbert: Patologia wyrostka robaczkowego. Kertész: W sprawie mechanizmu ścieśnienia jelit. Eicken: Wydobycie odłamka kości drogą naturalną z oskrzela dolnego płata płuca prawego. Longemann: Bezkrwawe leczenie Dupuytrenowskiego przykurczenia palców. Schumburg: Stosowanie spirytusu mydlanego do odkażania narzędzi chirurgicznych.

Nr. 24. Brieger i Diesselhorst: Badania ludzkiego potu. Rose: Nowa metoda operacyjna nieuleczalnych przetok pęcherzowopochwowych. Rothmann: Schorzenie sznurów bocznych a kurczowe porażenie rdzeniowe. Elsner: Kazuistyczny przyczynek do różniczkowego rozpoznania chorób przełyku a żołądka. Grossmann: Niezwykły przebieg żółciolojaka, sięgającego w zatokę i wywołującego tam zakrzep. Katz: Przygotowywanie skrawków dla drobnowidowego rozpoznania przy pomocy anestolu.

Redakcya otrzymała. Domański i Prus: Choroby układu nerwowego (Zeszyt I. »Nauki o chorobach wewnętrznych«). Popielski: Zur Physiologie des Plexus coeliacus. Clemm: Die Gallensteinkrankheit, ihre Häufigkeit, ihre Entstehung, Verhütung und Heilung durch innere Behandlung.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 24 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w klinice lekarskiej U. J.*** posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Kol. prof. Edw. Korczyński mówić będzie „O drżączce“ (*paralysis agitans*). II. Kol. Dr. Latkowski: „O nowych sposobach badania dróg moczowych“ i okaże kultury influency z przypadku, obserwowanego w klinice chorób wewnętrznych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15 202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Rok XLII. Kraków 27 Czerwca 1903. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Zbadanie istoty chorób zakaźnych, odkrycie drobnoustrojów chorobotwórczych, to niewątpliwie najważniejsza, najcenniejsza i najdonioślejsza zdobycz w dziedzinie nauk lekarskich, jaką się poszczycić może druga połowa ubiegłego stulecia. Wielu z nas pamięta czasy, w których się te odkrycia tworzyły. Zrazu nie zdawaliśmy sobie należycie sprawy z ich doniosłości i przyjmowali je dość obojętnie; niebawem atoli praktyczne ich zastosowanie pouczyło nas, jakie to olbrzymie dzieło, które nas już daleko zawiodło i dalej jeszcze zaprowadzić może. Postęp nauk lekarskich, tak szybki w ostatnich dziesiątkach lat, o którym się wciąż mówi i słyszy, zawdzięczamy niewątpliwie tym odkryciom. Jeżeli się oglądniemy poza siebie, jeżeli sobie przypomnimy, jakie zasady istniały w nauce jeszcze przed 30 laty, to musimy powiedzieć, że nastąpił istotny przewrót, że stosunki zmieniły się nie do poznania. Dzisiaj niema żadnego działu w szeregu nauk lekarskich, na któryby te odkrycia nie wywarły swego wpływu. Co więcej, powstał nowy dział nauki: bakteryologia, a higiena rozwinęła szeroko swój zakres. Wszystkie nauki kliniczne okazują od tego czasu bardzo znaczny postęp, najwidoczniejszy w dziedzinie chirurgii, w której się zaznaczał, rzec można, niemal z dnia na dzień z niebywałą szybkością. Dzisiaj wykonywamy zabiegi operacyjne tak śmiałe, o jakich dawniejsi chirurgowie nawet nie marzyli, a co ważniejsza, dokonywamy ich z takimi wynikami, jakimi nauka dawniej nigdy poszczycić się nie mogła.

Dziwić się ktoś może, dlaczego mówię o rzeczy powszechnie znanej i wiadomej; otóż czynię to dlatego, bo sądzę, że nie wszyscy koledzy zdają sobie sprawę z ogromu tego postępu, a mam na myśli najmłodszych i tych, którzy po nas przyjdą. Tylko ci, którzy ostatnie czasy pamiętają, przed których oczyma ten nagły rozwój nauk lekarskich się dokonał, są w stanie należycie go ocenić. Takich pokoleń, któreby takie przewroty w naukach lekarskich widziały, jak to, do którego się zaliczam, sądzę, medycyna niewiele naliczyćby mogła i dlatego też tem silniej ten postęp wiedzy lekarskiej zaznaczyć pragnę.

Zastanawiając się nad wynikami, do jakich doszliśmy dzisiaj w chirurgii, a temsamem w ginekologii i położnictwie, niejednokrotnie przychodziło mi na myśl, że nasze dzisiejsze wyniki są tak świetne, że już o bardzo wiele lepsze chyba być nie mogą, że się przybliżamy prawie do warunków idealnych. Myśli takie rodzić się mogą tylko pod wpływem ogromu i nagłości postępu i dopiero zimna rozwaga otrzeźwia umysł i pokazuje nowe widnokręgi, nowe drogi i nowe obszerne pole do postępu. Nauki lekarskie święciły wiele, bardzo wiele odkryć; następowały przewroty w pojęciach, tworzyły się nowe poglądy, nowe kierunki, które najczęściej ustępowały miejsca innym i nie wiele było między nimi takich, któreby się ostały na zawsze. Te odkrycia, o których mowa, należą do takich doniosłych i niewzruszonych; bo chociażby zaszły w nauce najznaczniejsze zmiany, to rdzenne pojęcia podstawowe pozostać muszą. Nauka musi postępować i musi się zmieniać i niewątpliwie nieodległa przyszłość przyniesie nam inne kierunki, aniżeli te, które dzisiaj mamy; to jednak rzeczy nie zmienia i pewniki raz zdobyte będą tylko podłożem do dalszego rozwoju.

Walka z drobnoustrojami chorobotwórczymi stworzyła w praktyce lekarskiej najpierw postępowanie przeciwgnilne, a na tem ostatniem wykształciło się postępowanie bezgnilne, które dziś panuje w nauce. Już dzisiaj istnieją nowe prądy, które zapowiadają nowe postępy, a rodzą się z poprzednich; mimo to te, które dzisiaj przodują, nie ustąpią z widowni, bo gdyby się wszystko zmieniło, to już ze względów etycznych i estetycznych rdzenne pojęcie czystości, a tem samem i jałowego postępowania, utrzymać się musi. Zdolność samozachowawcza ustroju zwierzęcego, odporność w walce z istotami chorobotwórczemi, to pole dla nowych kierunków, na którem już po dziś dzień nie jedno zrobiono i na którem się nowe postępy w nauce zapowiadają. Może ten nowy kierunek przyćmi znaczenie dzisiejszego ogólnie przyjętego postępowania bezgnilnego, jak na dziś atoli stoi ono niewzruszenie.

Do obowiązków naszych w medycynie praktycznej należy dążność do postępu i rozwoju w nauce; nie mniejszym jednak naszym obowiązkiem jest dążenie do tego, aby to, co nauka już przyniosła, co za pewne i dobre uznała, w jak najszerszych rozmiarach wprowadzić w życie. Zasadom ogólnie przyjętym musimy być wierni, dopokąd ich niezastąpią pewniejsze i lepsze.

Jak już zaznaczyłem, obecnie w medycynie praktycznej kierunek postępowania bezgnilnego jest we wszystkich jej gałęziach przyjęty, rzec można jest panujący. Kliniki uniwersyteckie i dobrze urządzone oddziały szpitalne posiadają ściśle obmyślaną i przeprowadzoną organizacyę w tym celu. Pojęcia, dotyczące tego postępowania, dostatecznie i powszechnie są znane przez ogół świata lekarskiego, co więcej — są znane bodaj z imienia szerszej publiczności, a mimo to nie wszędzie jeszcze dotarły, gdzie dotrzeć były powinny, nie wszędzie wchodzą w praktyczne zastosowanie, gdzieby wchodzić powinny, a co najważniejsze, że lepiej są znane i rozumiane, aniżeli bywają wykonywane. Według mego

przekonania istnieje ogólne nieporozumienie, które jest tego przyczyną i to jest okoliczność, która mnie skłoniła do zajęcia uwagi czytelników „Przeglądu lekarskiego“.

Niejednokrotnie się przekonałem, stykając się z kolegami w praktyce, że w rozmowach koleżeńskich kwestya postępowania bezgnilnego bywa poruszaną bardzo często. Najczęściej kolega zagadnięty zaznacza, że co do postępowania bezgnilnego rzecz tę zna doskonale, rozwija bardzo znaczny zasób wiadomości, żaden szczegół nie zdaje mu się być obcym, twierdzi, że postępowanie jego jest nienaganne, żali się tylko, że usiłowania jego czasami muszą się rozbijać o warunki społeczne, w których pracuje, że zasad, któremi jest przejęty, nie może przeprowadzić w tych warunkach w praktyce i to tylko jest powodem, że czasem mu się zdarza niepowodzenie. Gdy się idzie z tym kolegą do wspólnego działania, spostrzega się, że w postępowaniu bezgnilnem popełnia błędy i usterki, na które, jeżeli się zwróci uwagę, najczęściej milczy, czuje się dotkniętym, a uwagi czynione wydają mu się przesadzone, albo się dziwi, że to lub owo stać się mogło.

Temat ten, jak mi powiadano, bywa często przyczyną sporów koleżeńskich, rozdwojenia i rozgoryczenia. Jak to zwykle i gdzieindziej w życiu bywa, swoich błędów się nie widzi, zato cudze się łatwo dostrzega, a jeżeli się je wytyka, to i spór gotowy.

Daleki jestem od tego, abym zarzucić chciał komukolwiek z kolegów nieuctwo, niesumienność, albo złą wolę; owszem, jestem wręcz przeciwnego zdania, gdyż jestem przeświadczony, że każdy niemal z kolegów szeroko po kraju rozrzuconych działa, postępuje i myśli w dobrej wierze, każdy postępowanie bezgnilne rozumie, zasady zna, zastosować je zawsze pragnie i sądzi dobrze, a jeżeli wykonanie szwankuje, to nie jego w tem wina, ale ogólnego nieporozumienia, które wykazać pragnę.

Zasady postępowania bezgnilnego są tak proste i pojedyncze, tak łatwo zrozumiałe, że żaden lekarz nie może mieć trudności w przyswojeniu sobie wyobrażenia o tym kierunku. Są to zasady bezwzględnej czystości, które i prostaczkom są zrozumiałe i szerokim masom do pewnego stopnia są znane. Część oświecona publiczności wie dobrze, że postępowanie bezgnilne jest rzeczą bardzo ważną, że przez lekarzy powinno być przestrzegane. Lekarze o tem wiedzą, że publiczność jest świadoma rzeczy i że od lekarzy wymaga, aby się posługiwali tem postępowaniem. Każdy lekarz widzi codziennie, że wyniki przy postępowaniu bezgnilnem są świetne, że posługiwanie się niem w praktyce jest bardzo korzystne.

Wobec tego własny dobrze zrozumiany interes, jeżeli nie zamiłowanie do nauki, zniewala każdego lekarza do tego, aby się jak najlepiej zapoznał z postępowaniem bezgnilnem.

Wiemy, jak skwapliwie lekarze notują sobie wiadomości o nowych lekach, którym bywają przypisywane pewne własności, chociaż wiedzą, że te wiadomości nie zawsze pewne, a nowe leki często zawodzą. Tem skwapliwiej też notują wszystko, co się odnosi do kwestyi postępowania bezgnilnego, bo ono dotyczy nie nowostki, ale rzeczy bardzo doniosłej, ogólnie przyjętej, bez której iść dzisiaj nie można, o której publiczność wie i żąda jej od lekarza, a która przynosi lekarzowi w praktyce nieocenione korzyści.

Koledzy czytają skwapliwie prace, traktujące o postępowaniu bezgnilnem, sprowadzają broszury i dzieła, dotyczące tego przedmiotu, szczególnie zaś ci koledzy, którzy osiedlili się z dala od głównych ognisk nauki, a którym przyswajanie sobie nowych sposobów postępowania sprawia niewątpliwie pewne trudności. Wielu przypatruje się kolegom, o których słyszą, że zasady postępowania bezgnilnego ściśle zastosowują, a niektórzy udają się do szpitali, do klinik krajowych i zagranicznych, aby się rzeczy bliżej przypatrzeć. Tych ostatnich najmniej i to zupełnie naturalne, bo nie każdemu na to pozwalają już to obowiązki zawodowo służbowe, już to praktyka prywatna, już też wreszcie środki materyalne. Jedni i drudzy z kolegów zgłębiają przedmiot, zapoznają się ze szczegółami i sądzą, że im to wystarczy. Najwięcej korzystają niewątpliwie ci koledzy, którzy różne szpitale i kliniki zwiedzają i ci też najwięcej krytycznie na rzeczy się zapatrują. Większość łudzi się bezwiednie, że nad postępowaniem bezgnilnem panuje i że go w praktycznem postępowaniu ściśle przeprowadza.

Sądzę, że nie sam zrobiłem spostrzeżenie, że ci koledzy, którzy są znani jako doskonali aseptycy, którzy zasady postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego z całą ścisłością i dokładnością przeprowadzają, którzy je co dnia praktycznie wykonują, którzy nad rzeczą, rzec można, panują, mają co do swego postępowania wątpliwości i skrupuły; podczas gdy ci, których postępowanie wiele do życzenia pozostawia, są pod tym względem swobodni i pewni swego postępowania. Polega wszystko na pewnem ogólnem nieporozumieniu, które widzę w tem, że wielu kolegów uważa postępowanie bezgnilne w praktyce lekarskiej, jako dział praktycznej nauki lekarskiej, podobny do innych działów tej nauki, z którym się zapoznać, który zbadać, zgłębić i którego nauczyć się można i że to wreszcie do praktyki wystarcza. Otóż twierdzę, że tak nie jest. Postępowanie bezgnilne nie jest celem praktycznej działalności, ono jest bardzo doniosłym, ale tylko jakościowym sposobem przeprowadzania pewnych celowych czynności lekarskich. (C. d. n.).

II Z oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Przyczynek do etyologii opadnięcia błony śluzowej cewki moczowej (*prolapsus urethrae*) u kobiet.

Podał

Dr. Jan Lachs.

kierownik oddziału.

Jeszcze w roku 1877 twierdził Winckel w swoim podręczniku „O chorobach cewki i pęcherza moczowego“, że opadnięcie błony śluzowej cewki u kobiet jest nadzwyczaj rzadkiem cierpieniem, przytaczając na dowód tę okoliczność, że jemu samemu raz tylko zdarzyło się spotkać z tem zboczeniem. Winckel rozumiał przez to jedynie opadnięcie błony śluzowej w całym obwodzie cewki, ponieważ częściowe, lub nieznacznego stopnia opadnięcie spostrzegał często. Od tego czasu zmieniły się wprawdzie zapatrywania ginekologów na nadzwyczajną rzadkość tego cierpienia; lecz i dziś jeszcze należy przyznać, że istotnie należy ono do nieczęstych cierpień kobiecych. Główna zasługa należy się w tym kierunku Kleinwächterowi, który w pracy, zatytułowanej *Der Prolaps der weiblichen Urethra* zebrał 100

przypadków tego cierpienia z spostrzeżeń własnych i z piśmiennictwa. W dalszym ciągu zaczęto się tą sprawą nieco uważniej zajmować tak, że już w roku 1895 mógł Kümmel powołać się na 150 przypadków, należących do tego zboczenia. Jeżeli do tych 150 przypadków dodamy jeszcze i późniejsze, mianowicie 8 opisanych przez Singera z kliniki Chrobaka, natenczas nie oddalimy się zbyt od prawdy, gdy przyjmiemy, że liczba przypadków opadnięcia cewki, opisanych do dnia dzisiejszego wynosi, mniej więcej około 175. Ponieważ pierwszy tego rodzaju w piśmiennictwie znany przypadek opisany został w roku 1732, a ogółem na 170 lat przypada 175 przypadków, przeto należy jeszcze i dzisiaj ogłaszać wszelkie znaczniejszego stopnia opadnięcia cewki, gdyż tylko w ten sposób uda się zbadać ciągle jeszcze niejasną przyczynę tej choroby. Wychodząc z tego zapatrywania ogłaszamy i nasz przypadek.

Dnia 8 grudnia zgłosiła się do szpitala izraelickiego w Krakowie 68-letnia wdowa, która przybyła z małego miasteczka galicyjskiego, skarżąc się na bardzo silne parcie na mocz, oraz krwawe moczenie. Pacyentka rodziła prawidłowo i lekko 10 razy, nie roniła nigdy; miesiączkowała zawsze regularnie, a ostatni raz w 48-mym roku życia. Od tego czasu nigdy nie krwawiła i była zawsze zdrową. Kilka tygodni przed zgłoszeniem się do szpitala użalała się na bole w krzyżach, z powodu czego lekarz pacyentki założył 2 grudnia roku 1902 do pochwy krążek kauczukowy Meyera. Bezpośrednio potem zwiększyły się bole w krzyżach i w okolicy odbytnicy i wystąpiło tak silne parcie na mocz, że pacyentka musiała oddawać go co 3—5-ciu minut dniem i nocą. Mocz bezwiednie nigdy nie odpływał. W trzy dni po założeniu krążka wystąpiło uczucie pieczenia w pochwie i mocz krwawy; wszystko to spowodowało pacyentkę do przybycia do Krakowa.

Chora wchodzi na salę silnie zgarbiona i z wyrazem ciężkiego cierpienia. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nie można wykazać żadnej nieprawidłowości. Części płciowe zewnętrzne uległy zwykłej zmianie starczej. Pomiędzy wargami sromowemi, w ich górnej trzeciej części, sterczy guz walcowaty, wielkości jaja kurzego, barwy ciemno-czerwonej, w którego przedniej powierzchni zauważyć można zagłębienie wielkości ziarnka prosa. Guz, pokryty gładką błoną śluzową, graniczy u podstawy i od góry z łechtaczką, a od dołu z zewnętrznym brzegiem przedniej ściany pochwy. Sama podstawa jest przewężona, a błona śluzowa, pokrywająca guz zbitości elastycznej i bardzo bolesny, przechodzi w błonę śluzową cewki moczowej. Cewnik, wprowadzony przez wyżej wspomniane zagłębienie, wchodzi do pęcherza i odprowadza zaledwie kilka kropel prawidłowo oddziaływającego, czystego moczu. W pochwie znajduje się twardy kauczukowy krążek Meyera. Ściany pochwy gładkie, silnie napięte, a część pochwowa, macica i części dodatkowe nie różnią się niczem od zwykłego obrazu, napotykanego zazwyczaj w częściach rodnych kobiet starych. Więzadła szerokie — wolne.

Wydobycie krążka, uciskającego dosyć silnie tylną ścianę spojenia łonowego, przedstawia znaczne trudności i jest bardzo bolesne, lecz ostatecznie udaje się. Przy badaniu wziernikiem prócz odleżyny na tylnej ścianie pochwy, pochodzącej od krążka, nie można zauważyć żadnych nieprawidłowości.

Co się tyczy rozpoznania, to przez chwilę myślano na pierwszy rzut oka o nowotworze. Złudzenie to trwało jednakowoż bardzo krótko, ponieważ wprowadzenie cewnika i ta okoliczność, że błona śluzowa guza przechodzi w błonę śluzową cewki, jakoteż niemniej, że tak szybko się rozwinął, wyjaśniły sytuacyę i nie pozostawiały żadnych pod tym względem wątpliwości.

Po ustaleniu rozpoznania szło już jedynie o znalezienie przyczyny cierpienia i o jego usunięcie. Z tego powodu próbowaliśmy przedewszystkiem odprowadzić opadniętą błonę śluzową, co wobec krótkiego stosunkowo trwania choroby mogło przedstawiać dobre widoki. Gdy się jednak próby w tym kierunku nie powiodły, musiano ich zaniechać i zalecono okłady z płynu Burowa. Po upływie 24 godzin guz się nie zmniejszył, a nadto można było zauważyć u samego ujścia zewnętrznego cewki, a więc w miejscu zagłębienia na przedniej podstawie, złogi martwicze.

Wobec tego musieliśmy zaniechać leczenia zachowawczego i zastanowić się nad sposobem operacyjnym, prowadzącym szybko do celu. Po poprzedniem znieczuleniu kokainą rozszczepiliśmy lewą ścianę guza zapomocą nożyczek, wprowadziwszy jedno ramię do przewodu, stanowiącego niejako dalszy ciąg cewki anatomicznej, cięciem, sięgającem aż do miejsca przewężenia, a drugiem cięciem oddzieliliśmy przednią ścianę od reszty cewki. Po poprowadzeniu tych dwóch cięć, a zatem jeszcze przed całkowitem odcięciem całej opadniętej części, założyliśmy na brzegi rany dwa jedwabne szwy węzełkowe, łącząc w ten sposób brzegi błony śluzowej wewnętrznej z zewnętrznym brzegiem cewki. Dopiero po założeniu tych dwóch szwów oddzieliliśmy cięciem trzeciem resztę opadniętej części, a po zeszyciu brzegów rany zapomocą dalszych jedwabnych szwów węzełkowych wprowadziliśmy cewnik trwale pozostający, poczem chorą ułożono w łóżku. Utrata krwi była podczas tego zabiegu bardzo nieznaczna. Gojenie się szybko postępowało, a siódmego dnia usunięto szwy.

Najbardziej zajmująco przedstawia się w naszym przypadku czynnik etyologiczny, gdyż on może nieco wyjaśnić dość ciemną jeszcze stronę tego cierpienia. Pośród przyczyn, wywołujących tę chorobę, musimy rozróżnić takie, które ją wywołują bezpośrednio i takie, które jedynie w tym kierunku usposabiają. Do pierwszego rodzaju przyczyn należą choroby pęcherza i kamienie pęcherzowe, ciała obce, znajdujące się przypadkowo w pęcherzu i nowotwory błony śluzowej cewki. Drugiego rodzaju przyczyny stanowią złe odżywienie ogólne, pewien wiek, zmiana w położeniu i rzeżączka części rodnych, ciężkie lub znacznie się przedłużające porody, nadmierna wielkość światła cewki i zły zwyczaj niektórych kobiet zbyt długiego zatrzymywania moczu. Dawniej przypisywano także pewne znaczenie w tym kierunku nadmiernemu spółkowaniu, co jednakowoż od czasu ogłoszenia pracy Kleinwächtera nie wchodzi więcej w rachubę.

Co się tyczy kamieni pęcherza, to nie znalazł ich nigdy Kleinwächter w przypadkach przez siebie opisanych. Natomiast Chrobak, jak podaje Singer, znachodził obce ciała w pęcherzu i przypisywał im w przypadkach swoich znaczenie etyologiczne.

Dalszą bezpośrednią przyczynę opadnięcia błony śluzowej cewki stanowią nowotwory, dotychczas powszechnie uważane za naczyniaki, a które, jak to M. Lange wykazał, należy uważać za nowotwory typu ziarniniaków, nadmiernie unaczynionych brodawczakowatych, lub też teleangiektatycznych polipów śluzowych. Naczyniaki te znajdują się dosyć często, a działanie ich należy prawdopodobnie w ten sposób pojmować, jak działanie guzów, wynicowujących macicę. Z drugiego rodzaju przyczyn, t. j. usposabiających, należy przedewszystkiem wymienić podupadanie ogólnego odżywienia, które pociągając za sobą ogólne zwiotczenie tkanek, ułatwiają opadnienie błony śluzowej.

Ważny, jakkolwiek niewyjaśniony dotychczas wpływ wywiera w tym kierunku wiek chorej. Podług obliczenia Kleinwächtera pierwsze miejsce zajmuje ze względu na skłonność do tej choroby dziecko w wieku od $1^1/_4$—15 lat z 66,1%; a drugie miejsce kobieta po utracie miesiączki z 22,03%. Liczby te staną się do pewnego stopnia zrozumiałe, jeżeli będziemy je chcieli tłómaczyć tak u dzieci, jak i u kobiet starszych ogólnem zwiotczeniem tkanek. Dlaczego

jednak właśnie dzieci stanowią tak wysoką liczbę odsetkową, na to brak do dnia dzisiejszego odpowiedzi.

Zmiany w położeniu części rodnych wchodzą o tyle w grę, o ile one już same przez się są skutkiem i dowodem zwiotczenia i wywołują następowo parcie na mocz. Z tego ostatniego powodu należy tu wymienić i rzeżączkę; z drugiej strony zapalenie rzeżączkowe usposabia do powstawania ziarniniaków, a temsamem i do opadnięcia cewki.

Ciężkie lub przedłużające się bardzo porody powodują parcie na mocz przy dłuższem ugniataniu części przodującej, zwłaszcza, jeżeli nią jest twarda główka. Parciem zaś na mocz mogłaby kobieta, teoretycznie rzecz biorąc, wyprzeć i błonę śluzową. Przeciw temu czysto teoretycznemu rozumowaniu przemawiają jednak dotychczasowe spostrzeżenia. Jeżeli się bowiem bliżej przypatrzymy statystyce Kleinwächtera, natenczas zauważymy, że autor ten przytacza jedynie cztery kobiety, które zachorowały w pięć tygodni po pierwszym porodzie. Dopiero od roku 1899 zaczęły się zmieniać zapatrywania lekarzy w tym kierunku. Meyer (w roku 1899) i Pinkus (w roku 1901) ponownie zwrócili uwagę na stosunek, zachodzący między porodem, a opadaniem błony śluzowej cewki i poparli swoje twierdzenia dowodami. Następstwem tego jest powrót do dawnego, teoretycznie tylko przyjętego przypuszczenia.

Ważną rolę odgrywa w tych schorzeniach nieprawidłowo szerokie światło cewki moczowej. Kleinwächter znalazł je trzy razy. Takąsamą liczbę znaleziono w klinice Chrobaka, pomimo znacznie mniejszej liczby wogóle spostrzeganych przypadków. Jeżeli jeszcze zwrócimy uwagę na częstość tej nieprawidłowości, spostrzeganej przez innych autorów, to będziemy musieli przyznać, że towarzyszy ona będącemu w mowie cierpieniu względnie często. Czy jednakowoż to rozszerzenie cewki należy uważać za cierpienie pierwotne, czy też następowe, na razie jest to jeszcze rzeczą nierozstrzygniętą.

Skoro ogólne lub miejscowe zwiotczenie tkanek stoi w pewnym przyczynowym związku z cierpieniem omawianem, natenczas należy zwrócić uwagę na zwyczaj niektórych kobiet nader rzadkiego oddawania moczu. Nadmierne i zbyt częste rozciąganie pęcherza moczowego wywołuje jego zwiotczenie, a w dalszem następstwie jego niedomogę i inne cierpienia pęcherza; choroby zaś pęcherza mogą, jak wyżej wspomnieliśmy, wywołać opadnięcie błony śluzowej.

Zastanawiając się nad przyczynami, które mogły spowodować cierpienie u naszej pacyentki, znajdujemy dwie, które w tym kierunku wskazać możemy. Pierwszą jest wiek chorej, który jednak bezpośrednią przyczyną tak ostro przebiegającego cierpienia być nie mógł. Opadnięcie cewki mogło tu raczej spowodować wprowadzenie zbyt dużego krążka Meyera, który ugniatał zarówno tylną ścianę pochwy, jak i tylną ścianę spojenia łonowego. Bezpośrednio po założeniu krążka wystąpiło, jak wiadomo, silne parcie na mocz, chora parła przez 72 godzin bez przerwy, aż wyparła ostatecznie błonę śluzową cewki.

Przypadek nasz przemawia tak dobitnie za znaczeniem parcia na mocz w etyologii tego schorzenia, że zachęca wprost do przyjęcia go za najważniejszy czynnik etyologiczny i zmusza do dopatrywania przyczyny w cierpieniach pęcherza, w nowotworach cewki i ciężkich lub długo trwających porodach o tyle, o ile sprawy te wywołują rzeczywiście potrzebę parcia na mocz. Z chwilą, w której to parcie występuje, pracuje tłocznia brzuszna i nie przestaje, dopóki nie ustaje to przykre uczucie, lub też dopóki nie wyprze błony śluzowej cewki. Do tego tłómaczenia uprawnia nas przypadek opisywany tembardziej, że oświetlenie jamy pęcherza zapomocą cystoskopu wykazało wszędzie zupełnie zdrową błonę śluzową pęcherza, a mocz okazał się przy rozbiorze chemicznym zupełnie prawidłowy.

Z dość licznych sposobów leczenia należy się pierwszeństwo metodzie zachowawczej, a mianowicie odprowadzeniu opadniętej części błony śluzowej. Niestety nie zawsze daje ono pożądany wynik i nie każdy przypadek nadaje się do tego rodzaju postępowania. Odprowadzenie udaje się jedynie w najświeższych przypadkach, w których część opadnięta jeszcze niebardzo obrzękła. Nadto należy próbować odprowadzania jedynie wtedy, gdy błona śluzowa nie okazuje jeszcze znacznych zmian odżywczych, jak to było np. w naszym przypadku. Nie potrzeba wyjaśniać, że przez odprowadzenie tak zmienionej błony śluzowej przynieślibyśmy chorej raczej szkodę, aniżeli korzyść, gdyż zgorzel błony śluzowej i jej następstwa nie dałyby długo na siebie czekać. Nadto nie należy sobie obiecywać po odprowadzeniu trwałego wyleczenia, albowiem podobne opadnięcia zdarzają się zazwyczaj u osób, już do tego usposobionych. Usposobienie to zaś zwykle trwa i nadal. Odprowadzać zaś można jednorazowo, lub też w kilku posiedzeniach, jak to Giulini poleca. Odprawadzenia kilkuczasowego nie można uważać za idealne z powodu bardzo niepewnych wyników i znacznej bolesności.

Gdy leczeniem zachowawczem nie osiągamy wyników zadowalniających, musimy działać energiczniej, t. j. rozpocząć leczyć chirurgicznie. W tym celu należy użyć środków żrących, jak dymiący kwas azotowy, którego użyto w klinice Chrobaka, lub też przyżegadła, noża lub nożyczek.

Przyżegadła należy użyć do całkowitej amputacyi opadniętej części, albo też jedynie do promienistego jej przyżegania. To przyżeganie promieniste robi się w ten sposób, że przepala się błonę śluzową od strony światła guza na wskróś i czeka na jej zabliźnienie i skurczenie się. Ponieważ jednak pomiędzy bliznami pozostają części błony śluzowej nie przyżegniętej, wypada częstokroć kilkakrotnie powtarzać ten zabieg; z tego powodu nie można tego postępowania zbyt gorąco zalecać. Także i amputacya całkowicie opadniętej części zapomocą przyżegadła nożykowatego nie należy do idealnych sposobów leczenia tego cierpienia, gdyż po niej przychodzi często do zwężeń cewki.

Najpewniej i najszybciej osiąga się cel pożądany przy pomocy noża chirurgicznego, lub też nożyczek. Z metod operacyjnych wchodzą tu dziś w rachubę głównie dwie: jedna jest dokładnem powtórzeniem tej, jaką podał Hegar dla leczenia opadnięcia pochwy, a wykonał ją po raz pierwszy Knauer w klinice Chrobaka. Sposób ten polega na tem, że wycina się z przedniej ściany wynicowanej części płat kształtu owalnego i zeszywa następnie ze sobą brzegi rany zapomocą węzełkowych szwów jedwabnych. Z tylnej zaś ściany wycina się, podobnie jak to Hegar zaleca przy pęknięciu międzykrocza, prawie trójkątny płat błony śluzowej, lecz tak, by podstawa płata przekraczała zewnętrzny brzeg cewki i zeszywa się brzegi rany znowu zapomocą węzełkowych szwów jedwabnych. Wyniki tego sposobu uważa Sin-

ger, który go po raz pierwszy opisał, za bardzo zadawalniające. Drugą metodą, wprawdzie starszą, lecz o wiele prostszą, jest amputacya wypadniętej części zapomocą noża, lub też nożyczek. Zabieg ten daje się z powodu swej prostoty bardzo łatwo wykonać. Po amputacyi należy brzegi rany spoić ze sobą zapomocą szwów jedwabnych. Pamiętać jednak trzeba o tem, by nie pozwolić pozostałej błonie śluzowej cewki cofać się do wnętrza, gdyż toby spowodowało trudności przy zakładaniu szwów. Z tego powodu radzą niektórzy przytrzymać ją zapomocą haczyków. Ponieważ jednak bywa ona zazwyczaj w tych przypadkach obrzękłą i kruchą z powodu zmienionych warunków odżywczych, dlatego haczyki często się wyrywają. Chcąc temu, jakoteż niemniej kaleczeniu błony śluzowej z powodu częstych ponownych wbijań haczyków zapobiedz należy, podobnie jak myśmy postępowali, raczej amputować częściami i szyć. To postępowanie ma jeszcze i tę zaletę, że zapobiega silniejszemu krwawieniu, a z tą okolicznością należy się tu zawsze liczyć.

Wracając do naszej chorej, musimy jeszcze zauważyć, żeśmy tego ostatniego sposobu użyli dlatego, że obiecywaliśmy sobie po nim najlepszego wyniku. Opadnięcie było wprawdzie tak znaczne, że nie przedstawiałoby trudności technicznych dla sposobu Knauera. Wskazaniem jednakowoż do postępowania tak doszczętnego, albowiem połączonego z tak znacznym ubytkiem błony śluzowej, były znaczne jej zmiany odżywcze, które kazały źle wróżyć przy zastosowaniu pierwszego sposobu.

Prócz tych dwóch sposobów mogły tu jeszcze wchodzić w rachubę sposób Emmeta, polegający na rozszczepieniu przedniej ściany pochwy, wciągnięciu i wszyciu w rozszczep opadniętej cewki, jakoteż i ten, który polega na założeniu podwiązki na część opadniętą. Obydwa te sposoby są jednak dziś już zaniechane. Pierwszy z powodu wielkości i niepewności zabiegu, a drugi, ponieważ jest z dzisiejszego stanowiska nauki zbyt niechirurgiczny.

Leczenie pooperacyjne polega na założeniu cewnika *à demeure* i zupełnym spokoju. I myśmy wprowadzili chorej cewnik. Skoro jednak na drugi dzień po operacyi mocz spływał obok cewnika, usunęliśmy go całkiem, poczem znowu zwieracz pęcherza zaczął działać prawidłowo. Moczu odtąd wogóle więcej nie odprowadzano, lecz pacyentka oddawała go stale sama, a mimoto sprawa gojenia się postępowała prawidłowo tak, że skoro siódmego dnia szwy wyjęto, była już wyleczoną. Po dwunastu dniach chora opuściła oddział, nie użalając się na żadne przypadłości ze strony pęcherza. Dziś zaś, a więc w przeszło sześć miesiący po wykonaniu zabiegu, ma się również dobrze.

Ten wynik zachęca nas do niezakładania w przyszłości cewnika w podobnych przypadkach.

Piśmiennictwo. 1) F. v. Winckel: Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre. Billrotha »Handbuch der Frauenkranheiten«. Stuttgart, 1877. 2) Benicke: Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei jungen Mädchen. Odczyt w Tow. gin.-pol. berlińskiem. Sprawozdanie w »Zeitschrift f. Geb. und Gyn.« T. XIX, 1890. 3) L. Kleinwächter: Der Prolaps der weiblichen Urethra. »Zeitschr. f. Geb. und Gyn.» T. XXII, 1891. 4) Graefe: Ueber einen Fall von Prolaps der weiblichen Harnröhre. »Centralblatt f. Gyn.« T. XVI, 1892. 5) Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa gin. w Hamburgu z dnia 27 kwietnia 1894. »Centr. für Gyn.« T. XX, 1896: Kümmel: Ueber Urethralprolaps der Frauen. 6) Cuzzi i Resinelli: Vorfall der Schleimhaut der weiblichen Harnröhre. Sprawozdanie w »Centr. f. Gyn.« T. XX, 1896. 7) H. Wohlgemuth: Zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. »Deutsche med. Wochenschrift» T. XXIII, 1897. 8) Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa ginekologiczno-położniczego we Wiedniu z 19-go stycznia 1897 w »Centr. f. Gyn.« T. XXI, 1897. Ewald. 9) Bagot (Denver): Bemerkung über die Pathologie des vollständigen oder ringförmigen Vorfalls der Harnröhrenschleimhaut beim Weib nebst Bericht über einen Fall. Med. News. 1897. Sprawozdanie w »Centr. für Gyn.« T. XXI, 1897. 10) W. Sipila: Ueber Prolaps (Angiom) der weiblichen Urethralschleimhaut w Engeströma »Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik in Helsingfors« T. I, 1897. 11) B. Singer: Zur Pathologie und Therapie des Urethralprolapses beim weiblichen Geschlechte. »Monatschrift f. Geb. und Gyn.» T. VIII, 1898. 10) Sprawozdanie z posiedzenia Tow. gin. w Lipsku z 18-go października 1897 w »Centr. f. Gyn.« T. XXII, 1898. 13) M. Meyer: Zur Casuistik der Erkrankungen an der weiblichen Harnröhre. »Archiv f. Gyn.« T. LIX, 1899. 14) Bericht über die Sitzung der Niederländischen geb. Gesellschaft vom 12. Marz 1899. »Centr. f. Gyn.« T. XXIII, 1899. Kijhoff. 15) Bericht über die Sitzung der Niderländischen gynäkol. Gesellschaft vom 13. Mai 1900. »Centr. f. Gyn.« T. XXIV, 1900. 16) Glaevecke: Ueber den Prolaps der Urethra beim weiblichen Geschlecht. »Münchener med. Wochenschrift» T. XLVIII, 1901. 17) Bente: Ueber einen Fall von Prolaps der Urethra bei einem fünfjährigen Mädchen. *Tamże*. 18) A. Pinkus: Beitrag zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblichen Urethra. »Berliner klin. Wochenschrift« T. XXXVIII, 1901. 19) Delagénière: Resektion des Endes der weiblichen Urethra zur Behandlung der Polypen der Harnröhre, des Prolapses derselben und der Urethrocele. Arch. prov. der Chir. 1900. Sprawozdanie w »Centr. für Gyn.« T. XXV, 1901. 20) M. Lange: Ueber die sogen. Carunkeln der weiblichen Urethra. „Zeitschrift für Geb. und Gyn.« T. XLVIII, 1901.

III. Uwagi z powodu artykułu Docenta Dra Sołowija „O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doborze położnych“ *(Przegląd lek. 22 i 23)*.

Podał

Docent Dr. W. Bylicki.

Do poczynienia moich uwag w sprawie, o którą chodzi, zmusza mię przedewszystkiem ta wielka waga, jaką kol. Sołowij przykłada do reformy przepisów służbowych dla położnych i to dopominanie się o umieszczenie w nich obowiązku używania sublimatu do odkażania rąk, tak zupełnie, jakby ktoś o takie przepisy służbowe dbał i ich się kiedykolwiek trzymał.

Upominając się zaś tak gorąco o sublimat w przepisach służbowych, musi chyba kol. Sołowij spodziewać się po jego wprowadzeniu polepszenia stosunków zdrowotnych? A przecież w sprawie odkażania rąk znaczy nie sublimat, ale cała metoda, którą trzeba umieć, która musi się stać drugą naturą, a w której sublimat jest ostatnim aktem o tyle tylko wielkiej wagi, o ile wielką wagę przyłożono do dwoch pierwszych aktów, a bez nich jest, śmiało można to twierdzić, bez znaczenia. A któż nauczył się lub się nauczy metody odkażania z przepisów służbowych? Dajmy im pokój: niech pozostaną „w stanie trwałego spoczynku“; postęp o nie się nie troszczy, niczego one poprawić, ani popsuć nie są w stanie; nie tędy droga do polepszenia stosunków. A gdyby od jednego ministeryalnego rozporządzenia w tej materyi miało coś zależeć, coś, co jest złem, naprawić się, to niezawodnie takie rozporządzenie dawnoby już zostało wydane.

Że liczba dobrych położnych w porównaniu z całą ich mnogością jest niknąco małą, to żadnej nie ulega wątpliwości. Ale że w tem złem żadnej roli nie odgrywają przepisy służbowe, to także żadnej nie ulega wątpliwości.

Zapytajmy zatem, jakie są przyczyny takiego trwałego stanu? W pierwszym rzędzie wypada się zwrócić ku szkołom położnych, a raczej ku systemowi nauczania. Bez względu na to, czy on jest wadliwy w obu szkołach krajowych, ogólnie pozwoliłbym sobie uczynić tę uwagę, że zakres nauki jest za obszerny, że dużo się rzeczy podaje, które wywietrzeją bez pożytku i ze szkodą pogłębienia rzeczy istotnie ważnych.

Drugie ważniejsze i pewniejsze złe polega na bardzo złym materyale, z jakim nasze szkoły mają do czynienia.

Gdy potrzeba położnych, szczególnie po wsiach i małych miastach jest wielka, zatem istnieje hasło: „nie utrudniać, ale ułatwiać“.

Odpowiednio do tego przyjmuje się każdą prawie zgłaszającą się do szkoły; a wśród roku szkolnego, gdy się już można zapoznać z materyałem, z jakim się ma do czynienia, niczego się nie czyni, aby całkiem nieuzdolnione uczennice zostały ze szkoły wydalone przed końcem pierwszego półrocza.

To byłby pierwszy mój projekt reformy, bo z tępych umysłowo żadna szkoła nie zdoła uczynić dobrych położnych.

Kto zna te kobiety, które ukończyły dwuletni kurs położnictwa w Petersburgu, polki szczególnie, tego uderzą dwie rzeczy: wielka wprawa i włożenie się w postępowanie ochronne, a powtóre, o wiele a wiele wyższa sfera towarzyska, do jakiej te kobiety należą, a odpowiednio temu i całkiem odmienne ich traktowanie. Ale i w tym, o tyle lepszym od naszego materyale, wśród dwuletniej nauki czyni się wybór, usuwając od dalszych studyów prawie co półrocze mniej uzdolnione. Hasło tam jest zatem całkiem odmienne i brzmi: „utrudniać, aby mieć tylko dobre położne".

Następnie dodajmy do tego naszego marnego materyału to, że cała nauka trwa zaledwo 9 miesięcy, nauka, której uczniowie za 9 miesięcy nie są w stanie przetrawić gruntownie, a będziemy mieli drugie złe, na którem polega sprawa pożałowania godnego stanu.

I cóż wobec takich przyczyn znaczą przepisy, gdy położna widzi, że w dobrej szkole ich się nikt nie trzyma i gdy, obowiązkowego dla niej kwasu karbolowego, jak rok długi nie ujrzy?

Pojmując, że na wsiach i w małych miastach panują opłakane stosunki, podnieść to muszę, że każdy ginekolog, w większem praktykujący mieście, rozporządza kilku doskonałemi, a kilkunastu dobremi położnemi, które chętnie przy sobie widzi i poleca. Z tych doskonałych, które ja znam, dwie były położnemi klinicznemi, a reszta przez dobry przykład i uwagi czynione im przezemnie lub przez innych kolegów, wprawiła się tak, że zupełnie odpowiada nowoczesnym wymaganiom.

Są to zatem położne, które przedewszystkiem przepisów służbowych nie znają i dlatego ich nie wypełniają; ale za to przygotowują sobie w domu ciężarnych lub rodzących kilkadziesiąt butelek przegotowanej wody (gotowanej razem z butelkami), zatkanych watą Brunsa, zmaczaną w sublimatowym roztworze, które dokładnie znają metodę odkażania rąk i to odkażanie, do którego używają sublimatu, powtarzają w miarę potrzeby, które ile możności rodzących wewnętrznie nie badają, a rodzące i ciężarne zewnętrznie obmywają jedynie przegotowaną wodą, które nigdy do badania nie używają żadnego tłuszczu, ale badają jedynie ręką mokrą, wyjętą z roztworu sublimatowego, które żadnych wstrzykiwań u położnic nie wykonywają, które posiadają ciepłomierz do mierzenia ciepłoty wody i ciała, pępowinę podwiązują tasiemeczkami, wyjętemi z roztworu sublimatowego, a niektóre z nich posiadają roztwór protargolu lub octanu srebrowego z mojego przepisu, o który same się dopominają. Żadna z nich zaś, bez wyjątku, nie wymywa po ssaniu ust noworodka, aby nie zaszczepiać po starciu przybłonka pleśniawek i udaje im się to doskonale.

Ilość położnych tak dobrych jest co prawda niknąco małą i jedynie ograniczoną do wielkich miast; ale z tego faktu, że one są, a są niemi mniej przez szkołę, niż przez częste zetknięcie się z dobrymi położnikami, wynika jeszcze jeden środek polepszenia w kraju obsługi rodzących: przez polepszenie jakości położników, którzy aseptykę znają i dobrze ją wykonywują, którzy zatem położnej głupiej i złej obok siebie nie zniosą, zdolniejsze zaś i dobre pouczać i dokształcać będą własnym dobrym przykładem, który działa i tu tak potężnie, jak i w innych kierunkach ludzkiej czynności.

O ile też poznałem uczniów tutejszej kliniki położniczej, to mam prawo sądzić, że ci to zadanie wysoce kulturalne spełnić potrafią i spełniać będą.

Taki byłby ogólny zarys zadań do spełnienia w celu istotnej poprawy obsługi rodzących i stosunków zdrowotnych bez pomocy „reformy przepisów służbowych".

Na zakończenie jeszcze podnieść mi wypada, że żądanie kolegi Sołowija, aby położne posiadały „wyjałowioną watę i waselinę" może być w wykonaniu wręcz szkodliwe i niebezpieczne dla rodzących.

Bez względu bowiem na to, że najbezpieczniej jest niedowierzać wacie, fabrycznie wyjałowionej, to można się łatwo domyślić, co się stanie z taką watą raz otworzoną, którą położna w dalszym ciągu uważać będzie za wyjałowioną, do czego ma być jeszcze zachęcaną przepisami służbowymi.

To samo stanie się i „z wyjałowioną waseliną", którą kol. Sołowij uważa za konieczną, a ja każdy środek podobny, użyty pomiędzy ręką, wyjętą z sublimatu, a badaniem wewnętrznem, muszę uważać za wysoce niebezpieczną przerwę w toku postępowania ochronnego, za cofanie się, a nie za postęp i mam nadzieję, a nawet pewność, że w tym kierunku nie jestem odosobniony.

IV. Odpowiedź na uwagi Docenta Dra Bylickiego z powodu moich artykułów, umieszczonych w *„Przeglądzie lekarskim", 1903, Nr. 22 i 23.*

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

Z uczuciem zadowolnienia, że sprawa poruszona przezemnie wywołuje pożądaną dyskusyę, pośpieszam dorzucić słów parę, by dać odpowiedź na uwagi kol. Bylickiego, tudzież szerzej wyjaśnić stanowisko moje w kwestyi roztrząsanej.

Nie mogę się zgodzić na lekceważenie, z jakiem kol. Bylicki traktuje znaczenie przepisów służbowych dla położnych, wynikające ze słów jego: „jakby ktoś o takie przepisy służbowe dbał i ich się kiedykolwiek trzymał". Przeciwnie, dotychczas przywiązywano wszędzie do nich wielką wagę i starano się ciągle w miarę potrzeby ulepszać w przekonaniu, że krótkie i jasne przepisy służbowe dla położnych są nietylko pożądanem, ale nieodzownem uzupełnieniem i przypomnieniem tych najważniejszych obowiązków i zasad postępowania, których położne uczą się w szkole. Metody odkażania rąk nie nauczy się naturalnie żadna położna z samych przepisów służbowych; od tego jest szkoła i wielomiesięczna nauka przed osiągnięciem dyplomu; przepisy służbowe jednak mają normować krótko, jasno i dobitnie obowiązki położnej z chwilą rozpoczęcia praktyki, mają być zatem przypomnieniem i przestrogą, że nigdy nie wolno położnej zaniechać przestrzegania tych zasad, jakie w nie szkoła wpoiła. Jeżeli zatem kol. Bylicki przywiązuje tak małą wagę do przepisów służbowych dla położnych, że sądzi: „dajmy im pokój: niech pozostaną w stanie trwałego spoczynku; postęp o nie się nie troszczy, niczego one poprawić ani popsuć nie są w stanie i t. d.", to mogę tylko żałować, że z powodu tak skrajnego jego zapatrywania na tę sprawę możność porozumienia między nami dwoma jest wprost wykluczona.

Ale i co do innych poruszonych przezemnie kwestyi zachodzą między nami znaczne różnice. Wyjątek stanowi uznanie przez kol. Bylickiego potrzeby polepszenia materyału, z jakim nasze szkoły położne mają do czynienia. Materyał ten jest u nas niezawodnie bardzo niekorzystny; jak długo jednak państwo nie poniesie ofiar w kierunku przezemnie wskazanym, w celu zachęcenia lepszych elementów do oddawania się zawodowi położnych, nie można spodziewać się naprawy. Niezawodnie, im dłuższa nauka tem dokładniejsze wyszkolenie; to ostatnie dałoby się jednak w obowiązującym u nas kursie dziewięciomiesięcznym bardzo dobrze osiągnąć, ale pod warunkiem, że w szkołach położnych nie byłoby tak wielkiego jak obecnie przepełnienia i dlatego wstawiłem do rzędu najważniejszych postulatów także zwiększenie liczby szkół położnych, jak tego do-

magają się u nas wielokrotne uchwały sejmowe, w myśl wniosków prof. Jordana i prof. Marsa.

Jako jeden z najważniejszych postulatów podniosłem potrzebę zaprowadzenia sublimatu, jako obowiązkowego środka przeciwgnilnego w celu wyjałowienia rąk w praktyce położnych. Nie chcąc powtarzać się, odwołuję się do argumentów już podniesionych przezemnie (*Przegląd lek.*, Nr. 22 str. 317), a oddających pierwszeństwo sublimatowi przed wszystkimi innymi dotychczas znanymi i używanymi środkami przeciwgnilnymi. Nie mogę się zatem zgodzić z kol. Bylickim, ażeby wybór środka przeciwgnilnego nie miał wielkiego znaczenia. Każdy operator używa sublimatu, jeżeli mu zależy na jak najdokładniejszem wyjałowieniu rąk. Prawie wszystkie kliniki położnicze i szkoły położnych używają także sublimatu do wyjałowienia rąk. Dobrze byłoby zatem już raz usunąć szkodliwą sprzeczność, jaka ztąd wynika, że w szkole położne przyzwyczajają się i nabierają zaufania do sublimatu, podczas gdy w praktyce używają rozczynów kwasu karbolowego.

Że wybór środka przeciwgnilnego naturalnie nie rozwiązuje kwestyi odkażania rąk, lecz że ta zawisła także nie w mniejszym stopniu od wystrzegania się przed zakażeniem rąk, tudzież od dokładności i sposobu mechanicznego ich oczyszczenia, temu dałem wyraz nie tylko w moich ostatnich artykułach (*l. c.*), ale i w jednej z poprzednich publikacyi (*Przegląd lek.*, 1902, Nr. 5 i 6).

Twierdzenie kol. Bylickiego. jakoby zaopatrzenie położnych w wyjałowioną watę i waselinę mogło być „wręcz szkodliwe i niebezpieczne dla rodzących“, jest dla mnie wprost niezrozumiałe. Obawę jego co do niebezpieczeństwa wyjałowionej waty muszę uważać chyba tylko za *lapsus calami*. O ile zaś wyjałowiona waselina może być niebezpieczna, nie mogę sobie wyobrazić; natomiast spotykałem się często z tak suchą i chropawą pochwą, że badanie palcem bez tłuszczu było utrudnione, i mogło niewątpliwie sprowadzić nieobojętne obrażenie nabłonka pochwy tak samo, jak w ciągu lat poznałem już niejedną ofiarę zakażenia kiłowego wśród położnych i lekarzy. Zdaje mi się zatem, że względy te wystarczają, by przekonać, że tłuszcz wyjałowiony stanowi dla stron obydwóch tylko pożądaną ochronę.

V. Wyciągi.

Liepelt (Berlin). **O mesotanie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). Doświadczenia z tym przetworem, przeprowadzone na 30 chorych, wykazały, że mesotan jest znakomitym zewnętrznym lekiem przeciwgośćcowym. Najlepiej działa w postaci średnio-lekkich wcierań, połączony w równych częściach z oliwą, trzy razy dziennie w świeżych przypadkach gośćcowego zapalenia stawów, jeśli istotnie więcej stawów jest zajętych. Wynik jest prawie zawsze bardzo dobry. W cięższych zaś przypadkach wskazana jest nadto aspiryna 0·50 trzy razy dziennie; tego rodzaju kombinacya najczęściej prowadzi do celu. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Galli (Rzym). **Uderzenie serca i koniuszka serca w niedomykalności zastawek aorty.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 16, 1903). Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że jednym z najczęstszych objawów niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest wzmożone uderzenie serca, wybitnie koniuszka sercowego, i że już na podstawie tego jednego objawu można przypuszczalnie mówić o wymienionem cierpieniu. Autor opisuje jednak dwa przypadki niedomykalności zastawek aorty, w których tego objawu nie było i wnosi z tego, że w przebiegu tego cierpienia, powikłanego lub nie z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, można i nie napotkać wzmożonego uderzenia serca, względnie jego koniuszka i dlatego objawowi temu zbyt wielkiego znaczenia rozpoznawczego przypisywać nie można. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Mendel (Essen). **Bezpośrednie opukiwanie nadbrzusza, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy wrzodzie żołądka.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13, 1903). Jeśli się młoteczkiem opukowym kilkakrotnie uderza w okolicę nadbrzusza przy możliwie nienapiętych powłokach brzusznych, to i najwrażliwszy chory nie odczuje żadnego bólu, jeśli żołądek i narządy sąsiednie są zupełnie zdrowe. W przypadkach jednak wrzodu żołądkowego można już za najlżejszem uderzeniem młotka wybadać punkt dotkliwie bolesny, odróżniający się znamiennie swą wybitną bolesnością od innych punktów w otoczeniu. Oczywista rzecz, że ten sposób badania nie jest bezwarunkowo pewnym, lecz jedynie środkiem pomocniczym w braku innych pewniejszych.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Dokuczajewa. **Znaczenie nierównomiernego tętna w rozpoznawaniu niezarośnięcia przewodu Botalla.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 1). Przytaczając dwa przypadki, zwraca D. uwagę na niejednakowe napełnienie fali tętna w obwodowych naczyniach głowy i górnych kończyn po stronie prawej w stosunku do lewej, jako na doniosły objaw w rozpoznawaniu niezarośnięcia przewodu tętniczego (objaw prof. Sokołowa). Powstanie tej nierównomierności da się wytłómaczyć w ten sposób, że wskutek połączenia część krwi przedostaje się z tętnicy głównej do tętnicy płucnej, wobec tego ciśnienie krwi w tętnicy głównej obniża się i ilość krwi, wstępującej do tętnic dogłowowej i podobojczykowej po stronie lewej, jest mniejszą, w porównaniu do napełnienia tętnicy bezimiennej. Słabsze ukrwienie lewej połowy górnego odcinka tułowia, głowy i górnej kończyny, ma w następstwie niedorozwój tych części ciała. Co do kończyn dolnych i dolnego odcinka tułowia, to różnicy w napięciu tętna i nierównomierności w rozwoju tu nie spostrzega się, ponieważ te części ciała otrzymują krew z tętnicy głównej zstępującej, która zasila krwią obydwie połowy ciała w jednakowym stopniu. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Białogołowyj. **Skłonność do przesycenia się ustroju jodem i odczyn jodowo-skrobiowy treści żołądkowej w kwaśności wzmożonej.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1901, Nr. 1—3). Poszukiwania B., dokonane na 19 chorych, przyprowadziły go do wniosków następujących: 1) przesycenie ustroju jodem jest zjawiskiem złożonem, zależnem od kilku przyczyn; w większości przypadków jest ono zatruciem ustroju jodem; 2) do przyczyn, usposabiających do przesycenia ustroju jodem, należy obecność w żołądku niektórych osobników azotynów, pod wpływem których przetwory jodowe rozkładają się i wyzwalają wolny jod; 3) powstawanie jodu *in statu nascendi* jest prawdopodobnie źródłem ubocznego działania przetworów jodowych; 4) ilość azotynów w treści żołądkowej jest w warunkach chorobowych różną; tem się warunkuje silny stopień wydzielania się jodu, a więc i wrażliwość względem przetworów jodowych; 5) dla strącenia jodu z przetworów jodowych pod wpływem azotynów niezbędnem jest kwaśne środowisko; tem się tłomaczy szybkie i częste wystąpienie przesycenia jodu w wzmożonej kwaśności; 6) ponieważ kwasota jest tylko niezbędnym warunkiem, nie zaś przyczyną strącenia jodu, to między stopniem kwasoty soku i stopniem strącenia jodu z przetworów jodowych w treści żołądkowej niema stałego stosunku; 7) azotyny zawierają się w treści żołądkowej prawdopodobnie tylko u osobników z wzmożoną kwaśnością; 8) strącanie jodu i obecność azotynów w treści żołądkowej są zjawiskami nie przypadkowemi, lecz stałemi dla tych osobników, u których one się wykrywają. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Djaczenko. **Przypadek ropówki, wywołanej dwoinkami Talamon-Fränkla bez porażenia płuc.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1903, Nr. 5). We wszystkich ogłoszonych dotychczas przypadkach ropni, które były wywołane pneumokokiem, powstanie ich poprzedzało zapalenie płuc. D. opisuje przypadek ropówki, której nie towarzyszyło zapalenie płuc, jakkolwiek badanie bakteryologiczne wykryło w ropie dwoinki Talamon-Fränkla. Chory, lat 17, wstąpił do szpitala w stanie odurzonym, ciepłota wynosiła 38,2°; w lewej okolicy pachowej doznawał chory nadzwyczaj silnej bolesności na ucisk; zaczerwienienia, obrzmienia i chełbotania nie było; innych zmian miejscowych i w narządach wewnętrznych nie było. W następnych dniach przy wysokiej gorączce (40°) bolesność na ucisk wystąpiła i pod mięśniem piersiowym większym po stronie lewej; po kilku dniach zauważono zaczerwienienie pięści lewej, bolesne miejsce obrzmiało, śledziona powiększyła się. W następnych dniach obrzmienie ześrodkowało się prawie wyłącznie w boku i pojawiło się chełbotanie. D. rozciął skórę w miejscu chełbotania i chory po dłuższym czasie po zwykłych zabiegach chirurgicznych powrócił do zdrowia. Z ropy D. wyhodował dwoinki Talamon-Fränkla.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Aleksińskij. **W sprawie rozpoznawania i leczenia niedrożności przełyku, wywołanej nowotworami niezłośliwymi.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). A. omawia 65 przypadków niedrożności przełyku, z których 16 było następstwem ciał obcych, 12 powstało po uszkodzeniu urazowem, 2 zwężenia bliznowate zostały wywołane ciałami obcemi, w 8 przyczyną były zapalenia pochodzenia nie urazowego, w 1 zwiotczenie przełyku, w 5 skurcz, w 2 wrzód okrągły (*ulcus pepticum*), w 2 blizna po wrzodzie, w 2 uchyłki, w 6 zwężenie bliznowate po oparzeniach, w 6 zwęże-

nia kiłowe, w 1 gruźlica, w 1 rzekoma promienica i wreszcie w jednym przypadku zwężenie wywołane było uciskiem, wywieranym przez powiększone gruczoły chłonne śródpiersia. W większości przypadków A. rozpoznał sprawę chorobową, używając esofagoskopu, który bądź bezpośrednio wykrywał zmiany makroskopowe w przełyku, bądź też dawał możność wydostania kawałeczków nowotworu, lub chorobowo zmienionej tkanki dla zbadania drobnowidowego. Według A. esofagoskop ma nietylko znaczenie rozpoznawcze, lecz również lecznicze: ułatwia on wydostanie ciał obcych, przepłókiwanie przełyku, bezpośrednie stosowanie środków leczniczych na schorzałe ogniska przełyku i t. d. Ujemnego działania esofagoskopu A. nigdy nie spostrzegał. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Napałkow. **Rozległe wycięcia żeber, jako metoda leczenia otoku piersiowego.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Autor zestawił 64 przypadków ropnego otoku piersiowego, który wikłał ropne zapalenie płuc w 13 przypadkach, zwykłe zapalenie płuc w 13, gruźlicę płuc w 11 i uszkodzenie płuc w 6. Chorzy byli operowani przeważnie w stanie znacznego wyniszczenia. Cięcie prowadzone wzdłuż żeber, lub w kształcie płatu. Najczęściej wycinano odrazu więcej, niż 3 żeber, doprowadzając rozmiary wydalanych kawałków do 21 ctm. W 13 przypadkach stosowano kilkakrotne wycięcia; największa liczba wyciętych żeber wynosiła 9. Płuco traciło w większości przypadków swoją rozszerzalność. Wyzdrowienie nastąpiło w 19 przypadkach; zejście śmiertelne w 7; w 38 pozostały przetoki. Z operowanych, którzy pomarli, większość miała gruźlicę; wyzdrowienie następowało w pierwszych 3 miesiącach po operacyi. Znacznego zniekształtnienia klatki piersiowej i kręgosłupa nie spostrzegano. Zdaniem N., operacyę należy wykonywać częściej, w pierwszych okresach i w większych rozmiarach; gruźlica płuc i wiek dziecięcy nie stanowią przeciwwskazania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prokunin. **W sprawie leczenia raka, usadowionego w części piersiowej przełyku.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Autor ogłasza wyniki spostrzeżeń, dokonanych na 20 chorych, którym w moskiewskiej klinice chirurgicznej założono przetokę żołądkową z powodu raka przełyku. Według P. zgłębnikowania przełyku w zwężeniu rakowem należy zupełnie zaniechać, jako metody niebezpiecznej. Jedynie utworzenie przetoki żołądkowej może przedłużyć życie chorego, zwłaszcza, jeśli tę operacyę wykonuje się możliwie wcześnie. Lecz i w tych przypadkach, w których chory przedstawia znaczne już wyniszczenie, należy, zdaniem P., założyć przetokę. Jeśli rak przełyku przeszedł już na żołądek i wywołał zrosty żołądka z tkankami otaczającemi, to należy wykonać jejunostomię. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Zeldowicz. **Leczenie elektrolizą bliznowatych zwężeń przełyku.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1). Z. opisuje 3 przypadki wyleczenia elektrolizą bliznowatych zwężeń przełyku. Siła używanego prądu wynosiła 5—6 MA., każde posiedzenie trwało zwykle 2—3 minuty, najdłużej 5′; już po 2—3 posiedzeniach następowało znaczne rozszerzenie zwężonego miejsca: zamiast zgłębnika Nr. 10 przechodził z łatwością Nr. 39. Elektroliza więc daje szybką poprawę i przedstawia jednocześnie bezpieczną i prawie niebolesną metodę leczniczą. Nawroty zwężenia następują i po elektrolizie, lecz znacznie później, niż po zwykłych metodach leczniczych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Kudrewiecki. **Semiotyka niedorozwoju układu naczyniowego.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 2). Na podstawie własnych spostrzeżeń prof. Kudrewiecki (Warszawa) odróżnia 3 typy osobników z niedorozwojem układu naczyniowego. Pierwszy typ dotyczy osób o słabym rozwoju ogólnym, które prowadząc tryb życia gnuśny, nie przedstawiają żadnych zaburzeń, zależnych od wady wrodzonej; ludzie ci giną zwykle w młodym wieku od jakiejkolwiek choroby zakaźnej; wada rozwojowa (małe serce, wązkie naczynia) rozpoznaje się tylko na stole sekcyjnym. Druga gromada osobników z względnie obfitszą ilością krwi prowadzi życie więcej czynne; uskarża się zwykle na różne przypadłości sercowe, zawroty głowy, omdlenia i t. d. ginie również w młodym wieku. Wreszcie trzecia grupa, nie różniąc się wzrostem, budową i odżywieniem od zdrowych, nie wykazuje w ciągu 20—30 lat żadnych zaburzeń, lecz i u tych ludzi następuje ostatecznie niewydolność przerosłego zwykle serca, która prowadzi do śmierci, nieraz nagłej i zupełnie nieoczekiwanej; podstawowy charakter cierpienia zostaje zwykle w tych przypadkach nierozpoznany. Oznakami niedorozwoju układu naczyniowego są podawane przez klinicystów wązkość tętnicy sprychowej, małe tętno, bladość powłok, skłonność do bicia serca i duszności. Do tych objawów K. dodaje jeszcze jedną oznakę, która występowała w wybitnym stopniu w jego spostrzeżeniach, mianowicie tętno dwubitne. Ten objaw występował zawsze wtenczas, gdy pod wpływem jakiejkolwiek przyczyny (gorączka i inne) parcie krwi się obniżało. Powstanie tętna dwubitnego tłómaczy K. słabym rozwojem wewnętrznej warstwy ścian naczyniowych, zwłaszcza zaś warstwy środkowej, od której zależy napięcie naczyń. Oprócz dwubitności tętna K. spostrzegał jeszcze tętno niejednostajne (*puls. differens*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Białogołowyj. **Postacie gośćca, graniczące z posocznicą.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 10). B. przytacza 2 spostrzeżenia ostrego gośćca stawowego, z których w jednem sekcya wykazała ostre zapalenie wsierdzia, usadowione na zastawkach tętnicy płucnej i dwudzielnej, miażdżycę tętnic, ropne zapalenie stawów kolanowych, ostre ropne zapalenie naczyń chłonnych po stronie prawej i posocznico-ropnicę (*septico-pyaemia*); ropa zawierała paciorkowce; 0,5 sz. ctm. ich hodowli, wstrzyknięte do żyły usznej królika, wywołały zapalenie wielu stawów przy ciepłocie do 40°; z ropy, wziętej ze stawu królika, wyhodował B. również paciorkowca. W drugim przypadku ostrego gośćca stawowego otrzymał B. ze krwi i treści stawu na agarze i bulionie wyraźny rozwój gronkowca białego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Hofbauer. **Leczenie posocznicy połogowej nukleiną i solą kuchenną w świetle najnowszych badań.** (*Arch. für Gyn.* Tom. 68, Zeszyt 2, 1903). Doświadczenia w tym kierunku przeprowadzono w klinice prof. Schauty w dwóch seryach (po 7 i 12) na 19 położnicach; wybrano przypadki ciężkie, z ciężkim stanem ogólnym, z ujemnym wynikiem badania części rodnych, lub też z takiemi zmianami w nich, które jednak nie wystarczały do wytłómaczenia tak ciężkich objawów. Zaraz w pierwszym dniu choroby dostawała taka położnica przez usta 5—6 gramów nukleiny i podskórnie lub w lewatywie 500—600 grm. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. W ten sposób postępowano codziennie, a nawet co 12 godzin, zależnie od stanu chorej, aż do wystąpienia wyraźnego odczynu szpiku kostnego, wyrażającego się wystąpieniem tkliwości kości i pewnemi zmianami w obrazie klinicznym krwi. Równocześnie podawano w pierwszych dniach alkohol i kąpiele. Te ostatnie musiano usunąć w następnych dniach z powodu znacznej tkliwości kości i zastąpić je, o ile zachodziła potrzeba, chłodnemi zawijaniami ciała. Z 12-tu przypadków drugiej seryi, leczonych w ten sposób, wyzdrowiało 11 położnic. Aby działanie to zrozumieć, omawia autor szeroko odradzanie się krwi, w czem główną rolę odgrywa szpik kostny, który, będąc podrażniony, wysyła do krwi całe gromady ciałek czerwonych, a przedewszystkiem leukocytów, których znaczenie ochronne ważne ma znaczenie w walce z drobnoustrojami. Tym czynnikiem drażniącym są rozpadłe leukocyty. To też nukleina nie działa bezpośrednio przez podrażnienie szpiku kostnego, lecz wywołując hemolizę, pośrednio powoduje szybką odnowę tych pierwiastków w szpiku. Niemniej ważną rolę odgrywa szpik kostny w powstawaniu t. zw. ciał zobojętniających, których ważne zadanie dotychczas dokładnie poznano w durze, cholerze i zapaleniu płuc dławcowem. Wreszcie omawia autor działanie bakteryobójcze leukocytów, względnie aleksyn. Te aleksyny działają bakteryolitycznie na drobnoustroje, odpowiednio przedtem przygotowane przy pomocy ciał zobojętniających. Doświadczenia wykazały, że działanie aleksyn zwiększa się przez dodanie do ich środowiska soli; brak soli tamuje ich działanie. Wychodząc z tego zapatrywania poleca autor równocześnie z podaniem nukleiny wcielić podskórnie, lub w lewatywie rozczyn fizyologiczny soli. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Paw. Heim. **Leczenie krztuśca chininą.** (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 31, 1902). Między lekami przeciwpasorzytniczymi, działającymi w krztuścu, zajmuje chinina pierwsze miejsce. Łagodzi ona nietylko nasilenie poszczególnych napadów i ich liczbę, lecz skraca także znacznie trwanie choroby, a nawet może, podana wcześnie, powstrzymać rozwój choroby. W peszteńskim szpitalu Braci Miłosierdzia stosował H. w 18-tu przypadkach chininę, a mianowicie chlorek chininy w dużych dawkach. Dzieciom niżej 1-go roku podawał dziennie trzy razy tyle centygramów, ile miały miesięcy; od 1—4-go roku dziennie trzy razy tyle decygramów, ile lat; dzieciom powyżej czterech lat dziennie 3 razy po 0·5, t. j. razem 1·5. Całe leczenie trwało 10—20 dni. Prawie wszystkie dzieci przyprowadzono do leczenia dopiero w okresie kaszlu kurczowego. Pod wpływem działania chininy ustawały najpierw wymioty, potem zmniejszały się i stawały się łagodniejszymi napady, a w 10 do 20-tu dni następowało wyzdrowienie. Ponieważ krztusiec trwa, jak wykazuje prof. Bókay, 6—7 tygodni, a w przypadkach Heima wyzdrowiały dzieci w 3—5-ciu tygodniach, słusznie więc można to przypisać chininie. W 5-ciu przypadkach podawał H. chininę i antypirynę naprzemian: po antypirynie zawsze następowało pogorszenie, które ustępowało po chininie. Dwie są postacie wymiotów, które niekiedy występują po chininie: 1. jeżeli w żołądku zamało wolnego kwasu, dlatego H. podawał tylko chlorek chininy, który ze wszystkich soli chininowych najmniej wiąże kwasu. 2) Druga postać jest objawem oszołomienia chininowego, polegającego na podrażnieniu pewnej czę-

ści rdzenia przedłużonego, więc występuje tylko w zatruciu chininowem. Młodsze dzieci dostawały lek w wodzie z syropem, starsze w opłatkach. Działanie chininy w krztuścu jest przeciwpasorzytnicze i dlatego w początku choroby, kiedy chcemy i powinniśmy zwalczać drobnoustroje, osiągniemy zapomocą chininy znakomite wyniki.
Dr. Baschkopf.

Prof. K. Schaffer (Budapeszt). **Dalsze przyczynki do korowej topografii porażenia postępującego.** *(Pest. med. chir. Presse,* Nr. 52, 1902). Schaffer badał mózg pięciu porażonych: trzy zwykłe przypadki porażenia postępującego; dwa przypadki porażeń w wiądzie rdzenia. Wnioski autora są następujące: 1. Zwyrodnienie, występujące w przebiegu typowego zniedołężnienia włókien rdzennych, objawia się w pewnych, według osobnego typu uporządkowanych odcinkach korowych, a inne, znowu regularnie uporządkowane, odcinki korowe oszczędza w zupełności, lub w uderzający sposób. Ulegające zwyrodnieniu obszary korowe są: *a)* biegun i podstawa płatu czołowego; *b)* płat boczny na wypukłości półkul; *c)* drugi i trzeci zwój płatu czołowego w całości, z zwoju pierwszego tylko odcinek, położony bliżej bieguna płatu skroniowego; *d)* część czołowa „gyrus fornicatus". Nietkniętymi pozostają odcinki korowe: *a)* zwoje centralne; *b)* wypukłość płatu czołowego; *c)* płat potyliczny; *d)* głęboko położony i pierwszy zwój płatu skroniowego; *e)* róg Ammona i „gyrus lingualis" 2. Opisany rozdział zwyrodnienia odpowiada podziałowi korowemu Flechsiga; wolnemi były od zwyrodnienia pola centralne, czulne, podczas gdy ośrodki kojarzenne Flechsiga uległy zwyrodnieniu. 3. W atypowych przypadkach zniedołężnienia, w porażeniu Lissauerowskiem, ulegają zwyrodnieniu, w przeciwieństwie do typowego porażenia, właśnie pola czuciowe kory; klinicznie upośledzenie umysłowe jest mniej uderzające. 4. Regularne rozdzielenie zwyrodnienia włókien rdzennych dowodzi elektywności porażennego procesu korowego; zdarzają się jednak ogniska nieprawidłowe, naczyniowe w korze półkul. 5. Jak się zdaje, w różnych przypadkach typowego porażenia nie wszystkie ośrodki kojarzenne Flechsiga ulegają zwyrodnieniu, przynajmniej nie wszystkie w równie wysokim stopniu. I tak n. p. ośrodek kojarzenia potyliczny wcale zwyrodnieniu nie ulega, lub bardzo mało; największem jest zwyrodnienie w ośrodku kojarzennym czołowym i skroniowym, podczas gdy ośrodek płatu bocznego ulega zwyrodnieniu w daleko łagodniejszej formie. Sch. prowadził cięcia przez całą półkulę, a barwił hematoksyliną Weigerta.
Baschkopf.

Bernard. **O cennym objawie dla wczesnego rozpoznania duru brzusznego u dzieci.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. 36, 1903). Rozpoznanie duru brzusznego u dzieci jest trudne i to tem trudniejsze, im dziecko jest młodsze. Wymownie świadczy o tem fakt, że do połowy ubiegłego stulecia zaprzeczano istnienia duru brzusznego u dzieci, lub uważano go za niezmierną rzadkość. Według poglądów nowszych pisarzy 15% przypadków duru przypada na wiek dziecięcy. Autor zwraca uwagę na objaw rozpoznawczy, dostępny dla każdego, a którego nie brakło w żadnym ze spostrzeganych przez niego przypadków. Jeżeli lekarz stanie po stronie prawej łóżka chorego i przesuwając złożonymi końcami palców obu rąk obmacuje tkliwą okolicę, w której jelito cienkie przechodzi w kiszkę ślepą, wtedy wyczuwa 2—3 wyniosłości wielkości od orzecha włoskiego do gołębiego jaja. Wyniosłości te znajdują się jedna nad drugą w kierunku osi ciała w odległości 1—2 ctm. od siebie; średnica ich najdłuższa również przebiega równolegle do osi ciała. Istotę tych tworów wyjaśnia nam anatomia patologiczna duru brzusznego u dzieci. Objawy wsteczne nekrobiotyczne, charaktorystyczne dla duru brzusznego u dorosłych, u dzieci spotykają się rzadko i to tylko w bardzo ciężkich formach choroby; natomiast znamiennem jest bujanie i naciek kępek Peyerowskich i gruczołów krezkowych. Te właśnie naciekłe i przekrwione miejsca wyczuć można przez powłoki brzuszne u dzieci z końcem pierwszego tygodnia choroby; po 3—4 dniach znowu stają się one niewyczuwalne. Na podstawach anatomo-patologicznych wywodzi autor dalej, że nabrzmienia te, które we wszystkich przypadkach duru u dzieci wyczuwał pod palcami, odpowiadają nie gruczołom krezkowym, które są ukryte głębiej i inaczej w stosunku do siebie położone, lecz tylko przekrwionym i obrzękłym kępkom Peyera. Pod względem leczenia autor stoi na stanowisku Pfeiferowskiego poronnego leczenia duru kalomelem. Po opróżnieniu kiszek przez kalomel stwierdzanie wyżej wymienionego objawu ma być łatwiejszem. *Dr. T. Żeleński.*

Kouchnir. **Żywienie mięsem białem, lub czarnem w przebiegu chorób nerkowych.** *(Sémaine médicale* 1903, Nr. 10). Zdaniem autora wyłączna dyeta mleczna, jakkolwiek posiada wiele stron niewątpliwie korzystnych, nie nadaje się jednakże do stosowania przez czas dłuższy, gdyż nie zapewnia ustrojowi chorego dostatecznego odżywienia. Bezwątpienia mleko ze wszystkich pokarmów zawiera najmniej substancyi drażniących, posiada wybitne własności moczopędne i ułatwia wydalanie z ustroju szkodliwych wytworów azotowych, np. kwasu moczowego i istot wyciągowych. Nie wszyscy jednak chorzy znoszą tak jednostajny sposób żywienia; wielu z nich po pewnym przeciągu czasu nie może mleka spożywać zupełnie, lub też przyjmuje je w ilościach, nie wystarczających do utrzymania prawidłowego odżywiania. Prócz tego dyeta wyłącznie mleczna pociąga za sobą nadmierną utratę azotu, co również odbija się niekorzystnie na ustroju chorego. Zdaniem Kouchnira spalenie substancyj białkowych odbywa się w ustroju energiczniej przy żywieniu mięszanem, niż przy wyłącznie mlecznej dyecie. Ze względu dalej, że wysoka zawartość białka w pokarmach mięsnych skutecznie pokrywa straty białka, jakie ustrój ponosi, autor oświadcza się przeciwko zupełnemu pozbawianiu mięsa chorych, cierpiących na ostre, lub przewlekłe zapalenie nerek. Co do różnicy pomiędzy mięsem białem, a czarnem, autor, opierając się na niedawnych pracach Offera i Rosenquista, jak również na własnych badaniach, uważa różnice w składzie chemicznym mięsa białego i czarnego za nader nieznaczne i sądzi, że oba rodzaje mogą być chorym zarówno podawane. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. George M. Edebohls (New York). **Zabieg chirurgiczny w chorobie Brighta.** (*Medical Association of the Greater City of New York*, 1903). Pierwszą operacyę w przewlekłem zapaleniu nerek wykonał autor w roku 1898. Polegała ona na uwolnieniu nerki z torebki, a następnie jej ustaleniu. Ponieważ operacya ta dała wynik zadawalniający w ciągu pięcioletniej obserwacyi pacyentki, skłoniło to autora do wykonywania tego zabiegu operacyjnego w każdym przypadku przewlekłej choroby Brighta i w istocie wykonał wykonał ich pięć z wynikiem pomyślnym, a w każdym przypadku uwalniał nerkę z torebki, wychodząc z zasady, że torebka nerki stanowi przeszkodę do prawidłowego obiegu krwi w tym narządzie. Operacye te były ogłoszone w „Medical Record" roku 1901. Od tego czasu Edebohls operował w 51 przypadkach przewlekłego zapalenia nerek osoby, będące w różnym wieku (29 kobiet i 22 mężczyzn). Najczęściej, gdy tylko jedna nerka jest zajęta, lub i obie, lecz tylko w jednej trzeciej części, pacyenci nie mają o tem świadomości, aż dopiero uboczne objawy, jak np. zmiany w siatkówce, wskazują istotny stan rzeczy. Klasyfikacya tych 51 przypadków przedstawia się, jak następuje: w 14 było przewlekłe rozlane zapalenie nerek; w 29 przewlekłe międzymiąższowe zapalenie nerek; w 8 przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. W połowie prawie przypadków zajęte były obie nerki i wymagały obustronnej operacyi. Operować należy szybko tak, że w ciągu godziny obustronna operacya powinna być ukończoną. Trzy czynniki ułatwiają lub utrudniają sam zabieg operacyjny. Do nich należą: 1) wielkość 12-go przestworu międzyżebrowego, którą można zapomocą odpowiedniego ułożenia chorego zwiększyć; 2) ustalenie nerki operowanej, lub jej ruchomość, w którym to przypadku trzeba operować nieraz na ślepo, a w takim razie najlepiej zdejmować torebkę nerki wskazującym palcem. 3) Łatwo schodzą torebki w miąższowej rozlanej formie zapalenia, a trudno w śródmiąższowej. Autor zalicza ten zabieg chirurgiczny do operacyj ciężkich, które tylko wytrawni chirurdzy przedsiębrać powinni. Z 51 powyżej operowanych w jednym przypadku nastąpiło wyleczenie przez rychłozrost, czternastu umarło w okresie czasu od 24 godzin do ośmiu lat; czterech chorych pozbyło się zupełnie dolegliwości nerkowych, u 22 osób nastąpiła poprawa zadawalniająca, reszta zaś chorych usunęła się z pod obserwacyi autora. *Dr. Włodz. Serkowski* (Stryj).

Weisswange. **Dobrowolne pęknięcie aorty. Cięcie cesarskie na zmarłej. Żywy płód.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 10). U pierwiastki zmarłej nagle pod koniec ciąży skutkiem pęknięcia tętnicy głównej wykonano cięcie cesarskie w 19 minut po śmierci. Płód mocno omdlały został ocucony. Sekcya zwłok matki stwierdziła pęknięcie tętnicy głównej tuż przy sercu; w worku osierdziowym świeża krew płynna. W przypadku opisanym przez Pinglera wykonano cięcie cesarskie w 23 minuty po śmierci matki i wydobyto również płód żywy; tu różnica w czasie jest największą, jaką kiedykolwiek zapisano w piśmiennictwie. *G. Grzybowski.*

Ferroni. **Przyczynek do nauki o trąbkowej ciąży bliźniaczej w jednej i tejsamej trąbce.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 9). U wieloródki powstała trzymiesięczna przerwa w miesiączkowaniu; ostatnimi jednak czasy były niejednostajne krwawienia z bólami. Macica nieco powiększona, przesunięta na prawo, bolesna; w jamie Douglasa miękki guz sprężysty, wielkości kurzego jaja, sięgający w lewem sklepieniu aż do brzegu macicy. Przez powłok. brzuszne wycięto lewą trąbkę z mocno zrosłym z nią jajnikiem. Sama trąbka była napełniona krwią i rozszerzona w dwóch miejscach w dwa obok siebie leżące guzy, jeden wielkości włoskiego orzecha, drugi kurzego jaja oddzielone, od siebie krótkim kawał-

kiem zdrowej trąbki. W wyciętym jajniku znaleziono jedno żółte ciałko. Drobnowidowe badanie wykazało zmiany, odpowiadające ciąży i to w większym guzie starszej, w mniejszym młodszej; w guzach tych odbyło się poronienie trąbkowe jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. *G. Grzybowski* (Kraków).

R. Gradenwitz. **Wady brzusznego przyszycia macicy.** (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr. 5). Z powodu niezwykłego i nienaturalnego przytwierdzenia macicy powstają bardzo łatwo ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu, kończące się przewlekłem zapaleniem macicy, a podczas porodu zaburzenia w jego prawidłowym przebiegu. Pod wpływem ciężkości macicy wytwarza się w miejscu przyczepienia sztuczne więzadło wieszadłowe. Więzadło to nie może utrzymać macicy w należytem położeniu i staje się nieraz powodem niedrożności jelita. W ranie powłok tworzą się nierzadko przepukliny. Dla tych powodów powinno się zarzucić wentrofiksacyę, a wykonywać przedewszystkiem operacyę Alexandra-Adamsa. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

W. Körte. **O zabiegach w ostrem zakaźnem zapaleniu woreczka żółciowego.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Sprawa ta zdaniem autora ma wielkie podobieństwo do otoku ropnego wyrostka robaczkowego i powinna być jak najrychlej traktowana chirurgicznie. Sciany bowiem pęcherzyka ulegają ropówkowemu zapaleniu, a w dalszym ciągu obumarciu; sprawa ropna szerzy się ku wątrobie, ewentualnie zaś po przedziurawieniu pęcherzyka nastąpić może ogólne zakażenie otrzewnej. Cierpienie rozpoczyna się nagle; dreszcze, gorączka, ból, zaburzenie stanu ogólnego, objawy zapalenia otrzewnej, naśladujące niekiedy niedrożność jelit, i — o ile niema skurczu powłok brzusznych, — pęcherzyk wyczuwalny w kształcie guza, schodzącego niekiedy aż na talerz biodrowy. Etyologia tego cierpienia jest prawdopodobnie ta, że skutkiem jakiejś przyczyny (kamyki, zrosty, obrzęk błony śluzowej itd.) przewód pęcherzykowy został zamknięty, powstała puchlina woreczka, która następowo uległa zakażeniu przez bakterye. Na 18 swoich przypadków, 17 razy znalazł autor kamyki, 1 raz tylko ich nie było. Operował między 2 a 9 dniem choroby. Z operowanych wyzdrowiało 15; trzy stare kobiety umarły. W 6 przypadkach wykonał cystotomię, w 7 wycięcie woreczka, w 5 częściowe wycięcie ścian. Za najodpowiedniejszy zabieg uważa cystektomię, gdyż po usunięciu pęcherzyka najłatwiej można dojrzeć ogniska w wątrobie. *Herman.*

Prof. Th. Kölliker. **Przecięcie i przełamanie kości w krzywiczych zniekształtnieniach kończyn.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Przed 5-tym r. z. tylko wyjątkowo, po 5-tym zaś dopiero po wyczerpaniu innych łagodniejszych zabiegów, przystępuje K. do osteotomii, względnie osteoklazyi. Osteotomię kości udowej (linijną) i piszczelowej (w części klinową, bez równoczesnego przecięcia kości strzałkowej) wykonał 47 razy. Tylko 2 razy spostrzegał nieznaczne ropienia, 13 razy (4 razy z powodu kolana koślawego, 9 z powodu wykrzywień podudzia) przełamywano kość, próbując najpierw zabieg ten wykonać w rękach, w ostateczności uciekano się do osteoklastu-redresseura Lorenza. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Aether jodatus. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Środek ten stosowany był dotąd przeciw dychawicy; obecnie, opierając się na pewnych analogiach pomiędzy dychawicą, a krztuścem, Bardet i Amat próbowali stosować go w tem cierpieniu. Zaraz w początku napadu należy flakon o szerokiem ujściu, zawierający kilka gramów jodku etylowego, podstawić pod nos i usta dziecka. W ten sposób osiągać się ma złagodzenie napadów tak pod względem częstości, jak i nasilenia. Działanie to wybitne jest zwłaszcza w początkach stosowania, później się nieco osłabia. Autorom udało się już po ośmiu dniach zmniejszyć liczbę napadów z 40 na 6 na dobę. *Dr. T. Ż.*

Acidum chinicum anhydricum. (*E. Merck Jahresberichte,* 1902). Potoczna nazwa tego środka jest „Neu-Sidonal"; podobnie jak sidonal (*piperazinum chinicum*) polecano go przeciw dnie. Pod wpływem rozcieńczonych kwasów i zasad, a zatem w żołądku i w kiszkach, we krwi i w tkankach, przetwór ten przechodzi łatwo w kwas chinowy, którego działanie niejako *in statu nascendi* ma być bardzo skuteczne. Kwas chinowy wpływa na przemianę materyi, zmniejszając ilość kwasu moczowego, również uśmierza bóle. Teoretyczne wskazania do stosowania tego środka poparte są licznemi doświadczeniami klinicznemi. Dawka dzienna wynosi 2·5—5·0 grm; można stosować również podskórnie i w lawatywach. Cena przetworu wysoka, 1 grm. około 2 koron. *Dr. T. Ż.*

Aether chloratus. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Stosowanie tego przetworu do znieczulenia ogólnego zyskuje coraz szersze zastosowanie u lekarzy i dentystów. Korzyści tego postępowania są wyraźne. Uśpienie zupełne następuje po 15—20 sekundach, trwa tylko 15 do 20 minut; przy dłużej trwających operacyach można je dowolnie przedłużać zapomocą chloroformu. Unikamy w ten sposób niebezpieczeństwa śmiertelnego „shoku", zdarzającego się w początku uśpienia chloroformem. Czyste znieczulenie eterowe nie powoduje białkomoczu i przedstawia bardzo małe niebezpieczeństwo nawet w chorobach serca i płuc (1 przypadek śmierci na 3000 uśpień). Wskazane przedewszystkiem w dentystyce i w drobnych krótkotrwałych zabiegach chirurgicznych; dalej, jeżeli chodzi o bolesne badanie u wrażliwych chorych, a zwłaszcza dzieci; przeciwwskazane przy laparotomiach, gdyż nie możemy osiągnąć tem znieczuleniem zupełnej nieruchomości chorego.

Bardzo interesującem jest doniesienie Schleicha, który sporządził mięszaninę, mającą działać znieczulająco w bolach kurczowych żołądka, lub kiszek; dalej przy kamieniach żółciowych i nerkowych, w kurczach macicznych itd., nie odbierając przytem świadomości. Mięszanina ta składa się z dwóch części chlorku etylu, czterech części chloroformu i 12 części eteru. Po 10—15 wdechach bóle ustają zupełnie i następuje spokojny sen. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 10. czerwca 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 17.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany — przyjęto.

II. Kol. Sekretarz odczytał pismo Rady miejskiej, stanowiące o darowiźnie gruntu pod budowę własnego domu Towarzystwa.

III. Kol. Przewodniczący wnosi uchwalenie podziękowania Radzie miejskiej za darowiznę gruntu, które zgromadzeni przyjęli jednogłośnie.

IV. Kol. Spira demonstruje chorego po operacyi ropnia nadoponowego, powstałego na tle przewlekłego zapalenia ucha środkowego. W przypadku tym kol. prelegent postawił właściwe rozpoznanie przed operacyą. Przebieg pooperacyjny wikłał się z częściową przemijającą afazyą.

V. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia okaz krwiaka śródściennego (t. zw. *aneurysma dissecans*) tętnicy głównej z następowym olbrzymim krwotokiem do lewej jamy opłucnowej, pochodzący z 29-letniej rodzącej.

VI. Kol. Gliński przedstawił i omówił:

1) Okaz wielokrotnego przedziurawienia jelita biodrowego w następstwie zmian gruźliczych na otrzewnej. Przypadek dotyczył 12-letniej dziewczynki (P. S. 358/1903), u której sekcya obok bardzo rozległych zrostów w obrębie całej jamy brzusznej wykazała w okolicy kiszki ślepej obecność wielkiej, otoczonej ścisłymi zrostami, jamy, wypełnionej treścią kałową. Dokładniejsze badanie wykazało, iż treść kałowa dostała się do tej jamy z jednej z leżących tutaj pętli jelita biodrowego, skutkiem przedziurawienia tej pętli aż w 6 miejscach; istniejące otwory były różnej wielkości (od główki od szpilki aż do wielkości halerza), miały kształt okrągły, obwód ich zwężał się w kierunku od otrzewnej ku światłu jelita tak, iż najmniejszą przestrzeń zajmował ubytek w błonie śluzowej, ta zaś ostatnia była przytem wywinięta nazewnątrz i nakształt obrąbka okalała całkowicie lub przynajmniej częściowo brzeg otworu. Obok tych zmian znaleziono na otrzewnej, zarówno ściennej jak i jelitowej, bardzo liczne różnej wielkości ogniska serowate, z których niektóre uległy całkowitemu rozmiękczeniu, inne przebiły się już (po uprzedniem rozmiękczeniu) do jamy otrzewnowej; następstwem tego rozmiękczenia i przebicia do jamy otrzewnowej były liczne widoczne na jelitach od strony otrzewnej ubytki, drążące wgłąb ściany jelita różnie głęboko, a to zależnie od więcej powierzchownego lub głębszego usadowienia ognisk serowatych; niektóre z tych ubytków sięgały bardzo głęboko w ścianę jelita i dochodziły aż do błony śluzowej. Łatwo zrozumieć, iż po wytworzeniu się tego rodzaju ubytków w ścianie jelita, zwłaszcza obok jednoczesnego (w następstwie zrostów) utrudnienia krążenia treści jelitowej, łatwo przyjść mogło do pęknięcia jelita w tych miejscach, opisane zaś wyżej kilkakrotne przedziurawienie jelita było właśnie wynikiem tego rodzaju sprawy. Badanie mikroskopowe mas serowatych wykazało w nich obecność prątków Kocha. Prócz tych zmian na otrzewnej znaleziono zserowacenie paru gruczołów okołooskrzelowych. W innych narządach, w szczególności zaś w błonie śluzowej jelit, sekcya zmian gruźliczych nie wykazała. Przypadek za-

sługuje na uwagę raz ze względu na wyłączne prawie usadowienie się zmian gruźliczych na otrzewnej, powtóre zaś ze względu na niezwykłe zejście tych zmian: przy tego rodzaju gruźliczem zapaleniu otrzewnej zwykle nie przychodzi do rozmiękczenia ognisk serowatych, w danym zaś przypadku przyszło nie tylko do rozmiękczenia, lecz następowo również i do wylania się rozmiękłych mas do jamy otrzewnowej, co spowodowało powstanie licznych ubytków w ścianie jelita (od strony otrzewnej) i w końcu wielokrotne przedziurawienie jelita.

2) Okaz nowotworu żołądka, zasługujący na uwagę ze względu na niezwykły kształt nowotworu. Okaz pochodzi ze zwłok 50-letniej kobiety (P. S. 429/1903), zresztą wcale dobrze jeszcze odżywionej i zmarłej z przyczyn, niezależnych od samego nowotworu. Nowotwór przedstawia się postaci dużego (10 × 8 ctm.). kapelusza grzyba z brzegami odwiniętymi ku górze i z zagłębieniem w części środkowej, osadzony jest na szerokiej podstawie (6 × 4 ctm.) i znajduje się w żołądku w małej odległości (3½ ctm.) od odźwiernika, zajmując głównie krzywiznę małą, częściowo jednak zachodząc na przednią i tylną ściany żołądka. Z podstawy naciek nowotworowy drąży przez całą grubość ściany żołądka, dochodząc aż do otrzewnej, na której w tem miejscu widać również kilka drobnych guzków nowotworowych. Badanie mikroskopowe wykazało utkanie raka gruczołkowego *(adenocarcinoma)*; przerzutów nowotworu nie znaleziono.

3) Okaz raka przełyku, znaleziony przy sekcyi zwłok 63-letniego mężczyzny (P. S. 437/1903). Naciek nowotworowy zajmuje prawie cały obwód przełyku na przestrzeni około 8 ctm. (na wysokości rozwidlenia się tchawicy). Do światła przełyku sterczą wyrośle nowotworowe zwężające znacznie jego światło; z drugiej strony naciek nowotworowy zajmuje całą grubość ściany przełyku, przechodzi na otoczenie, przerasta tylną ścianę tchawicy i wrasta do jej światła, tworząc tutaj niewielki guzek nowotworowy, wysterczający do światła tuż ponad miejscem odejścia lewego oskrzela. Nowotwór od strony przełyku uległ rozpadowi, wytworzyła się skutkiem tego komunikacya między przełykiem a tchawicą, co dało powód do powstania zmian zgorzelinowo-ropnych w płucach, te zaś zmiany stały się ostateczną przyczyną śmierci.

4) Okaz tętniaka łuku tętnicy głównej, pochodzący ze zwłok 40-letniego wyrobnika (P. S. 430/1903), u którego za życia z powodu ucisku na tchawicę (właściwe rozpoznanie było postawione już za życia) istniały wybitne objawy duszności; z tego powodu wykonano rozcięcie tchawicy i wprowadzono długi tubus kauczukowy, sięgający dolnym swym końcem poniżej miejsca ucisku. Badanie pośmiertne wykazało, iż tętniak wychodził z łuku aorty nieco ku tyłowi od miejsca odejścia lewej tętnicy podobojczykowej, wyrastał ku górze i wciskał się pomiędzy leżące tutaj wielkie pnie tętnicze (Aa. carotis communis sin i subclavia sin.) a tchawicę, tworząc guz wielkości małej cytryny, zrośnięty ze ścianą tchawicy. Pod wpływem ucisku wprowadzonego tubusa na miejsce zrostu tętniaka z tchawicą przyszło w tem miejscu do odleżyny i następowego przebicia tętniaka do światła tchawicy Przyczyną śmierci było w danym przypadku uduszenie skutkiem aspiracyi krwi do płuc *(autoreferat)*.

VII. Kol. Frączkiewicz wygłosił zapowiedziany odczyt: „O własnościach nasennych i moczopędnych hedonalu". (Rzecz ogłoszona w Nr. 23 „Przegl. lek.").

W dyskusyi kol. H. Hirsch zwraca uwagę, że po hedonalu nie miał dobrych wyników leczniczych, gdyż obserwował po zastosowaniu tego środka parcie na mocz i znaczne rozdrażnienie; z tego powodu nie uważa hedonalu wcale za środek lepszy od innych środków nasennych. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VIII. Korespondencye.

Z nad granic Mongolii.

W marcu, 1903 r.

Po półrocznym pobycie w Europie znowu znajdujemy się wśród bezgranicznych stepów Mongolii, które dziś już straciły dla nas dawny urok nowości; obyło się z nimi oko w ciągu lat 11, spowszedniała też dobrze poznana przyroda i ludzie, których zużytkowaliśmy wedle możności, jako materyał do badań i wszystko przybrało teraz barwę bardziej monotonną i szarą. Jednostajność i cisza, które przerywa chyba jakiś fakt nowy, lub też mniej znana, zawikłana choroba, albo jakaś epidemia, obudzą od czasu żywszy interes w lekarzu. Do rzędu tych ostatnich zaliczyć należy ospę, która w ostatniem półroczu nawiedziła silniej, niż lat poprzednich zubożałą materyalnie Mongolię, zabierając tysiące ofiar rozmaitego stanu i wieku. Ospa występuje w Mongolii co lat parę, lecz najczęściej ma przebieg tak łagodny, że nieraz zdarzało mi się widzieć chorych z niezaschniętymi jeszcze pryszczami na twarzy podróżujących, lub kupczacych bezkarnie. W roku obecnym ospa w Mongolii przybrała nigdy tu niebywałe rozmiary i odznaczała się wysoką śmiertelnością, co wywołało niemałą panikę śród ludności tuziemczej. Jeżeli choroba ta przy rzadkiem zaludnieniu, utrudnionej komunikacyi i życiu koczowniczem mongołów uczyniła takie spustoszenie, to można sobie wyobrazić, jak straszną musiała być klęską w wiekach średnich, wśród ludności europejskiej, w bardziej sprzyjających dla jej rozwoju warunkach. Lamowie mongolscy umieją rozpoznawać ospę, zwąc lżejszą jej postać „cahan burchan" (biały bóg), a cięższą czarną ospę „chara cicyk" (czarny kwiat). Ostatnia postać przemagała w obecnej epidemii i odznaczała się przebiegiem tak złośliwym, że już w pierwszych dniach chorzy kończyli życie śród objawów zajęcia mózgu. Mongołowie przestali wierzyć w pomoc lamów, a przypisując niepomyślny obrót choroby złym duchom, rzucali trupy i ciężko chorych śród pola na los Opatrzności, a sami, złożywszy ofiarę gospodarzowi miejscowości, zebrawszy jurtę i dobytek, uchodzili dalej. Wkrótce po moim powrocie do Troickosawska miejscowa władza i pograniczna ludność, zaniepokojone pogłoską o szerzeniu się w Mongolii choroby zakaźnej, w której domyśliwano się dżumy, zwróciły się do mnie z prośbą, bym na miejscu w Mongolii stwierdził rodzaj tej epidemii. Okazało się, że o wiorst 18—20 od miasta, nad rzeką Burą, stały dwie jurty, zamieszkałe przez dwie rodziny; w jednej kobieta z trojgiem dzieci, w drugiej starzec z czworgiem; opodal od nich, w odległości wiorsty, świątynia buddyjska, przy której, jako dozorca, zamieszkiwał starzec „gełnu" (stopień duchowny). Z jego to słów, oraz zeznań innych mieszkańców, dowiedzieliśmy się, że w jurtach tych pojawiła się choroba, którą jedni nazywali „cahan burchanem", inni „chara cicykiem".

Wyznać należy, że w celu odosobnienia chorych użyto tu środków zbyt radykalnych: miejscowe władze wspólnie z sąsiedniemi jurtami, dowiedziawszy się o groźnej chorobie, otoczyły w celach odosobnienia na przestrzeni wiorsty sznurem jurty i nietylko granicy tej nie przekraczali blizcy sąsiedzi, lecz nawet przejezdni Mongołowie i Rosyanie daleko objeżdżali zapowietrzone gniazdo. Tymczasem nieszczęśliwi mieszkańcy jurt zapowietrzonych, odcięci od reszty świata żyjącego, pozbawieni wszystkiego, bo nawet pokarmu i opału, marli, jedni z choroby, inni z chłodu i głodu. Z początku matka wyżebrywała pożywienie dla dzieci, które jej rzucano z litości, lecz po tem odgrodzeniu i to źródło ustać musiało. W krótkim czasie spustoszała pierwsza jurta, umarła matka z trojgiem dzieci, a następnie temu samemu losowi uległo czworo dzieci w jurcie sąsiedniej. Pozostał przy życiu jedyny starzec, który zebrał ubogie swe ruchomości i nie troszcząc się o pozostawione w polu trupy, powędrował o wiorst 20 za rzekę Orchon, gdzie ponoś ospa poczyniła jeszcze straszniejsze spustoszenia. Dopiero w półtora miesiąca po wywędrowaniu starca przybyłem na miejsce i pierwszy przekroczyłem to zapowietrzone koło, w którem śladu prawie nie zostało po wymarłych jurtach. Zapytywałem „Gełuna", jako najbliższego sąsiada, dlaczego, wiedząc o śmierci głodowej, nie przyszedł z pomocą umierającym? Odpowiedział, że sam jeden dozorując świątyni, nie może jej zostawić bez opieki. Smutna rzeczywistość! nieopodal od zorganizowanego społeczeństwa i silnego państwa, tuż przy samej granicy terytoryum rosyjskiego, mrą sobie ludzie bez pomocy, z głodu i chłodu, dzięki swej ponurej ciemnocie. Z Mongolii zawleczono zarazek naturalnej ospy do kraju

Zabajkalskiego, gdzie, chociaż corocznie szczepi się ospę, lecz szczepienie nie jest obowiązującem. Co do Mongołów, to jak wiadomo, chętnie się oni poddają szczepieniu i nawet w niektórych miejscowościach zajmują się tem lamowie, lecz często brak im krowianki. Wróciwszy ze swej wycieczki pod wrażeniem ciężkiego i przygniatającego uczucia, starałem się słowem i piórem poruszyć zobojętniałych i pogrążonych w egoizmie obywateli tutejszych, by skłonić ich do wzięcia udziału w bezpłatnem dostarczaniu krowianki, przynajmniej sąsiednim lamom w Mongolii, jeżeli już nie w celach filantropijnych, to w widokach samoobrony; niestety, dotąd nic jeszcze w tym kierunku nie zrobiono, a ospa coraz bardziej przekracza pierwotne swe granice.

Pomimo lekkiej tegorocznej zimy innych chorób zakaźnych tu prawie nie było; wykazano urzędownie grypę, której mianem lekarze tegocześni nazywają wszelkie gorączki i zakażenia, które dawna medycyna nazywała gorączkami nieżytowemi, gastrycznemi, gośćcowemi lub nerwowemi. Były z rzadka i to na zachód od Bajkału przypadki błonicy, która zresztą we wschodniej Syberyi nie usłała sobie trwałego gniazda; niemniej pomimo rzadkich przypadków sporadycznych czuło się nieraz brak wielki surowicy przeciwbłoniczej, której sprowadzenie z Petersburga wymaga wiele czasu, a ciągłe jej wypisywanie naraża aptekarzy na duże straty. Tym brakom zapobiegł niedawno lekarz w Koływaniu (Gub. Tomskiej), ziomek nasz, Dr. Winter, zakładając własnym kosztem pierwszą w Syberyi stacyę surowicy przeciwbłoniczej, z której będzie mogła korzystać znaczna przestrzeń Syberyi. Miło jest zaznaczyć, że i na dalekich krańcach wschodu, gdzie coraz częściej los rzuca ogromną liczbę szukających chleba lekarzy Polaków, znajdują się ludzie, wyróżniający się swoją wyższą działalnością, jeżeli nie na polu ścisłej wiedzy, co wymaga bardziej sprzyjających warunków, to w zakresie praktycznej działalności społecznej.

Jak to już nieraz zaznaczałem w przeszłych do was listach, zajęcia lekarzy urzędowych na Syberyi po większej części są natury czysto formalnej; niewielka liczba lekarzy dla tak mało zaludnionego kraju byłaby nawet całkowicie wystarczającą, gdyby nie bezmierne przestrzenie i brak wszelkiej organizacyi. Ambulatorya w miejscu zamieszkania lekarza i kilka szpitali w jego obwodzie, po kilkanaście łóżek, uznane są za najbardziej ułatwiające pomoc lekarską, lecz tu także mało przynoszą korzyści wobec rozległych przestrzeni i rozrzuconej na nich ludności; dodać przytem należy, że i urządzenie samych szpitali pozostaje dotąd na najniższym stopniu. W kraju Zabajkalskim pomocy lekarskiej udziela się tylko wtenczas, jeżeli panują choroby zakaźne; spoczywa ona przeważnie na odpowiedzialności felczerów, których w razie potrzeby wzywa władza gminna.

Dla jednolitości działania lekarzy w kraju Nadamurskim ogłoszony został program III-go Zjazdu, który ma się odbyć od 25 do 30 lipca 1903 roku w Błagowieszczeńsku. Na Zjeździe, jak głosi program, będą roztrząsane sprawy, wchodzące w zakres medycyny publicznej, mianowicie: o stanie urzędów lekarskich w kraju; o środkach, jakich użyto podczas ostatniej cholery w roku 1902 i o tych, jakich należałoby użyć w epidemiach następnych; o zarządzeniach zapobiegawczych przeciw zawleczeniu zarazy z Chin; o chorobach zakaźnych, durze plamistym i brzusznym, czerwonce, ospie, płonicy, jaglicy, gruźlicy itd. i zależności ich szerzenia się od przenoszenia się wojska, przejazdu przesiedleńców i osób prywatnych kolejami żelaznemi i żeglugą; dalej: o walce z temi chorobami w miastach, wsiach; o sposobach rozpowszechnienia pomiędzy ludnością zasad higieny zapomocą szkół, broszur, publicznych wykładów itd.; o leczeniu chorób: walka z szerzeniem się przymiotu w punktach zaludnionych; o prostytucyi. Dalej: o ułatwieniu pomocy lekarskiej wiejskiej, o szpitalach, ambulatoryach, lepszem i tańszem dostarczaniu leków, środków opatrunkowych i narzędzi; pomoc chirurgiczna, okulistyczna i położnicza; przytułki dla chorych nieuleczalnych i psychicznych. Nadzór lekarski nad stanem sanitarnym gmin i szkół; organizacya walki z chorobami dziecięcemi i śmiertelność w wieku dziecięcym, wreszcie o bycie lekarzy w kraju Nadamurskim. Jak widzimy program Zjazdu jest obszerny; mają w nim wziąść udział lekarze z kraju Nadamurskiego, obejmującego trzy obwody: zabajkalski, przymorski, południowo-usuryjski i z obwodu kwantuńskiego kolei wschodnio-chińskiej, a więc lekarze różnych prowincyi. Czy będą z tych rozpraw Zjazdu jakieś istotne korzyści, czy wprowadzą ulepszenia i zmiany? wątpić należy; raczej obawiać się należy, że pozostaną martwą tylko literą, albowiem przestrzenie, z których przybędą przedstawiciele medycyny, obejmujące niezmiernie wielkie obszary, począwszy od Bajkału aż do oceanu wschodniego i od Leny do zatoki piczylijskiej, przedstawiają tak różnorodne warunki klimatyczne i zdrowotne, tak odrębne z pochodzenia i kultu warunki bytu ludności, że wytworzyć i zastosować w praktyce jakiś plan ogólny i program dla wspólnej działalności lekarzy jest prawie niepodobieństwem. *Jan Iłgowski.*

IX. Z dziejów medycyny w Polsce.

Przez

Bł. p. prof. dra Józefa Oettingera.

(Ciąg dalszy).

Lekarstwo w Czechach.

Około r. 1320 byli już w Pradze publiczni lekownicy, gdyż wzmiankowany jest Henryk Szwab. Na ówczesne stosunki lekarskie przed założeniem Uniwersytetu praskiego ciekawe rzuca światło przebieg choroby ocznej króla Jana. Tenże mając lat 42 w r. 1337 zapadł na oczy w wyprawie krzyżowej przeciw Litwinom, w której towarzyszył mu królewicz Karol, liczący lat 21. Powracając radził się lekarza francuza w Wrocławiu; gdy się cierpienie śród leczenia pogarszało, kazał lekarza utopić w Odrze. Przyjechawszy do swej stolicy do Pragi, zasięgnął pomocy lekarza arabskiego, który podjął się zadania, pod warunkiem atoli, że nie dozna losu swego kolegi wrocławskiego. Nie pomogły jednakże żadne starania, król oślepł na jedno oko. W r. 1339 mimo, że i drugie oko zagrożone było utratą wzroku, król z synem swoim Karolem brał udział w wojnie francuzkiej i udał się do Montpellier, by poradzić się słynnego Gwidona z Kanliaku, który mu później poświęcił rozprawę o zaciemku — w r. 1340 ociemniał zupełnie.

Pod r. 1338 w księgach miejskich praskich znajduje się wzmianka o domu *„in platea calcariatorum, quam inhabitat. discretus vir Henricus, medicus oculorum"*. Hasner wyraża domysł, że to może ten sam, któremu w opiekę król oddał swoje cierpiące oko. Może to całe zdarzenie przekonało królewicza tem bardziej o potrzebie zaprowadzenia lepszej pieczy lekarskiej w kraju przez wykształcenie lekarzy, a zatem i o konieczności założenia w tym celu szkoły głównej; wpłynęło ono może na wykonanie tego zamiaru, gdy później na tron po ojcu wstąpił. Jakoż władca ten wychowany na dworze Karola Pięknego pod okiem uczonego opata Rogera (Klemensa VI), wykształcony w uniwersytecie paryzkim, później jako namiestnik Włoch obcujący z najuczeńszymi mężami swojego wieku, miał przy boku swoim ojcowskiego przyjaciela Ernesta z Pardubic, biegłego w naukach, nabytych w uniwersytecie bonońskim i padewskim. Staraniem obu stanął uniwersytet w Pradze w r. 1348. Z początku i tu wydział lekarski nie miał urządzenia ustalonego i był połączony z wydziałem tak zw. artystów, czyli filozoficznym. Rozdział nastąpił dopiero później. I tak w r. 1392 ustanowiono kolej starszeństwa wydziałów, wedle której po teologach szli prawnicy, a po nich lekarze, na ostatku artyści.

Z lekarzów czynnych między r. 1348 a 1367 przytacza Hasner następujących: Magister (Mistrz) Wolther, lekarz przyboczny króla Jana, o ile się zdaje i Karola aż

do r. 1348. Król poruczył mu rektorstwo szkoły Panny Maryi z prawem uczenia w nowo-założonym uniwersytecie medycyny, fizyki i jakiegobądź przedmiotu, wedle własnego upodobania. Magister Gallus (Mistrz Havel), mianujący się już: *Canonicus in Summo*, już: *de Strahov*. Stopnie otrzymał za granicą, może w Paryżu. Po r. 1348 następca poprzedniego przy boku króla. Prawdododobnie wykładał w uniwersytecie astronomią i medycynę, może między 1350 do 1360. Pozostały po nim pisma następujące: *1) Regimen sanitatis ad Carolum Imperatorem,* wydane dopiero w roku 1819 w Pradze p. Dra Fr. Müllera: *Vitae vivendae ratio in grat. Carol. IV. a mag. Gallo medico et mathematico conscr. 2) Tractatus urinarum* (rękopis uniw. prask.) w XV. stuleciu miał być drukiem ogłoszony. Wylicza różne barwy moczu i ich znamionującą wartość. *3) Excerpta de libris medicorum, tractatus de apostematibus pestilentiae.*

Nicolaus de Gevička, Mikołaj Gewiczka zwany także de Moravia. Olomicensis-Pelzel *(Gesch. d. Böhm. p. 244)* twierdzi, że on pierwszy uczył lekarstwa w nowym uniwersytecie i że dodano mu później drugiego Baltazara z Domażlic. Tomek *(Gesch. d. Univ.)* wzmiankuje tylko jako pierwszych mistrzów tegoż Baltazara i wyżej wzmiankowanego Waltera. Jeżeliby istotnie należał do pierwszych nauczycieli szkoły głównej, to za granicą musiał otrzymać stopnie naukowe i przez długi czas zajmować katedrę, bo na 21 lat po założeniu Uniwersytetu jest wspomniany w księgach tegoż zakładu.

Zdaje się więc, że w pierwszych latach po założeniu Uniwersytetu czterech było profesorów lekarstwa, z tych dwóch było zarazem lekarzami królewskimi: Walther i Gallus, obaj stanu duchownego, jeden rodu szlacheckiego Gevicka, a nakoniec w kilka lat później Baltazar Tiotanus, czyli z Damaźlic. Uczono zaś jak wszędzie dyetetyki, nauki o lekach, o moczu, aforyzmów Hipokrata i praktyki wedle Galena, Awicenny, Razesa.

We 20 lat szkoła znaczniejszy wydała poczet lekarzów, pomiędzy nimi najznakomitszym jest: Zygmunt Albicus, urodzony w Unczowie w Morawii z rodziców niemieckich („byl nemec přinozený" st. letop) r. 1347. Nauki pobierał w Pradze, gdzie w r. 1382 otrzymał stopień bakalarski. W r. 1357 zapisał się na wydział prawniczy, a w r. 1389 tych nauk został bakałarzem; stopień doktora praw uzyskał w Padwie.

Wreszcie w Pradze po ukończeniu nauk lekarskich wieniec doktora medycyny otrzymał. Był ulubionym lekarzem przybocznym króla Wacława, a synowi tegoż ces. Zygmuntowi rady także udzielał. Trzydzieści lat uczył z katedry.

Zdaje się, że był żonaty, lecz owdowiawszy przyjął niższe święcenia duchowne. Po śmierci arcybiskupa Zbyńka z Berki w r. 1411, na życzenie króla przedstawiła go kapituła na stolicę arcybiskupią, której jednakże długo nie zajmował, zrażony sporami kościelnymi, utrudniającymi to wysokie stanowisko. Jakoż rzeczywiście ściągnął na siebie niechęć obu stron, gdyż zwolennicy Husa przezywali go, stronnicy zaś papiescy pomawiali o sprzyjanie zasadom Wikleffa i Husa. Wogóle skromny tryb życia w przeciwieństwie do przepychu, z jakim występować zwykli inni dostojnicy kościelni tegoż stopnia, naraziły go na zarzut sknerstwa. Zamienił tę książęcą godność duchowną na probostwo wyszo-hradzkie, z którem połączone było najwyższe kanclerstwo przy dworze królewskim. Zapewne do końca życia nie wyrzekł się czynności lekarskich. Z powodu zaburzeń hussyckich schronił się naprzód do Ołomuńca, a stąd do Węgier. Umarł 23 lipca 1427, w 80 roku życia swego. Pisma jego wysoko były cenione, a Hasner chwali ich jasność, zwięzłość, dokładność, praktyczny kierunek i samodzielność poglądu, mimo i wobec nieomylnych powag tego wieku.

Celniejsze z nich są:

1) *Tractatulus de regimine hominis compositus p. mag. et* Dr. Albicum *archiepisc. prag.* Lipczk, Marcus Brand 1484. 4. gotyckim drukiem. Zwano to pismo także *Vetularius.* Znajdują się tam zasady, jak n. p. *O gaudium, o solatium, motus et labor. Interpone tuis interdum gaudia curis. Ecce vulva muliebris est spoliatrix totius vitae humanae. Non est potus nisi vinum, non est cibus nisi caro, non est gaudium nisi mulier.*

2) *Medicinale Mgri* Albici *Epis. Prag.* 1438. in 4-to.

3) *Regimen tempore pestilentiae* Albici *medici* 1484 do 1487 w Lipsku.

4) *Remedium contra rheuma mgri* Albici, *quod misit ante obitum suum Sigismundo imperatori. 1 karta.*

Hasner upatruje w Albiku ślady kierunku reformatorsko-zbawiennego w dziedzinie także sztuki lekarskiej, lecz nasiona te, rzucone na ziemię stratowaną hufcami zapalczywych zapaśników, nie mogły się przyjąć, a okrucieństwa wojen husyckich przyćmiły znowu jasną zorzę oświaty, która pod dwoma Luksemburczykami Karolem i Wacławem nad Czechami zajaśniała.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

Dr. J. Gwiazdomorski.

Wiadomo powszechnie, jak poważną rolę odgrywa statystyka w medycynie zarówno praktycznej, jak i zapobiegawczej. To też prace statystyczne, choćby podejmowane nie wyłącznie w tych celach, budzą zawsze poważny interes u lekarzy, z których jednak tylko bardzo niewielu ma czas i sposobność do przestudyowania odnośnych publikacyi. Z tych powodów postanowiliśmy zebrać najważniejsze dla lekarzy szczegóły z wyżej przytoczonego wydawnictwa, którego Zeszyt VIII niedawno się ukazał, tem więcej, że oddany w lutym 1901 roku do publicznego użytku wodociąg miejski wpłynie zapewne w latach następnych na odmienne ukształtowanie się liczb.

Podejmując jednak dziś nasze zadanie, musimy choćby w kilku słowach dotknąć historyi Biura statystycznego, które na podstawie uchwały Rady miasta z dnia 9 lutego 1882 roku otwartem zostało i zorganizowanem przez wybranego dyrektora, śp. Prof. Dra J. Kleczyńskiego z początkiem roku 1884.

W pierwszych trzech latach musiało Biuro, rozporządzające bardzo nielicznemi siłami, uporządkować, uzupełnić i sprawdzić materyał, zbierany wprawdzie przez władze miejskie, lecz w przeważnej części wysyłany bez zostawienia odpisów władzom wyższym. Przekonano się, że, — nie mówiąc już o datach z lat dawniejszych, — daty z ostatniego spisu ludności w roku 1880 są tu w wielu względach niedostateczne. Wypadło luki te, ile było można, uzupełnić, system zbierania szczegółów każdorocznych zmienić (na system kartkowy), nowe działy potworzyć (dobroczynność, szkolnictwo i t. d.), zawiązać stosunki z biurami innych miast itd. To też nie można się dziwić, że pierwszy zeszyt statystyki wydanym został dopiero w roku 1887, a choćby pobieżne studyum tego Zeszytu daje wyobrażenie, z jakiemi trudnościami Biuro miało do walczenia.

Treść tego Zeszytu odnosi się głównie do liczb z ostatniego spisu ludności w roku 1880, uwzględniając ile możności porównawczo daty z lat poprzednich; nie zawiera jednak jeszcze najważniejszego działu, zwanego zawodowo ruchem ludności, a obejmującego zmiany, zachodzące z roku na rok. Biuro bowiem stworzyć sobie naprzód podstawę zasadniczą na pewnych danych, opartą na uzupełnionym i uporządkowanym materyale, aby módz rozwinąć obraz zmian zbieranych corocznie. Otóż prace dotychczasowe, a w tym Zeszycie przeważnie ogłoszone, są właśnie tą podstawą zasadniczą. Tu należą: powierzchnia miasta, czyli jego przestrzeń, ulice, domy, stosunek powierzchni zabudowanej do niezabudowanej, ludność, rodziny i partye, obwody i parafie, ludność według pochodzenia, przynależności, płci, wieku, wyznania itd., stan cywilny ludności i dział ostatni: ułomni.

Zeszyt II, wydany w roku 1889, obejmuje uzupełnienia dat, odnoszących się do ścisłego oznaczenia liczby domów, mieszkań, dalej odprowadzenia nieczystości domów z roku 1886 itp. Następnie po raz pierwszy ruch ludności, ale dopiero z roku 1887, dalej statystyka dzieci w wieku szkolnym za rok 1885/6, — wreszcie statystyka biednych i dobroczynności publicznej za rok 1885.

Zeszyt III wydany w roku 1892 zawiera: ruch ludności za lata 1888, 1889 i 1890, lecz rubryka urodzeń obejmuje lata 1887, 1888 i 1889; dalej ogólne wyniki spisu ludności z roku 1890, daty tyczące konsumcyi miasta z lat 1878 do 1888, — wreszcie ceny zboża i ziemniaków z lat 20 (1870—1889).

Zeszyt IV wydany w roku 1894 zawiera statystykę posiadłości, domów, mieszkań i ich zaludnienia z roku 1890, szczegóły ze spisu ludności w roku 1890 i ruch ludności z lat 1891 i 1892.

Zeszyt V, wydany w roku 1896, zawiera: ruch ludności z lat 1893 i 1894 i zupełnie nowy dział: statystykę dochodów i wydatków gminy na podstawie zamknięć rachunkowych od roku 1867 po koniec roku 1894.

Zeszyt VI, wydany w roku 1898 zawiera: ruch ludności z lat 1895 i 1896, dalej daty, tyczące konsumcyi miasta (patrz Zeszyt III) z lat 1889—1896, dalej dział nowy p. t. „Statystyka pożarów z lat 1877—1896“, — wreszcie statystykę dochodów i wydatków gminy z roku 1895.

Zeszyt VII, wydany w roku 1900, już po śmierci dotychczasowego kierownika biura, ś. p. Prof. Kleczyńskiego, zawiera: daty o ruchu budowlanym w latach 1891—1897, ruch ludności z lat 1897 i 1898, daty o szkołach ludowych z lat 1890—1891, opieka nad ubogimi w roku 1898, — wreszcie stosunki konsumcyjne i targowe w latach 1897 i 1898.

Zeszyt VIII, wydany w roku 1902 pod redakcyą Dra Rudolfa Sikorskiego, zawiera siedem nowych działów i jest w całości bardzo starannie opracowany.

Z zestawienia treści wydanych dotąd Zeszytów przekonywamy się dowodnie, że Biuro statystyczne stale rozszerza ramy swych publikacyi; z treści zaś widzimy, że każdy z działów bywa coraz szerzej i gruntowniej opracowywany. To też o wydawnictwo to zgłaszają się coraz liczniejsze Biura statystyczne innych miast z propozycyą wymiany swych publikacyi.

Zdaje nam się jednak, że dziś po blizko dwudziestoletniej wytrwałej i tak w owoce obfitej pracy naszego Biura statystycznego, byłoby już możliwem, a z pewnością jest pożądanem, wprowadzenie ujednostajnienia wydawnictwa, by każdy Zeszyt obejmował daty ze wszystkich działów statystyki i z jednego lub dwóch lat wspólnych całemu Zeszytowi, by czytający wiedział z góry, które lata danym Zeszytem są objęte, i że z tego okresu wszystkie daty każdego działu tam się znajdują. Podnosimy to, bo przekonaliśmy się sami, jak dotychczasowy system wydawnictwa utrudnia wykorzystanie mozolnej i tak poważnej pracy Biura, jak trudno jest, chcąc zestawić liczby z pewnego szeregu lat, wyszukać je po różnych Zeszytach. W ten sposób przychodzimy także do drugiego żądania, które pod adresem nowej redakcyi ośmielamy się wypowiedzieć. Chodzi o dodanie przynajmniej w niektórych działach zwięzłych zestawień porównawczych z dłuższego szeregu lat, zwłaszcza co do ruchu ludności. Jako przykład mogą posłużyć sporządzone przez nas poniżej zestawienia. (Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25. czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. Dr. Latkowski mówił „O nowych badaniach dróg moczowych“. 2) kol. Dr. Latkowski okazał kultury influency z przypadku, obserwowanego w klinice chorób wewnętrznych i wspólnie z kol. Dr. Flisem poczynił uwagi nad przypadkami influency, która z odmiennymi a do tej pory nie spostrzeganymi objawami panowała w drugiej połowie maja w Krakowie.

(*L.*) W dziejach Towarzystwa samopomocy lekarzy zaszedł ważny fakt, mający doniosłe znaczenie dla niezbędnej w naszym kraju organizacyi stanu lekarskiego. Dnia 22 czerwca b. r odbyła się w Krakowie ostateczna konferencya Wydziału Tow. samopomocy z delegatami lwowskiej Komisyi organizacyjnej, na której podpisano obopólną szczegółową umowę, zredagowaną w kilkunastu paragrafach przez Wydział Tow. samopomocy lekarzy na podstawie uchwał wstępnej konferencyi, odbytej dnia 14 czerwca we Lwowie.

Na mocy tej umowy zostanie odpowiednio zmienionym statut Towarzystwa samopomocy tak, że zamierzona przez kolegów lwowskich organizacya oprze się na istniejącym już od lat trzech Towarzystwie samopomocy lekarzy. Najważniejsze punkta zasadnicze zawartej umowy polegają na decentralizacyi dla spraw lokalnych, centralizacyi zaś dla spraw ogólno-lekarskich. W tym celu w mieście Lwowie utworzoną zostanie Reprezentacya Tow. samopomocy dla okręgu lwowskiego, której zadaniem będzie administracya miejscowa i załatwienie samoistne spraw czysto lokalnych, do czego Reprezentacya ta wybierać będzie swój własny Zarząd Takie same Reprezentacye okręgowe z szeroką autonomią dla spraw miejscowych utworzone zostaną po kolei, w miarę przybytku członków, w poszczególnych siedzibach sądów powiatowych. Zarząd sprawami, obchodzącemi ogół lekarzy w kraju, zarząd wspólną kasą Towarzystwa i kasą pogrzebową, spoczywać będzie nadal w ręku centralnego Wydziału Towarzystwa, którego siedzibą pozostaje, jak dotąd, miasto Kraków. W Wydziale tym jednak Reprezentacye okręgowe mają przyznany odpowiedni do liczby członków danego okręgu stosunek głosów rozstrzygających.

W celach obrony interesów stanu lekarskiego wydawanem będzie we Lwowie przez osobny Komitet redakcyjny pismo dwutygodniowe, na które Tow. samopomocy ofiaruje w roku bieżącym 1000 kor. subwencyi, zastrzegając sobie prawo bezpłatnego umieszczania sprawozdań, odezw i t. p. Pismo to ma być zupełnie niezależne tak, aby z całą swobodą bronić mogło słusznych żądań ogołu kolegów; dla tego też Komitet redakcyjny nie wyjdzie z łona żadnego z istniejących już w kraju Towarzystw, lecz z wolnego wyboru ogólnej konferencyi koleżeńskiej.

Porozumienie więc, jakie nastąpiło, nie tylko w punktach zasadniczych, ale w najdrobniejszych szczegółach, między Lwowem a Krakowem, daje rękojmię, że sprawa złączenia wszystkich kolegów w kraju pod jednem wspólnem hasłem obrony zagrożonych coraz bardziej interesów zawodowych pójdzie od tej chwili daleko raźniej naprzód i że niedługo już zorganizowani w jeden zastęp lekarze galicyjscy zdobędą łatwiej to, czego jednostki wywalczyć nie są w stanie.

* Komisya organizacyjna lekarska rozesłała odezwę, podpisaną przez prof. Dr. G. Ziembickiego (prezesa), Dr. Sz. Mikołajskiego (sekretarza), oraz 13 członków, wzywającą lekarzy lwowskich i prowincyonalnych na konferencyę w d. 28 b. m. o godzinie 10 rano, w sali »Domu Narodnego«. Celem konferencyi będzie organizacya stanu lekarskiego, oraz założenie czasopisma, poświęconego wyłącznie obronie interesów zawodu lekarskiego, z pominięciem treści ściśle naukowej.

Wszelką korespondencyę w sprawach tej konferencyi należy adresować do Dr. Szczepana Mikołajskiego (Lwów, ul. Sniadeckich, 6).

* Dziekan Wydziału lekarskiego U. J. rozpisuje konkurs na posadę demonstratora przy katedrze chemii lekarskiej. Roczna płaca wynosi 600 koron. Podania przyjmuje kancelarya Wydziału lekarskiego do d. 8-go lipca b. r. — Doktorzy wszechnauk lekarskich mają pierwszeństwo.

* Prof. nadzwyczajny anatomii patologicznej w Uniwersytecie warszawskim, Dr. Przewoski, mianowany został profesorem zwyczajnym tegoż przedmiotu.

* Dr. Karol Łuniewski mianowany został ordynatorem warszawskiej położniczo-ginekologicznej kliniki uniwersyteckiej.

Dr. Korzeniowski mianowany został ordynatorem nadetatowym szpitala Dzieciątka Jezus.

* Dziekanem Wydziału lekar. Uniwers. wiedeńskiego na r. $190^3/_4$ wybrany został prof. Weichselbaum.

* O pierwszym wiecu austryackich słuchaczów medycyny tygodniki wiedeńskie odzywają się korzystnie, wychwalając wzorowe urządzenie i doniosłość wygłoszonych odczytów.

* Między 3 a 9 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (2 gm.), buczackim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (2 gm.), dobromilskim (1 g.), gorlickim (2 g.), horodeńskim (3 g.), kałuskim (2 g.), lwowskim (1 g.), łańcuckim (1 g.), mościskim (2 g.), nadworniańskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), przemyskim (1 g.), przemyślańskim (2 g.), przeworskim (1 g.), rawskim 2 g.), rudeckim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), staro-samborskim (1 g.), stryjskim (1 g.), tarnowskim (2 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2, g.), zaleszczyckim (2 g.), złoczowskim (3 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXII (31—V—6—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925.

W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 10, urodziło się dzieci 83, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 10 (1 zam.), z zapalenia płuc 4 (3 zam.), z błonicy 4 (1 zam.), z płonicy 4 (zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 6 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Na stanowisko dyrektora kliniki chorób wewnętrznych, opróżnionej przez śmierć prof. Pasternackiego powołany został prof. Sirotinin. Dyrektorem kliniki lekar. w Erlandze mian. został Dr. Penzoldt.

Nekrologia. D. 19 b. m. zakończył życie w Wiedniu profesor chirurgii, Dr. Karol Gussenbauer. Zmarły przyszedł na świat w Karyntyi r. 1842. Stopień doktora medycyny otrzymał w Wiedniu r. 1868. Od pierwszej chwili po uzyskaniu dyplomu poświęcił się chirurgii, wkrótce został asystentem prof. Billrotha i w tym charakterze był czynny w klinice wiedeńskiej do r. 1874, w którym habilitował się, a w r. 1875 mianowany został profesorem chirurgii w Leodium. W r. 1878 zajął stanowisko dyrektora kliniki chirurgicznej w niemieckim Uniwersytecie w Pradze, a w 1894 powołany został na następcę Billrotha w Wiedniu. Brał czynny udział w społecznem życiu lekarzy, był prezydentem II giej Izby lekarskiej wiedeńskiej, a na stanowisku rektora Uniwersytetu wiedeńskiego rzuciła go na łoże ciężka choroba sercowa, która przecięła żywot zacnego człowieka, głębokiego myśliciela i jednego z najzdolniejszych chirurgów nowoczesnych. Nie licząc prac pomniejszych, pozostawił 13 monografij, posiadających istotną wartość naukową. Jedną z ostatnich jego prac była mowa rektorska p. t. »Mózg i dusza. w której odźwierciedlił głębie szlachetnej duszy własnej.

D. 5. czerwca zakończył życie w Pawłowsku (pod Petersburgiem) znany neurolog, prof. Józef Moczutkowski, w wieku lat 58. Zmarły był wychowańcem kijowskiego uniwersytetu, który ukończył w r. 1869. W ciągu 16 lat kierował szpitalnym oddziałem chorób nerwowych w Odesie. W r. 1893 mianowany został profesorem chorób nerwowych w klinicznym Instytucie W. Ks. Heleny Pawłówny i na tem stanowisku pracował do r. 1901, w którym ciężka choroba zmusiła go do wycofania się z działalności nauczycielskiej i naukowej. Pozostawił poważną liczbę rozpraw, z których niektóre nabrały szerokiego rozgłosu. Ś. p. Moczutkowski nie pozostawił w ojczystem piśmiennictwie żadnych śladów swej naukowej działalności.

W Petropawłowsku zmarł Dr. Konstanty Dobrowolski w 53 r. życia. Wszystkie lata swej działalności zawodowej spędził na dalekim Wschodzie. W Heidelbergu zakończył życie sławny anatom Gegenbaur w wieku 76 lat. Dr. Jürgens były asystent prof. Virchowa zmarł w 61 r. życia.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 6. Bobrowski: Kilka uwag o higienie kolei żelaznych.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego Z. 1. Połański: Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą (specyalnie gruźlicą płuc). Kijewski: O wycinaniu płuc. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

— *Postęp okulistyczny* (Maj). Noiszewski: Przyrządy kontrolujące celność (doprzedmiotowanie). Reiss: Przyczynek do kazuistyki przybłoniaków okołogałkowych (*carcinoma peribulbare*). Wicherkiewicz: Tak zwana „nowa choroba krakowska".

— *Medycyna* Nr. 24. Bogdanik: Urazowe pęknięcie kiszki grubej. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Machek: O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej. Frenkel: Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? Gajkiewicz: Kilka słów o odruchowem zwężaniu się źrenic, a mianowicie o najnowszej teoryi Nicola Majano.

Liečnički Viestnik Nr 6. Kršniavi: Vundtov psiholožki laboratorij. Joanovič: Slučaj o gnojenja guše z bakterioložkoga gledišta. Thierry: Ruptura urethrae.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 24. Pelnař: Achondroplasie u 55-letého muže. Nalez pitevni. Heveroch: Kasuistycký příspěvek k achondroplasii. Pelnař: Nový případ achondroplasie ve věku 56 lat. Lhoták: Rozprawa o autointoxikaci, vnitřni sekreci a funkci antitoxické.

— *La Presse medicale* Nr. 46. Variot: Rozpoznanie gruźliczego zapalenia błon mózgowych a nakłócie lędźwiowe. Desnos: Trwałe wyniki leczenia zwężeń cewki moczowej.

Nr. 47. Kelly: Początek dziejów zapalenia wyrostka robaczkowego we Francyi. Romme: Wczesne porażenie podniebienia miękkiego w błonicy. Wypłókanie krwi (*lavage du sang*) w porażeniu błoniczem. Rzekome nawroty błonicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24. Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej. Grossmann: Przyczynek do nauki o wydzielaniu kwasu moczowego i indykanu w przebiegu dny. Casper: Leczenie przerostu gruczołu krokowego. Pick i Poll: O godnej uwagi budowie guzów z patologii zwierzęcej, w szczególności o nowotworach dobrotliwych i rakowatych u zimnokrewnych (c. d.). Danelius i Sommerfeld: Leczenie suchot płucnych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 24. Gaertner: Przyrząd dla kontrolowania tętna w uśpieniu. Martin: Strona techniczna sfigmomanometru Riva-Rocciego i tonometru Gärtnera. Anselm: Zabiegi lecznicze przy położeniu twarzowem. Richter: O objawie paluchowym Babińskiego. Longard: Przyczynek do sprawy usypiania eterem. Günther: Złośliwa epidemia płonicy. Schulhof: Ostra niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana glistą ludzką. Hess: Dodatkowe uwagi do rosprawy Dr. Clemensa: Przypadek zrostu osierdzia, wyleczony operacyą Talmy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Sachs: Wyniki 10-letniego stosowania kleszczy w klinice Chrobaka. Marcus: Doświadczalne badania nad cofaniem się moczu z pęcherza ku miedniczkom. Exner: Leczenie guzów promieniami Röntgena. Payr: Leczenie palca zaskakującego (schnellender Finger). Fuchsig: W sprawie rozlanego posoczniczego krwotoku żołądka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25. Blumenthal: Destrukcya ciał białkowatych podczas głodzenia. Aronson: Dalsze doświadczenia z paciorkowcami. Casper: Śmierć z choroby nerkowej niewydolność nerek i badanie ich czynności. Reichard: Sześćdziesiąt przeszczepień ścięgien. Rothmann: Schorzenie sznurów bocznych a kurczowe porażenie rdzeniowe (dok.).

Redakcya otrzymała. Porádi: Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15.202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Rok XLII. Kraków 4 Lipca 1903. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.**

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał

Dr. Filip Eisenberg,

asystent zakładu.

Panowie!

Chcąc z Wami podzielić się najnowszemi zdobyczami bakteryologii klinicznej, wybrałem za przedmiot dzisiejszego odczytu dur brzuszny, a przy wyborze tym kierowały mną różne względy. Przedewszystkiem choroba ta, niezmiernie ciekawa z punktu klinicznego i patologicznego i najdokładniej może ze wszystkich opracowana, była właśnie w ostatnich latach przedmiotem nader licznych, a po części i bardzo ważnych badań bakteryologicznych, które stworzyły podstawę dla nowych poglądów na jej istotę i objawy. Powtóre badania te, acz z pozoru ściśle teoretyczne, mają wielką doniosłość praktyczna dla higieny indywidualnej i społecznej, pozwalając oprzeć nasze działanie higieniczne na dokładnych wiadomościach epidemiologicznych. Dla naszego zaś kraju, gdzie smutne warunki ekonomiczne i społeczne dotąd pozwalają ciężkiej tej chorobie panować endemicznie, poznanie tych stosunków szczególną ma wagę, a należy się spodziewać, że przykład naszych sąsiadów, którzy z całą energią i z wielkim zasobem środków, dostarczanych przez wiedzę i społeczeństwo, zwalczają tego wroga, znajdzie i u nas naśladowców.

Chcąc racyonalnie przystąpić do tego zadamia, musimy oczywiście obok poznania sposobów przenoszenia się tej choroby, przedewszystkiem umieć ściśle rozpoznawać każdy jej przypadek i to możliwie w jak najwcześniejszym jej okresie. Ścisle takie rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie bakteryologii, gdyż obraz kliniczny choroby nie zawsze dość jest charakterystyczny, żeby ją można odróżnić od innych chorób gorączkowych. Wymaganie rozpoznania bakteryologicznego staje się tem konieczniejszem, że w ostatnich latach stwierdzono istnienie zakażeń, klinicznie zupełnie przypominających obraz duru brzusznego, a wywołanych przez bakterye, różne od prątka Ebertha. Dwie są drogi możliwe dla rozpoznania bakteryologicznego duru: albo przez wykazanie swoistego prątka w narządach, sokach lub wydalinach dotkniętego ustroju, albo przez stwierdzenie swoistych zmian biologicznych w tym ustroju, wywołanych przez zakażenie. Zanim przejdę do praktycznych sposobów wykrywania prątka Ebertha w ustroju, chciałbym pokrótce powiedzieć, jakiemi wskazówkami kierujemy się przy identyfikacyi bakteryi jako durowych. O ile w pierwszym okresie swego rozwoju bakteryologia uważała to zadanie rozpoznawania bakteryi chorobotwórczych za nader łatwe i proste, opierając się na cechach przeważnie natury morfologicznej, o tyle w miarę rozwoju tej nauki okazało się, że cechy te wystarczają zaledwie do rozróżnienia pewnego szerego zasadniczych typów bakteryi chorobotwórczych, że jednak nie mogą służyć za podstawę naukowego rozpoznawania różniczkowego. Pokazały one, że znane nam bakterye chorobotwórcze są członkami obszernych grup naturalnych, w których obok nich mieszczą się rodzaje pokrewne, zbliżające się do nich wielu cechami, a pozbawione własności chorobotwórczych lub różniące się ich jakością. Obok gruźlicy stanęły bakterye rzekomo-gruźlicze i inne odporne na kwas; obok prątków Löfflera — bakterye rzekomo-błonicze w różnych odmianach; obok bakteryi zapalenia płuc Friedländera — cała grupa otoczkowców; obok bakteryi cholery — obszerna grupa mętwików (wibryonów); obok bakteryi duru — cała grupa laseczników okrężnicowych i pokrewnych i t. d. O ile rozróżnienie grup samych między sobą jest wcale łatwem i przystępnem, o tyle różniczkowanie w zakresie danej grupy napotyka często na dość znaczne trudności. Już kilka grubszych cech morfologicznych pozwoli nam orzec, że dana bakterya należy do grupy mętwików (wibryonów), natomiast dopiero sumienne zbadanie całego szeregu cech mikrochemicznych, fizyologicznych, biochemicznych i biologicznych uprawni nas do orzeczenia, że mamy do czynienia z przecinkowcem cholery. Na jeden jeszcze szczegół należy zwrócić uwagę: wiemy, że protoplazma bakteryi pod względem biologicznym i biochemicznym jest nader plastyczna i zdolna do daleko sięgających przystosowań; to też nie zawsze istnienie lub brak pewnej cechy rozstrzyga o przynależności pewnego gatunku, lecz dopiero zbiór pewnej ilości cech różniczkowych umożliwia ściśle rozpoznanie. Grupa, bliżej nas obchodząca, obejmuje obok bakteryi durowych, ścisłych pasorzytów, liczne odmiany bakteryi okrężnicowych i pokrewnych, mieszkańców przewodu pokarmowego różnych zwierząt w warunkach prawidłowych, zdolnych w pewnych szczególnych warunkach wywoływać poważne sprawy chorobowe. Nie zdziwimy się tedy, że w tej grupie różniczkowanie będzie bardzo subtelne, a wobec wielkiej różnorodności gatunków — bardzo do siebie zbliżonych — niełatwe. Bakterye durowe są gatunkiem stosunkowo jeszcze najściślej określonym, o ile że jako pasorzyty ściśle, żyjąc w całkiem szczególnych warunkach, są mocno zróżniczkowane. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór znaczenia teoretycznego, ważności każdej cechy z osobna, podam tu zbiór cech, których obecnie nauka nasza wymaga od bakteryi, aby je uznać za swoiste laseczniki duru. Bakterye takie muszą się przedstawiać, jako

krótkie laseczki, w pomyślnych warunkach objawiające żywą ruchliwość, uwarunkowaną obecnością wieńca rzęsek, okalającego bakterye; nie barwiące się metodą Grama, nie rozpuszczające żelatyny i dające na niej typowe kolonie powierzchowne, rosnące na kartoflu, jak typowa hodowla durowa, nie wytwarzające w wodzie peptonowej nawet po 8 dniach indolu, nie wytwarzające gazu w pożywkach zawierających cukier gronowy, nie zmieniające cukru mlecznego, nie ścinające tedy mleka, nie wytwarzające ponad 0·3% kwasu normalnego w serwatce lakmusowej Petruschkyego i słabo ją mącące, nie redukujące czerwieni neutralnej Ehrlicha w agarze Rothbergera. Do tych cech morfologicznych i biochemicznych dołączono w ostatnich latach dwie biologiczne, odznaczające się niezmierną czułością i ścisłą swoistością: odczyn Pfeiffera i aglutynacyę; wymagano tedy, aby bakterye, które mamy uznać za durowe, wobec swoistej surowicy przeciwdurowej ulegały bakteryolizie i aglutynacyi, podobnie jak szczep autentyczny. Zdawało się nawet, że próby te w zupełności zdołają zastąpić wszystkie inne odczyny dzięki swoistości; i rzeczywiście, przy uwzględnieniu stosunków ilościowych swoistość ich jest zupełną tak, że dodatni wynik tych odczynów bezwzględnie rozstrzyga o rozpoznaniu. Na podstawie licznych badań lat ostatnich okazało się jednak, że ujemny wynik próby aglutynacyjnej bynajmniej nie wyklucza obecności bakteryi durowych; stwierdzono mianowicie, że szczepy, pochodzące z ustroju dotkniętego zakażeniem durowem, najczęściej albo wcale nie ulegają swoistej aglutynacyi, albo tylko niezupełnie, a dopiero po dłuższem lub krótszem przechodzeniu przez sztuczne podłoże uzyskują zdolność ulegania aglutynacyi w typowy sposób. Najprawdopodobniejszem wytłómaczeniem tego dziwnego zjawiska jest to, że w ustroju zakażonym bakterye mają sposobność przystosować się do zawartych w nim aglutynin i przeciw ich działaniu do pewnego stopnia się uodpornić. Podobnie w badaniach, ostatnimi czasy wykonanych, a jeszcze nie ogłoszonych, mogłem stwierdzić, że w ustroju zakażonym bakterye przystosowują się do sił bakteryobójczych ustroju tak, że świeżo wyhodowane z takiego chorego okazują się mniej wrażliwemi lub niewrażliwemi na ich działanie. Widzimy tedy, że i te cechy biologiczne, swoiste odczyny wobec surowicy zwierząt uodpornionych, podlegają różnym wahaniom, jak większość innych, że tedy nie mogą bezwzględnie rozstrzygać o naturze danych bakteryi, wyhodowanych z zakażonego ustroju.

Na podstawie umiejscowienia i charakteru sprawy durowej można już z góry przypuszczać, że główne zabiegi rozpoznawcze zwracać się będą zawsze ku wykryciu swoistych bakteryi w stolcach chorych durowych. Zadanie to jednak mimo całego legionu prac, poświęconych mu dotąd, jeszcze w zupełności nie jest rozwiązane, a należy, bez przesady rzec można, do najtrudniejszych zadań techniki bakteryologicznej. Ilość bakteryi w stolcach wydalanych podlega znacznym wahaniom i nie w każdej cząstce takiego stolca znaleść je można; stąd wynika, że trzeba stosunkowo znaczne ilości tego stolca, względnie cały szereg prób, szczepić na pożywki. Główną jednak trudność dla hodowli przedstawia cała masa najróżniejszych bakteryi kałowych, które już to mogą mieć znaczną liczebną przewagę nad swoistymi laseсznikami, już to. rosnąc od nich szybciej i bujniej, przerastać wybredne bakterye durowe, już to wreszcie, o ile chodzi o płytki żelatynowe, rozrzedzając to podłoże, uniemożliwić wyosobnienie naszych baketryi. Badanie wszystkich możliwych kolonii na płytkach, wyrastających ze stolców, byłoby oczywiście niesłychanie mozolne i uniemożliwiałoby niemal nasze zadanie; musimy tedy starać się używać takich podłoży, na których kolonie durowe mają charakterystyczne wejrzenie, przez co ilość kolonii podejrzanych, które musimy poddać szczegółowszemu badaniu, znacznie się zmniejszy. Zadanie to jest niełatwe, gdyż bakterye okrężnicowe i ich pokrewne, stanowiące znaczną część flory kałowej, przeważnie rosną w sposób bardzo zbliżony lub identyczny, jak bakterye durowe, a żelatyna, na której jeszcze kolonie durowe najłatwiej od nich odróżnić się dadzą, łatwo ulegając rozrzedzeniu, do tego celu nie zawsze się nadaje. Jeżeli mimo to całemu szeregowi autorów udało się zapomocą zwykłych metod bakteryologicznych wyosobnić bakterye durowe ze stolców, to jest to chyba najwymowniejszym dowodem faktu, że ścisłość roboty i wielki zasób cierpliwości najpewniej prowadzą do tego celu.

Jasnem jest jednak, że dla kliniki potrzeba metody, któraby, nie wymagając zbyt wielkiego zachodu, pozwalała w każdym przypadku z pewnością bakterye znaleźć: nie wdając się w szczegółowe wyliczanie całego mnóstwa metod, podanych w tym celu, skreślę tylko zasadnicze ich podstawy i wspomnę o kilku najważniejszych. Starano się umożliwić wynalezienie bakteryi durowych w kale, już to dodając do podłoża ciała, tamujące rozrost innych bakteryi, zwłaszcza rozrzedzających żelatynę, a nie wpływające na bakterye duru, już to ciała, zwiększające różnice morfologiczne kolonii durowych a okrężnicowych, już to ciała, pozwalające na rozpoznanie na podstawie odczynów biochemicznych, już to starano się wyzyskać znaczniejszą ruchliwość ich wobec przeważnej części ich pokrewnych, już to korzystano ze swoistej aglutynacyi, aby oddzielić bakterye durowe od innych, już to wreszcie stosowano metody, łączące w sobie kilka z wymienionych. Z dawniejszych metod najbardziej stosowane były metoda Holza i Elsnera; Holz przez dodatek soku kartoflanego do żelatyny powstrzymuje rozwój kolonii rozrzedzających na płytkach, nie przeszkadzając wzrostowi kolonii durowych. Elsner ulepszył jego podłoże przez dodatek 1% jodku potasu, przez co i same bakterye durowe wyrastają powoli w drobnych przejrzystych jednostajnych koloniach w przeciwieństwie do bakteryi okrężnicowych, mniej wrażliwych, których kolonie są większe, ciemniejsze i mocniej ziarniste. Inni autorowie stosowali różne dodatki kwasu karbolowego, który hamując wzrost bakteryi rozrzedzających, nie szkodzi durowym (Kruse, Loesener, Rémy, Chantemesse i Widal); podobnie ma działać α-naftol (Rawicz-Szczerba) i taurocholan sodowy (Mac-Conkey). Z metod, starających się wyzyskać żywą ruchliwość bakteryi durowych, najdawniejszą jest metoda Ali-Cohena; autor ten do badanego płynu wstawia rurki włosowate, wypełnione sokiem kartoflanym, twierdząc, że bakterye durowe, jako najruchliwsze i skutkiem swoistego działania chemotaktycznego, pierwsze do nich się dostaną. Ciekawsza, acz nie wolna od zarzutów, jest metoda Gabryczewskiego; opiera się ona na spostrzeżeniu dawniejszem Kocha, że jeśli na wilgotny płatek płótna położyć w środek nieco kału cholerycznego, to po pewnym czasie na brzegu płatka, dzięki wybitnej swej ruchliwości, znajdą się przecinkowce cholery w czystej ho-

dowli. Gabryczewski tedy płytkę agarową pokrył bibułą, napojoną bulionem i dawszy na środek bibuły mieszaninę bakteryi durowych i nieruchomych okrężnicowych, w pewnym odstępie od środka poumieszczał małe skrawki bibuły; otóż po pewnym czasie mógł stwierdzić, że tylko bakterye durowe dostały się do tych skrawków. Ponieważ jednak w razie, gdy w mięszaninie znajdowały się obok prątków durowych ruchliwe gatunki okrężnicowe, te ostatnie zawsze wyprzedzały trochę durowe, należało ich pochód powstrzymać; użył do tego G. swoistej surowicy ochronnej przeciw danemu szczepowi okrężnicowemu, aglutynującej go jeszcze w rozcieńczeniu $^1/_{5000}$. Napajał tedy skrawki wyżej wspomniane rozczynem 3%-wym tej surowicy i oto pokazało się, że surowica aglutynując bakterye okrężnicowe powstrzymywała je, gdy tymczasem durowe wędrowały poza skrawki ku obwodowi. Zapomocą tej metody udało się Gabryczewskiemu wyosobnić bakterye durowe z dwóch prób stolców durowych; jasnem jest jednak, że wobec różnorodności biologicznej różnych szczepów okrężnicowych należałoby stosować surowicę, działającą na możliwie największą ilość szczepów, aby mieć pewność dodatniego wyniku w każdym przypadku. To samo zastrzeżenie stosuje się do drugiej metody Gabryczewskiego, opartej na tych samych zasadach; tutaj szczepi się mięszaninę bakteryi, względnie badany materyał, do rury szklanej długości kilkudziesięciu centymetrów, poprzegradzanej co 5 ctm. kurkami o bardzo wązkiem świetle. Przez te wąskie przejścia bakterye durowe mają się szybciej przedostawać, niż inne. Obie te metody muszą dopiero zostać wypróbowane, zanim będzie można o nich wydać sąd rozstrzygający, zwłaszcza jest wątpliwem, jak się zachowają w tych warunkach inne ruchliwe bakterye, często w kale spotykane, jak odmiany proteusów lub bakterye fluoryzujące. Inny znowu szereg metod stara się spotęgować różnice w formie kolonii żelatynowych bakteryi durowych, a okrężnicowych przez użycie specyalnych podłoży; już dawniejsi autorowie widzieli, że na płytkach żelatyny nizko-procentowej (około 3%) kolonie durowe otoczone są nitkowatemi wypustkami znacznej czasem długości, podczas gdy kolonie okrężnicowe są okrągłe, lub też okazują nieliczne krótkie wypustki. Prawdopodobnie miękka zbitość podłoża, przeciwstawiająca mały opór wzrostowi i znaczna ruchliwość bakteryi durowych składają się na powstanie tych form charakterystycznych. Podobnie Hiss poda pożywkę złożoną z agaru i żelatyny wpółpłynnej przy ciepłocie 37°, na której różnice te bardzo wybitnie występują, a Park zapomocą tej metody w 50% przypadków już w pierwszym tygodniu choroby wyhodował ze stolca bakterye durowe. Najwięcej rozgłosu z tych metod zyskała podana przed kilku laty przez Piórkowskiego; używa on moczu, który uległ sam przez się alkalizacyi, najlepiej o ciężarze gatunkowym 1·020, do którego dodaje 0·5% peptonu i 3·5% żelatyny. Na tej żelatynie po 20 godzinach w ciepłocie 21—22° C. kolonie durowe przedstawiają podłużne, małe, wodo-jasne jądro, otoczone na każdym biegunie 4—6 nitkowatemi, pokręconemi wypustkami, których długość 5-krotnie przewyższa długość jądra; czasem zaś jądro otoczone bywa całym wieńcem takich wypustek poplątanych. Przeważna część bakteryi okrężnicowych tworzy kolonie żółtawe, o ostro odcinających się okrągłych brzegach; tylko nietypowe szczepy okrężnicowe i bakterye kałowe alkalizujące *(B. faecalis alcaligenes)* tworzą wypustki przeważnie krótkie i obłe, rzadko twory korkociągowate lub ślimacze, dające się przy pewnej wprawie odróżnić od typowych wypustek kolonii durowych. Należy jednak zauważyć, że wyjątkowo całkiem inne bakterye mogą naśladować kolonie durowe, a nie każda kolonia durowa na tem podłożu musi przybrać charakterystyczne wejrzenie; wynika stąd, że każdą kolonię, wyglądającą typowo, należy dopiero poddać ściślejszemu badaniu, zanim się ją uzna za durową. Metoda Piórkowskiego, wypróbowana przez licznych autorów, dała w ich rękach bardzo dobre, choć nie zawsze bezwzględnie pewne wyniki; przedstawia ona tę niedogodność, że wymaga dość skomplikowanego podłoża, a nawet przy zachowaniu wszystkich przepisów jej autora czasem zawodzi, gdyż, jak się zdaje, nie każdy mocz do pożywki się nadaje. Ażeby te niedogodności usunąć, kilku autorów podało modyfikacye tej metody; tak Hayashikawa bierze normalny mocz, trzyma go w chłodnem miejscu, póki nie wypadną moczany, odsącza i alkalizuje rozczynem sody, poczem, po dniu stania, odsącza się od osadu fosforanów i zaopatruje w potrzebne dodatki według przepisu Piórkowskiego; z zapomocą tej metody autorowi jej udało się mimo niekorzystnych warunków, w 62% przypadków badanych uzyskać dodatni wynik. I tutaj oczywiście, jak przy metodzie Piórkowskiego, badacz musi uzyskać pewną wprawę w odróżnianiu hodowli durowych, a podejrzane kolonie, przeszczepione na bulion, należy po 6—10 godzinach poddać próbie aglutynacyjnej. Inni autorowie uzyskują mocz alkaliczny przez zaszczepienie do prawidłowego moczu proteusa lub *microc. ureae.* Wreszcie w ostatnim czasie polecono zastąpić żelatynę moczową innemi podłożami, na których również kolonie durowe opatrzone są w charakterystyczne wypustki; i tak Weil poleca 0·75% agar, przyrządzony na soku kartoflanym; Krause—podłoże, zawierające 1% agaru, 13% żelatyny, 2·5% mocznika, i 0·3% kwasu mlekowego.

Ostatni szereg metod polega wreszcie na zachowaniu się bakteryi durowych wobec cukrów, których nie rozkładają w przeciwieństwie do przeważnej części szczepów okrężnicowych. Tak Kraus używa do różniczkowania płyt agaru glicerynowego z cukrem gronowym; na tem podłożu kolonie okrężnicowe otoczone są bańkami gazu, powstałego przez fermentacyę cukru. Wurtz podał agar z dodatkiem cukru mlecznego i lakmusu, jako indykatora; bakterye durowe, nie rozkładając tego cukru, a wytwarzając z peptonu ciała alkaliczne, rosną na tem podłożu w niebieskich koloniach; bakterye zaś okrężnicowe, tworząc przez rozkład cukru kwas, rosną w koloniach czerwonych. Należy jednak zważyć, że dość znaczna ilość kwasu, powstająca z rozkładu cukru, przesiąka całe podłoże i barwi je czerwono, przez co wyróżnienie bakteryi durowych staje się niemożliwe. Ujemne te strony metody Wurtza usunięte zostały w metodzie Drigalskiego i Conradiego, która w ostatnich czasach zyskała znaczny rozgłos, a polega na tej samej, co tamta, zasadzie. Użycie 3% agaru, jako zbitszego, utrudnia dyfuzyę wytworzonego kwasu, dodatek 0,2% sody zobojętnia go, a fiolet kryształowy, dodany w rozcieńczeniu 1:100.000, powstrzymuje rozwój obcych bakteryi, zwłaszcza ziarniaków, wytwarzających znaczną ilość kwasu. Materyał badany względnie jego rozcieńczenia, rozciera się po powierzchni obsuszonych płytek, a po 24 godzinach bada się wszystkie przej-

rzyste niebieskie kolonie, jako podejrzane. Oprócz bakteryi durowych te szczepy okrężnicowe, nietypowe, które nie rozkładają cukru mlecznego, szczepy kałowe alkalizujące, odmiany proteusów i bakterye fluoryzujące dają również kolonie niebieskie tak, że dopiero bliższe różniczkowanie kolonii niebieskich pozwoli stwierdzić obecność bakteryi durowych. Zapomocą swej metody autorowie zdołali w 50 przypadkach wykazać w stolcu swoiste bakterye i to w połowie przypadków w okresie wczesnym, gdy jeszcze próba Widala nawet przy rozcieńczeniu $^1/_{10}$ dawała wynik ujemny tak, że zdaje się ona zasługiwać na szczególne uwzględnienie. Zręczną kombinacyę metody Wurtza przedstawia podana przed rokiem gelodyagnostyka Chantemessea: aby zwiększyć ilość bakteryi durowych w danym stolcu, autor ten szczepi cząstkę kału do wody peptonowej i wstawia na 6—7 godzin do termostatu, poczem, przesączywszy przez bibułę, dodaje do przesączu kilka kropel silnej surowicy przeciwdurowej, a po kwadransie, gdy aglutynacya swoistych bakteryi miała już czas wystąpić, centryfuguje. Uzyskany w ten sposób osad służy za materyał do szczepienia płytek agarowych następującego składu: 3% peptonu, 2% agaru, 2% cukru mlecznego; do 10 ctm. takiego agaru dodaje się 4 krople 3% wody karbolowej i 1 ctm.³ rozczynu lakmusu; materyał rozprowadza się po powierzchni pożywki, której grubość nie powinna przenosić 1—2 mm. Dodatek karbolu powstrzymuje rozwój obcych bakteryi, kolonie durowe zaś okazują niebieską barwę. Décobert, który zapomocą tej metody zbadał 23 podejrzanych stolców, w 5 przypadkach, w których następnie i inne próby wykluczyły obecność duru, uzyskał wynik ujemny; w innych 18 mógł wykazać swoiste bakterye już w przeciągu 18—24 godzin po przyjęciu chorego, między tymi w 2 przypadkach jeszcze, zanim próba Widala wypadła dodatnio. Podobną wreszcie metodę podał w ostatnim czasie Windelbandt dla badania podejrzanej wody na bakterye durowe; metoda ta, oczywiście nadająca się także do badania stolców, tak się przedstawia według modyfikacyi Szepilewskiego: badany materyał szczepi się do kolbki z bulionem i wstawia na 24 godzin do termostatu; po tym czasie przesącza się zmącony bulion przez jałową watę, aby go uwolnić od kłaczków i dodaje doń parę kropel silnie aglutynującej surowicy przeciwdurowej; zawarte w bulionie bakterye durowe opadają na dno w postaci kłaczków, których jednak może brakować, gdy ilość bakteryi jest bardzo mała; przez centryfugowanie tego bulionu uzyskuje się osad, który służy za materyał do szczepienia płytek. Na tych płytkach agarowych 3% z dodatkiem cukru mlecznego i lakmoidu kolonie durowe są błękitne, z początku przejrzyste, do kropel rosy podobne, potem w środku brudno-żółte z odcieniem zielonawym. Metoda ta jest nader czuła, gdyż według Szepilewskiego pozwala odnaleźć bakterye durowe, jeśli małe uszko hodowli agarowej rozmieszać w 100.000 litrów wody, t. z. jeśli stosunek materyału zakaźnego do środowiska wynosi 1:50.000.000.000.

Poznawszy w ten sposób pokrótce najważniejsze metody wykrywania bakteryi w stolcu, zastanówmy się, jakie znaczenie metody te mogą mieć dla praktyki. Nie ulega wątpliwości, że nie posiadamy dotąd metody podręcznej, któraby z łatwością i w rękach praktyka mogła posłużyć do rozpoznania choroby; dobre wyniki, uzyskiwane przez autorów, należy w pierwszym rzędzie odnieść do cierpliwości i wytrwałości, z jaką traktowali oni swe metody, a następnie do wprawy, jaką się uzyskuje przy dłuższej robocie. Ogół jednak metod podanych należy do kategoryi metod laboratoryjnych i nie łatwo wyjdzie poza obręb pracowni bakteryologicznych. Jeżeli do tego dodamy, że nie każdy stolec chorego musi zawierać swoiste bakterye, a nawet, o ile je zawiera, nie w każdej swej cząstce, zrozumiemy, jaki w niektórych przypadkach nakład pracy byłby potrzebny do uzyskania rozpoznania. Natomiast badanie stolców w ostatnich czasach wskazało na pewien dość ważny szczegół epidemiologiczny, na który będzie należało w przyszłości baczną zwrócić uwagę. Drigalski i Conradi, badając stolec 4 osób z otoczenia chorych durowych, wykazali w nich obecność swoistych prątków; wszystkie cztery osobniki te były zupełnie zdrowe, u jednego z nich raz jeden wystąpił stolec biegunkowy, u drugiego biegunka trwała 3 dni. Stolce poddane badaniu były zupełnie prawidłowe, a dane osoby nie miały ani gorączki, ani żadnych podmiotowych objawów schorzenia. Wynika ztąd, że pozornie zupełnie prawidłowe jednostki z otoczenia chorych mogą w swym przewodzie pokarmowym gościć niebezpiecznego wroga i rozsiewać go ze swemi wypróżnieniami, same nie doznając ztąd żadnego dla siebie uszczerbku. W przyszłości więc epidemiologia duru i zapobieganie tej chorobie będą się musiały liczyć z tymi „roznosicielami bakteryi“ podobnie, jak to już wiemy w przypadku cholery, błonicy i gruźlicy. Nie bez znaczenia jest również fakt, że i wypróżnienia ozdrowieńców po durze, zupełnie prawidłowo się przedstawiające, mogą zawierać przez dłuższy czas, aż do miesiąca, bakterye durowe, jak to wykazali Drigalski, Conradi i Décobert.

Kilku słowy tylko zbędę badanie soku, uzyskanego przez nakłócie śledziony, metodę, dającą wyniki bardzo zadawalniające, zwłaszcza we wczesnym okresie choroby, w zastosowaniu swem jednak połączoną z niebezpieczeństwem pęknięcia torebki śledziony i krwotoku wewnętrznego i dla tego słusznie porzuconą przez większość badaczy.

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

O ile zasady postępowania bezgnilnego są proste, o tyle różne szczegóły, na które należy zwrócić uwagę wśród działalności lekarskiej, aby to postępowanie ściśle przeprowadzić, są tak liczne, że niepodobna, aby człowiek wszystkie równocześnie miał na myśli i pamięci i do tego w chwili, gdy główna czynność lekarska zajmować musi całą jego uwagę, w chwili, gdy częstokroć z całem wytężeniem umysłu decydować musi, jak zabiegu operacyjnego dokonać należy. Ażeby w takich warunkach postępować bezgnilnie, nie wystarcza znajomość nawet najdokładniejsza przedmiotu. Najlepszy znawca wszelkich zasad aseptyki, np. higienista albo bakteryolog, gdyby mu przyszło wykonywać zabieg operacyjny, który zna, ale wśród którego musi zwrócić uwagę na czynność główną, popełni wiele usterek w postępowaniu bezgnilnem, albo sobie z zabiegiem operacyjnym nie da rady.

Tak się też dzieje z tymi kolegami, którzy się zadawalniają zgłębieniem i nauczeniem się zasad postępowania bezgnilnego. Że tak się dzieje, to nie jest winą lekarza, to raczej wina złego powszechnego wyobrażenia o stosunku postępowania bezgnilnego do nauki.

Postępowanie bezgnilne obok tego, że z punktu widzenia teoretycznego jest drobnym działem w nauce lekarskiej, jeżeli ma się stać własnością lekarza i ma być przez niego w życie wprowadzone i zastosowane, musi być częścią wychowania, że tak powiem częścią wyszkolenia lekarskiego, a nie przedmiotem nauki.

Postępowanie bezgnilne znać, rozumieć i umieć wykonać, jak już powiedziałem, to zamało; lekarz musi sobie je tak przyswoić, aby je wykonywał bezwiednie, nawykowo, tak jak n. p. bezwiednie posługuje się tabliczką mnożenia wśród rachunków, musi ono stać się jakby jego drugą naturą. Takie przyswojenie sobie postępowania bezgnilnego jest możebne tylko przez ciągłą praktykę i ćwiczenie się w wykonywaniu przy każdej sposobności, która się nadarzy.

Jeżeli się tak rzeczy pojmuje, to musi się przyjść do przekonania, że postępowanie bezgnilne mogli sobie dobrze przyswoić albo ci koledzy, którzy byli w dobrej szkole i w tym kierunku wychowani, albo ze starszych kolegów ci, którzy w ten sposób rzeczy pojmując, dłuższy czas w szpitalu, lub w praktyce poświęcili na to, aby tego wychowania nabyć.

Zabierając głos w tej sprawie, czynię to tem chętniej, że według mego przekonania, jeżeli postępowanie bezgnilne nie jest powszechnie należycie stosowane, to nie winię o to ani lekarzy starszych, ani też młodszych, bo starsi nie mieli sposobności nabycia tego wychowania, a młodsi, jeżeli wychodzą z uniwersytetu niedostatecznie w postępowaniu bezgnilnem wyćwiczeni i wyszkoleni, to winy nie u nich, ale raczej w szkole szukać należy.

Jak dotąd panują we wszystkich uniwersytetach takie stosunki, że uczeń, zapisany na medycynę, w pierwszych latach słyszy często o doniosłości postępowania bezgnilnego. nie zapoznaje się jednak z niem praktycznie i przychodzi np. na klinikę chirurgiczną prawie bez żadnego wychowania w tym kierunku. Na klinikę chirurgiczną przybywa zwykle co roku nowa falanga uczniów, którzy już trzeci rok są zapisani na studya lekarskie. Tych nowych uczniów profesor boi się, aby mu chorych i kliniki nie zakażali; sili się, aby ich pouczyć i uzdolnić do korzystania z nauki klinicznej. Profesor musi staczać wewnętrzną walkę między obowiązkami nauczyciela, a obowiązkami dyrektora zakładu i lekarza — i zabrania uczniom często przystępu tam, gdzie przypuszcza, że chorego mogliby zakazić. W porównaniu do czasów dawniejszych nauczanie i uczenie się zostało znacznie utrudnione, uczniowie dzisiaj nie mogą tyle, co dawniej korzystać.

Już inne kliniki, na które uczniowie zapisują się w latach późniejszych, po dłuższym pobycie w klinice chirurgicznej, są daleko korzystniej położone.

Na klinikę położniczo-ginekologiczną wpisują się uczniowie zwykle na piątym roku medycyny, przychodzą zatem już po dwuletnim pobycie w innych klinikach, względnie w klinice chirurgicznej. Są to uczniowie już oswojeni z postępowaniem bezgnilnem, a mimoto wyznać muszę, że widzę u nich bardzo wielkie braki i silić się muszę na nauczanie i ćwiczenie w tym kierunku.

Zastrzedz się tutaj mi wypada, że tem powiedzeniem nie czynię klinice chirurgicznej najmniejszego zarzutu; ona czyni wszystko, co tylko zrobić można. W klinice chirurgicznej uczą się uczniowie bardzo wiele, słuchając i patrząc; profesor w postępowaniu bezgnilnem wyćwiczyć i wyszkolić może tylko tych, którzy się więcej stykają z chorymi, którzy się do tego zetknięcia garną. Wyćwiczyć można jednostki, trudno masy, a nie można wyćwiczyć tych, którzy się do praktycznych czynności nie garną, a takich jest niestety wielu, którzy doniosłości tego zetknięcia z chorym nie uznają, bo sobie powiadają „chirurgiem nie będę“. Położenie profesora położnika jest o tyle niekorzystniejsze od położenia chirurga, że w klinice położniczo-ginekologicznej uczniowie mniej się uczą patrząc, a głównie uczyć się mogą ćwicząc się w badaniu przedmiotowem, które polega na omacywaniu części dla oka nieprzystępnych, które łatwo wprowadzonym palcem mogą być zakażone. Nauczanie tym sposobem wymaga większego wyćwiczenia uczniów w postępowaniu bezgnilnem i profesor położnik traci znów czas na wyćwiczenie w tym kierunku, zanim może przypuścić uczniów do korzystania z badania.

Ile może przynieść wychowanie uczniów w pewnym kierunku, miałem się sposobność przekonać wśród mojej dotychczasowej działalności nauczycielskiej, wśród której właśnie na ten kierunek wychowawczy zwracałem szczególną uwagę. W roku 1880 zacząłem wykładać w Krakowie kursa o operacyach położniczych, zrazu tak, jak się sam uczyłem *antiquo more* na trupach. Wśród tych kursów, jak to zwykle bywa, nietylko uczyłem, ale i sam się uczyłem, robiłem różne spostrzeżenia i nasuwały mi się różne uwagi, które wpływały na tok mego nauczania. Przekonałem się w życiu praktycznem, że np lekarz często wykonuje na osobie żywej zabiegi operacyjne tak, jak ich się nauczył wykonywać w szkole podczas ćwiczeń na fantomie, lub trupie. Widziałem kolegów, którzy badali w praktyce palcami w pierścieniach; znałem dzielnego położnika, któremu się zesunęła z palca obrączka ślubna podczas odklejania łożyska i została w macicy. Widziałem, jak raz lekarz włożył rękę do pochwy, aby dokonać obrotu i dopiero potem prosił położnej, żeby usunęła mu z ręki mankiet od koszuli. Pod wpływem ważności przypadku działo się to skutkiem zapomnienia, które operator zapóźno spostrzegał, a zapominał o tem dlatego, bo ucząc się robić, zaniedbywał przygotowań. Postanowiłem zatem wśród moich kursów przeciw temu działać. Nie bez trudności i oporu, przekonując opowiadaniami, przeprowadziłem przy ćwiczeniach zwyczaj, że przed wykonaniem każdego zabiegu na fantomie lub trupie musieli uczniowie zdejmować pierścionki, rozpinać mankiety, zataczać rękawy po łokcie, wogóle przygotowywać się tak, jak się przygotowywać powinni przed wykonaniem rzeczywistem operacyi na osobie żywej. Zrazu musiałem bardzo pilnować, a pod koniec kursu robili to bez namysłu, rzec można bezwiednie. Uczeń wywołany do ćwiczenia, zanim się dowiedział, co chcę i co mu czynić polecam, zdejmował pierścionki, rozpinał mankiety i zataczał rękawy, odpowiadając często z wytężoną uwagą na umyślnie zadawane pytania. Wyniki te dydaktyczne dały mi pochop do dalszych rozmyślań i doświadczeń.

Kursa moje z uczniami były mi w praktyce bardzo

wielką przeszkodą, gdyż w dniach, w których przerabiałem z uczniami ćwiczenia na trupach, wstrzymywałem się od praktyki lekarskiej. Urządziłem zatem do ćwiczeń w operacyach położniczych i ginekologicznych osobny zakład, w którymby operacye położnicze mogły być ile możności w sposób bezgnilny wykonywane; sprowadziłem do tego celu fantomy, używane już w Niemczech, balsamowałem płody i części rodne do ćwiczeń ginekologicznych używane, a prócz tego zaprowadziłem dla wyszkolenia uczniów mycie przed i po dokonaniu ćwiczenia tak, jak to podówczas w praktyce *in vivo* czynić było już w zwyczaju. Tak urządzoną pracownię prowadziłem przez lat osiem i wielokrotnie miałem się sposobność przekonać, że uczniowie nawykali do zasad postępowania, że się starannie myli i pod koniec kursu żaden tego nie zaniedbywał. Pracownia moja, która zrazu wydawać się mogła dziwactwem, przyniosła mi uznanie i sądzę, że była w kierunku dydaktycznym czynnikiem dodatnim.

Aby lekarz sobie przyswoił należycie postępowanie bezgnilne, aby nabrał tego dziś modnego, właściwego wychowania lekarskiego, niedość jest, aby się wyćwiczył w wykonywaniu pewnych zabiegów, aby się nauczył dobrze wyjaławiać własne ręce, narzędzia i pole działania, ale jest niezbędnem, aby mu, że tak powiem, zasady te w krew przeszły, aby je przeniósł do swego życia prywatnego, aby się stały jego drugą naturą, aby wszelkie jego czynności, leżące poza sferą zawodową były nacechowane zasadami postępowania bezgnilnego.

Takie pojmowanie rzeczy niezbędne jest już z tego względu, że lekarz ma tak wiele sposobności do zetknięcia się z istotami chorobotwórczemi, których uniknąć nie może, ma tak wiele sposobności do zanieczyszczenia się drobnoustrojami jadowitymi, że nie przestrzegając na każdym kroku zasad postępowania bezgnilnego, nie dbając o wyjałowienie swoich rąk i odzienia, może się stać dla siebie samego i dla najbliższego otoczenia osobą niebezpieczną.

Pomiędzy położnikami zdaje mi się istnieje utarte przekonanie, że dla osoby rodzącej niebezpieczniejszym opiekunem jest lekarz, który się źle myje, niż położna, która się źle myje, gdyż położna, jeżeli jest zanieczyszczoną, to głównie drobnoustrojami gnilnymi, podczas gdy lekarz drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Na poparcie tych zdań dość przypomnieć, ilu lekarzy umiera na dur plamisty, ilu zakaża własne dzieci odrą, ospą i płonicą?

Że lekarz zasady postępowania bezgnilnego powinien przenieść do swego życia prywatnego, domowego, niech na dowód posłuży fakt następujący: znałem lekarza, który na prowincyi wykonywał zabiegi chirurgiczne i bardzo chętnie grywał w kręgle. Kolega ten w jednym roku stracił kilku chorych na tężec. Zdaje mi się, że te smutne przypadki łatwo można skojarzyć z grą w kręgle.

W codziennem życiu ludzie miewają niewinne nawyknienia, które u lekarza nabierają znaczenia. I tak mężczyźni podkręcają wąsy, odrzucają rękoma w tył włosy, wsuwają ręce do kieszeni i czynią to bezwiednie. Wyjałowienie rąk przed operacyą nie na wiele pomoże, jeżeli lekarz wsunie potem rękę bezwiednie do kieszeni, albo podkręca wąsy, lub włosy w tył odrzuca. Nad temi nawyknieniami trzeba panować, a o ile ich uniknąć nie można, o tyle powinny być robione z samowiedzą i powinny u lekarza prowadzić w następstwie do wyjałowienia rąk. Lekarz, w postępowaniu bezgnilnem należycie wychowany, usterki takiej nie dopuści, bo ma wpojone poczucie, że od chwili, gdy się do zabiegu myć zaczął, ręce jego z niczem innem, prócz z narzędziami i polem operacyjnem zetknąć się nie mogą. Najmniejsze niewłaściwe zetknięcie rąk sprowadza wstrzymanie akcyi operacyjnej i wyjaławianie rąk. Wyrobienie w sobie tego poczucia jest może najważniejszym postulatem tego wychowania, a nabyć go można tylko przez ćwiczenie i pracę nad samym sobą pod wpływem dobrego zrozumienia rzeczy.

Kolegom, którzy zajmują się leczeniem chorób wewnętrznych, muszę uczynić zarzut, że zasady postępowania bezgnilnego między nimi najmniej bywają przestrzegane. Istnieje zwyczaj, że internista myje sobie ręce, jeżeli sobie je zanieczyścił, albo jeżeli się zetknął z drobnoustrojami chorobotwórczymi, któreby mógł na drugą osobę przenieść w innych razach tego nie czyni. Takie postępowanie nie jest dostateczne, bo nie jest ono systematycznie przeprowadzone, raz będzie wykonane, a innym razem bardzo łatwo zapomniane i może się mścić na nim samym i na jego otoczeniu.

Szpatułki do uciskania języka, ręczniki do chwytania języka wśród badania laryngologicznego, zgłębniki żołądkowe, cewniki i t. d., ileż one jeszcze pozostawiają do życzenia?

Opowiadał mi laik, że był u czynnego internisty, aby zasięgnąć porady lekarskiej. Potrzeba było zaglądnąć do gardła; lekarz wyjął czysty ręcznik z szafki, chwycił nim język pacyenta i gardło oglądnął. Laikowi bardzo się to podobało, że ręcznik był czysty, świeżo dla niego rozwinięty; jakże się jednak zdumiał, gdy spostrzegł, że ten lekarz, udzielając mu rady lekarskiej, począł użyty ręcznik składać w karby, w które był pierwej ułożony, a poskładawszy ręką, silnie go ucisnął i wygładził, a potem w miejsce, skąd go wziął, do szafki włożył. Więc pomyślał sobie, mój język nie był pierwszy i zdaje się nie ostatni w tym ręczniku i więcej do tego lekarza nie wrócił. Czy plesymetry, słuchawki i termometry nie powinnyby być poddawane wyjaławianiu?

Widuję kolegów, którzy badając przez odbytnicę, przedtem sobie rąk nie wyjaławiają, podczas gdy obmywają sobie ręce, gdy mają wprowadzać palec do jamy ust

Każdy chirurg i ginekolog z zawodu wyjaławia sobie ręce przed badaniem przez pochwę. Czy wprowadzenie drobnoustrojów chorobotwórczych, którymi lekarz może mieć ręce zanieczyszczone, jest dla odbytnicy obojętne, albo obojętniejsze, niż dla pochwy? mamy pod tym względem wątpliwości, powiedziałbym raczej, że poza sprawą płodzenia obojętniejsze jest wobec pochwy, niż wobec odbytnicy.

Mógłbym więcej przytoczyć podobnych błędów, usterek, jakie lekarze popełniają bezwiednie, a dzieje się to nie z lekceważenia sprawy, ale z braku właściwego wychowania w kierunku postępowania bezgnilnego. (Dok. nast.).

III. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. Otfried Otto Fellner: **Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** Str. 275. Leipzig-Wien, Franz Deuticke — 1903.

Pomimo, że tytuł tej książki zapowiada roztrząsanie stosunku, zachodzącego między chorobami wewnętrznemi a ciążą,

porodem i połogiem, w rzeczywistości znajdujemy w niej o wiele więcej, bo książka ta obejmuje stosunek czynności rozrodczej do chirurgii, chorób kobiecych, ocznych, usznych i skórnych. Sprawy te badał autor na bardzo licznym materyale kliniki prof. Schauty, obejmującym blizko 40,000 porodów. Za zaletę tej pracy należy właśnie uważać to, że autor przeprowadzał swoje studya na materyale jednolitym, bo pochodzącym z jednej kliniki i że uwzględnił wszystkie przypadki: ciężkie i lekkie; praca, oparta na takim materyale i w ten sposób pojęta, ma tem większe znaczenie, że właśnie powikłanie czynności rozrodczej, szczególnie z niektóremi chorobami (n. p. wady serca), uważane jest już od dawien dawna za bardzo niebezpieczne, wymagające natychmiastowego przerwania ciąży, co pochodzi ztąd, że dla publicznej wiadomości opisuje się zwykle przypadki ciężkie, — a lekkich wcale się nie ogłasza. Pomimo jednak, że autor za podstawę swych studyów przyjął materyał jednej kliniki, uwzględniał również na każdym kroku i bardzo zasobne piśmiennictwo tego przedmiotu i podał zapatrywania innych autorów i wyniki, otrzymane w innych klinikach. Znajdujemy więc w tej pracy systematycznie omówione wszystkie choroby wewnętrzne, będące powikłaniem ciąży, porodu i połogu w rozmaitych okresach, wpływy, jakie te choroby nawzajem na się wywierają, możliwe zejścia, rokowanie i leczenie; w tem ostatniem zaś naczelne miejsce zajmują w każdym rozdziale wskazania do przerwania ciąży, metody i wyniki leczenia. Autor rozpoczyna od omówienia chorób nerwowych, mózgowych, umysłowych, rdzenia pacierzowego i narządów zmysłowych. Osobne miejsce zajmuje padaczka i histerya. Następują choroby narządów oddechania i krążenia. Pominąwszy bardzo szczegółowe opracowanie gruźlicy płuc i krtani, którą autor uważa za najgorsze powikłanie ciąży, chciałbym wspomnieć o sprawie śródmacicznego zakażenia płodu, która w tym rozdziele znalazła swoje miejsce. Na podstawie rozlicznych badań autor sądzi, że dzięki nadzwyczajnej odporności nabłonków kosmkowych, drobnoustroje nie tak łatwo przez nie przechodzą do ustroju płodów. O wiele łatwiej i szybciej dostają się do nich toksyny, i te są w stanie zabić płód jeszcze nim wogóle drobnoustroje zdołają przejść przez nabłonki. Te ostatnie pod wpływem toksyn stając się zmienione i osłabione, dopiero są w stanie przepuszczać bakterye. Powikłania ze strony serca poprzedzają bardzo zajmujące doświadczenia, dotyczące ciśnienia krwi w różnych okresach czynności porodowej. W chorobach narządu trawienia zwrócił autor główną uwagę na zapalenie kiszki ślepej, otrzewnej i na choroby wątroby; nie mniej ważny dział stanowią choroby nerek, tem więcej, że tu znajdujemy opracowaną sprawę drgawek porodowych. Ponieważ to jest znowu sprawa, co do której autor ma swoje własne zapatrywanie, pozwolę sobie w krótkości je naszkicować. Przyjmuje on za podstawę fakt, że we wszystkich przypadkach drgawek spostrzega się znaczny wzrost, niejako przypadkowy, wrodzony, nabłonków kosmkowych, w szczególności może tylko komórek syncytyalnych. Stanowią one warstwy tak grube, jakich w ciąży fizyologicznej nigdy nie znajduje się; wytwarzanie tych komórek połączone jest z tworzeniem się jadu (przez rozpad ciał białkowatych), który nagromadziwszy się w znacznej ilości w ustroju matki, czy to przez szybkie wytwarzanie się, czy przez utrudniony odpływ, wywołuje zatrucie mózgu, a w dalszym ciągu drgawki; wychodząc z tej zasady, stara się autor dostosować swoją teoryę do innych objawów, towarzyszących drgawkom, n. p. dlaczego nerki raz są zajęte, drugi raz nie, powstanie drgawek w połogu i t. p. W rozdziale o chorobach narządu krążenia szczególnie zajmuje czytelnika sprawa leukocytozy i bladnicy u ciężarnych. Z chorób przemiany materyi zostały omówione: rozmiękczenie kości i cukrzyca. Uzasadniając niedostateczność innych teoryi, tłómaczących powstanie rozmiękczenia kości, wypowiada autor swoją. Wytworów chemicznych, a więc wapna i fosforu, potrzebnych dla rozwoju ustroju płodowego, dostarcza ustrój matki. Jeżeli jednak przyjęcie tych substancyi do ustroju matki jest niewystarczające, albo wydalanie ich zbyt znaczne, lub jeżeli ciąże zbyt szybko po sobie następują, lub wreszcie jeżeli okres karmienia trwał za długo, zapożycza je sobie niejako ustrój ze swoich własnych tkanek. I tu znowu stara się autor dostosować swoją teoryę do innych objawów tej choroby, tłómaczy powstanie jej w wieku starczym i t. p. Ostatecznie przechodzi autor wszystkie choroby zakaźne i najważniejsze otrucia, omawiając każde z osobna. Z powikłań chirurgicznych szczegółowo opracowany jest wpływ guzów macicznych i jajnikowych na czynność rozrodczą w każdym jej okresie i postępowanie lecznicze.

Tak się w krótkości przedstawia szkielet pracy Fellnera. Liczne zajmujące historye chorób nie mało przyczyniają się do jasnego przedstawienia rzeczy i najdobitniej nieraz ilustrują stanowisko, jakie w danej sprawie, względnie przypadku, zająć należy. Z końcem każdego rozdziału znajduje się dla łatwiejszego zoryentowania się i przejrzystości — krótkie jego streszczenie, objęte punktami, i wprost zadziwiający swoją ilością spis bibliograficzny źródeł, użytych przy pisaniu tej pracy. Jest to więc książka, która stanowi pomost, łączący położnictwo z innymi działami sztuki lekarskiej, a przedewszystkiem z medycyną wewnętrzną. O ile brak jej istotnie odczuwano, o tyle godnie wypełnia ona tę lukę i powinna szczerze zainteresować ogół lekarzy.

Dr. E. Ehrenpreis.

IV. Wyciągi.

Lengemann. **Bezkrwawe leczenie Dupuytrenowskiego przykurczenia palców.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 23). Wyniki operacyjnego leczenia Dupuytrenowskiego przykurczenia palców nie zawsze są zupełnie zadowalniające, a nawroty nie tak rzadko się zdarzają. Dlatego Lexer zaleca jako leczenie doszczętne wycięcie całej powięzi dłoniowej. Lecz ze względu na dobrotliwy charakter sprawy postępowanie to jest zbyt ostre, a jeśli przeszczepienie skóry nie zupełnie się uda, to i tak dość długi czas leczenia przedłuża się o kilka tygodni. Do tego wynik kosmetyczny również nie jest zadowalniający, gdyż skóra przeszczepiona nigdy nie wygląda prawidłowo, ani też pod względem czynnościowym nie posiada tej samej wartości, jak skóra zdrowa. Szczególnie zaś częste wystąpienie sprawy na obu rękach uniemożliwia równoczesne wycięcie wszystkich ognisk chorobowych, a chorzy rzadko się decydują na tak energiczne zabiegi. Ponieważ twarde i niepodatne blizny po stosowaniu wstrzykiwań podskórnych tyosynaminy i przez pokrywanie mulowym plastrem tyosynaminowym stają się miękkie i podatne, L. postanowił stosować ten środek w przykurczeniu Dupuytrenowskiem, które polega głównie na tworzeniu się tkanek bliznowatych i osiągnął też w dwóch przypadkach wyniki zadowalniające. Wstrzykiwał on codziennie w nacieki i ich otoczenie, wkłówając zawsze w zdrową skórę, 1 ctm sz. następującego roztworu: *Thiosinamini 2·0, Glycerini 4·0, Aq. d. 14·0;* płyn ten należy co 2—3 dni nieco ogrzać w łaźni wodnej. Przytem jednak potrzebne są jeszcze ciepłe kąpiele, miesienie i ruchy bierne. Modzele stają się miękkie i podatne. Wstrzykiwania stosuje się przez dłuższy czas, 1—3 miesięcy; w ciężkich przypadkach jeszcze dłużej. Wstrzykiwanie jest prawie bezbolesne; szkodliwych skutków ubocznych nigdy nie zauważono; występujące nieraz lekkie obrzęki miejscowe znikają do dnia następnego. Autor zaleca więc tę metodę dla lżejszych i średnich przypadków; czy i w bardzo ciężkich będzie ona skuteczna, wykażę dalsze doświadczenie. *Dr. Fels* (Lwów).

Doc. J. Salgó. **Przewrotny popęd płciowy ze stanowiska psychiatrycznego i sądowego.** (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 1, 1903). Omówiwszy różne postacie przewrotnego popędu płciowego w czasach starożytnych i nowszych u różnych ludów tak dzikich, jak i cywilizowanych, dochodzi S. do następujących wniosków: 1. Przewrotny popęd płciowy, jako taki, nie jest zboczeniem umysłowem, ani nawet cechującym go objawem. Do stwierdzenia choroby umysłowej potrzeba wielu i ważniejszych objawów chorobowych. 2. Ponieważ przepisy prawa karnego nigdzie nie zwracają się i nie mogą się zwracać przeciw wspomnianemu przewrotnemu popędowi płciowemu, jako przeszkodzie w rozmnażaniu się ludzi i ponieważ istnieją przepisy karne na te rodzaje przewrotności, które zagra-

żają zdrowiu i życiu innych, lub też obrażają publiczną obyczajność, przeto osobne rozporządzenia prawne przeciw przewrotnym aktom płciowym są conajmniej zbytecznemi. *Baschkopf.*

Edm. Németh. **Udawanie chorób umysłowych.** (*Gyógyászat*, Nr. 24—27, 1902). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w peszteńskim zakładzie państwowym dla uwięzionych i zasądzonych, twierdzi N., iż w udawaniu chorób umysłowych, choć objawy, jakimi popisują się symulanci, odznaczają się wielką różnorodnością, przeważa przecież jedna wspólna cecha zasadnicza, niewyczerpana konsekwencya w przedstawieniu rzekomego pomięszania umysłu. Udający chorobę umysłową odznacza się zachowaniem głupkowatem, bez przerwy odgrywanem, a brak konsekwencyi objawia się tylko w łatwości poddawania, z jaką on wplata bez wszelkiej krytyki w ramy udawanego obrazu chorobowego objawy obce, o których mu pośrednio wspomniano. Zdarzają się jednak udający chorobę umysłową, którzy gromadzą w sposób bezgraniczny objawy obłąkania, są jednak w udawaniu niekonsekwentnymi, zmieniają zachowanie swoje z powodu upośledzonej zdolności do odgrywania przybranej roli i łatwo z niej wypadają. Na 400 spostrzeżeń w wspomnianym zakładzie było 13-tu symulantów umysłowo zdrowych. *Baschkopf.*

Prof. Wagner i Kwiatkowski. **Przypadek kiły serca, powikłanej z znacznem rozszerzeniem tętnicy płucnej.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 25—26). W. i Kw. (Kijów) opisali przypadek kiły serca, w którym badanie pośmiertne wykazało znaczne zmiany w tętnicy płucnej i w mięśniu sercowym, mianowicie rozlane i ogniskowe nacieczenie ziarninowe, miejscami cechujące kilaki, oraz ogniskowe włókniste zapalenie śródsierdzia, wreszcie zapalenie błony wewnętrznej gałązek tętnicy płucnej z zupełnem zamknięciem światła niektórych z tych naczyń; tętnica płucna była znacznie rozszerzoną. Rozszerzenie tej tętnicy nie było rozpoznanem za życia, ponieważ nie było ani tętnienia lewej okolicy przymostkowej, ani przytłumienia i szmeru w 2-giem i 3-ciem międzyżebrzu, ani przerostu serca. Brak tych objawów tłómaczą autorowie osłabieniem silnie zmienionego mięśnia sercowego. Rozszerzenie tętnicy płucnej powstało, zdaniem autorów, wskutek wzmożenia ciśnienia krwi w płucach, które wykazywały zmiany śródmiąższowe pochodzenia kiłowego, rozedmę i zgrubienie ścian drobnych gałązek tętnicy płucnej, jak niemniej wskutek zmniejszenia sprężystości tętnicy płucnej, której ściany uległy zmianom kiłowym. Objawy w okolicy serca były za życia następujące: stłumienie w okolicy serca zachodziło po stronie prawej na 2 palce za prawą linią mostkową, ku stronie lewej na 2 palce w lewo poza linią sutkową; dźwięki były głuche, niemiarowe; na mostku i w 2-giem międzyżebrzu prawem słyszalny był niekiedy słaby szmer rozkurczowy. *Witold Orlowski* (Ptbg.).

Docent Gejnac. **Dziedziczność raka.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 9—10). Krytyczny przegląd piśmiennictwa i rozejrzenie się w 210 przypadkach raka, spostrzeganych w klinice chirurgicznej (Petersburg), przyprowadziły G. do wniosku, że schorzenia rakowe wśród rodzeństwa, zwłaszcza wśród rodziców chorych na raka, nie są częstsze, niż wśród rodzeństwa chorych na inne cierpienia. Wobec tego G. utrzymuje, że rak nie udziela się dziedzicznie i przedstawia sprawę chorobową nabytą, nie zaś wrodzoną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Wolff. **O śródmacicznem stężeniu pośmiertnem.** (*Arch. für Gyn.* tom 68, zeszyt 3, 1903). Do 30 znanych dotychczas z piśmiennictwa przypadków stężenia pośmiertnego u płodów jeszcze w macicy, dołącza autor cztery swoje spostrzeżenia. Stężenie to było jużto częściowe, jużto całkowite. Zauważono je trzy razy w porodach z przedwczesnem odklejeniem łożyska, 5 razy przy łożysku przodującem, 12 razy w porodach długo się przeciągających, 8 razy przy drgawkach porodowych, 2 razy przy wypadniętej pępowinie, raz w zapaleniu otrzewnej u matki, raz w skrwawieniu się matki z pękniętego żylaka, raz w udarze mózgowym u matki, wreszcie raz przy śmierci matki podczas porodu. Czas, jaki upłynął od śmierci aż do urodzenia się płodu, nie przekraczał 5 godzin, często stężenie występowało wcześniej, a dwa razy nawet było ono zupełnie rozwinięte u płodów, które po urodzeniu się wprawdzie już nie oddechały, ale u których można było wykazać słabe uderzenia serca. Okoliczność, że stężenie śródmaciczne występuje zwykle przy porodach ciężkich, powikłanych, przy których zwraca się uwagę przedewszystkiem na matkę, mniej zaś na urodzony płód, dalej, że stężenie to pięć godzin po śmierci zdaje się ustępować, tłómaczy tak małą ilość znanych dotychczas przypadków tego zjawiska. Jest ono niewątpliwie identyczne z prawdziwem stężeniem pośmiertnem (*rigor mortis*), występującem po śmierci zamacicznej, a nie należy go uważać, jak sądzą niektórzy, za patologiczny skurcz mięśniowy. Wystąpienie stężenia śródmacicznego przyspieszają: wysoka ciepłota, niektóre trucizny (chloroform), żywe ruchy (praca mięśniowa) płodu przed śmiercią. Drgawki porodowe, jako takie (zatrucie), nie mają zdaje się żadnego wpływu na powstanie stężenia, chyba o tyle, o ile wywołują pewne zmiany (krążenia) w ustroju matki. Ostatecznie przypuszcza autor, że stężenie śródmaciczne pośmiertne u płodu wystąpi szczególnie wybitnie, jeżeli poród będzie się odbywał wśród agonii, lub po śmierci matki, lub jeżeli przyjdzie do ciężkich zmian w krążeniu krwi w ustroju ciężarnej, lub rodzącej. W następstwie zaś tych zmian przychodzi do nagromadzenia się w ustroju płodu produktów przemiany materyi, które wywierają wpływ dodatni na szybkie i wyraźne wystąpienie owego »*rigor mortis*«. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. Stuertz. **Przypadek ciężkiego samozatrucia z przewodu pokarmowego.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 23, 1903). Dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśniona etyologia wytworów rozkładowych w przewodzie pokarmowym, któraby nam wytłómaczyła ciężkie objawy i zaburzenia nerwowe w przebiegu samozakażenia. Próby wyosabniania szkodliwych toksyn dotychczas nie dały zadowalniających wyników; w moczu zaś stale we wszystkich przypadkach wykryto indykan, bardzo często aceton i kwas acetooctowy.

Autor opisuje przypadek ciężkiego samozatrucia z jelit u 17-letniego wyrobnika z objawami rzekomo mózgowymi, z zaburzeniami żołądkowemi i zaparciem stolca, a ze strony krążenia utrzymywaniem się w ciągu 12 dni silnego zwolnienia tętna. Leczenie polegało na podaniu kalomelu i wysokich przepłókiwaniach kiszek. Co do dyety, to przedewszystkiem należy przez zmianę pożywienia wywołać zmianę flory bakteryjnej i wytworów wydzielniczych tychże bakteryi. *Dr. Bolesław Komorowski.*

E. Pestalozza. **Dwa przypadki bocznego cięcia miednicy sposobem Gigliego.** (*Centr. f. Gyn.* Nr. 4, 1903). U dwóch wieloródek wykonano boczne przecięcie miednicy z pomyślnym wynikiem. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Z powodu anatomicznych stosunków sposób ten przewyższa stanowczo cięcie łonowe. *Dr. Grzybowski* (Kraków).

Dr. R. Caminiti. **O pojedynczych gruczolakach wątroby.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 3, 1903). C. opisuje 2 przypadki gruczolaków pojedynczych, znalezionych w wątrobie marskiej. Komórki tych nowotworów, okazujących wszelkie cechy łagodnych, utkane były wedle typu komórek wątrobnych, a jeden z tych gruczolaków w sposób fizyologiczny wydzielał żółć. Takie samo zjawisko spostrzegał już dawniej Ciechanowski. Zejście się tych dwóch procesów patologicznych (marskość wątroby i gruczolaka) uważa C. zgodnie z innymi za przypadkowe. *Herman.*

K. Dahlgren. **Przyrząd do uciskania aorty podczas niektórych operacyi w jamie brzusznej.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Są to widełki z szeroko rozstawionemi ramionami osadzone na trzonku, zagiętym ku końcowi pod kątem prostym. Ramiona widełek łączy się taśmą elastyczną. Wówczas przyrząd cały przybiera kształt strzemienia. Podczas operacyi uciska się aortę podstawą strzemienia (częścią elastyczną). *Herman.*

Sonnenfeld. **O zużytkowaniu roboratu (roślinnego białka) przez ustrój dziecięcy.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Roborat jest to przetwór, przyrządzony z mąki zapomocą wody zupełnie jałowej; głównym składnikiem jego obok 1% skrobi i 1% lecytyny jest białko. Jest to proszek żółtawy, bez smaku i zapachu, nieco rozpuszczalny w ciepłej wodzie. Różni się od innych przetworów białkowych tem, że zawiera białko roślinne, różne od białka zwierzęcego i przyrządzone w ten sposób, że tak fizyczne, jak chemiczne jego własności nie uległy żadnej zmianie. Roborat zawiera organiczne połączenie fosforu w postaci lecytyny, która, jak to wykazał Massacin [1]), znakomicie potęguje zdolność ustroju przyswajania substancyj białkowych. Badania autora, dokonane w szpitalu dziecięcym pod dyrekcyą Bagińskyego w Berlinie, stwierdziły zapomocą ścisłych chemicznych rozbiorów skuteczność podawania roboratu celem podniesienia odżywienia u dzieci. Ze wszech miar wskazanem jest podawanie roboratu w płonicy, gdyż przetwór ten, dowożąc ustrojowi pożądaną ilość białka, zupełnie nie działa drażniąco na nerki. *Dr. T. Żeleński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calcium sulfuratum (*E. Merck*, *Jahresberichte*, 1902). Środek ten stosowali już przed 25 laty francuscy lekarze w błonicy; obecnie poleca go Abogadó jako skutecznie działający w tejże

[1]) Massacin: Ueber den Einfluss des Lecithins auf den Eiweissansatz (Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 48).

chorobie. W lżejszych przypadkach ma wystarczać samo podawanie *calcium sulfuratum;* w cięższych stanowić ma cenny środek pomocniczy przy leczeniu surowicą. Dawki: dla dziecka niżej roku 0.01 co godzinę; od 1—3 lat 0.01 co ½ godz. i t. d.; dla dorosłych 0·6 grm. dziennie. Rozdzielając podawanie leku na drobne a częste dawki, unika się wszelkiego niemiłego działania ubocznego. Najlepszą postacią podawania są pigułki według przepisu: Rp. *Calcii sulfurati 1.00, Sacch. albi 5.00, Aqu. dest. qu. sulf. f. granula Nr. Centum.* Cena 1 gr. = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Apomorphinum hydrochloricum (*E. Merck, Jahresberichte*, 1902). W ostatnich czasach polecano apomorfinę jako środek uspakajający i nasenny, zwłaszcza u chorych umysłowo. Dawka podskórna wynosi 3—10 mgr., po niej następują w kilka minut wymioty, a następnie głęboki sen, z którego chory budzi się spokojniejszy. Coleman i Polk stwierdzili pomyślne działanie apomorfiny w stanach podniecenia u alkoholików. Również napady histeroepilepsyi udawało się przeciąć zapomocą wstrzyknięcia 6 mgr. apomorfiny, zwłaszcza jeżeli napad występował po obfitym posiłku. Apomorfina jest również skutecznym środkiem, wywołującym poty; stosowano ją z dobrym skutkiem w drgawkach połogowych. *Dr. T. Ż.*

Extractum foliorum Uvae ursi fluidum (*E. Merck, Jahresberichte*, 1902). Zwykle stosowanie tego środka w postaci odwarów i naparów ma tę niedogodność, że wprowadzając do ustroju znaczną ilość płynu, pobudza do częstego oddawania moczu, a tem samem zwiększa dolegliwości chorego. Zapobiega temu użycie wyciągu płynnego, który posiada to samo działanie farmakodynamiczne, a wolnym jest od wyżej wzmiankowanych skutków ubocznych. Sposób podawania: *Extr. fluid. fol. Uvae ursi 15.00 S. 3—4 razy dziennie 20—40 kropel na cukrze po jedzeniu.* W handlu znajdują się również pod nazwą uropuriny kołaczyki, zawierające po 0.25 wyciągu suchego. Podaje się ich 3 razy dziennie po 1—2 sztuk. Cena 1 gr. *Extr. fluid.* = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Extractum Thymi saccharatum (*E. Merck, Jahresberichte 1902*). Jest to prosta mięszanina 16 grm. *Extr. thymi fluidum* ze 113 grm. *Syrupi simpl.* Polecany w krztuścu, przewlekłych nieżytach oskrzeli i krtani, rozedmie płuc. Jako nieszkodliwy, łagodny środek o przyjemnym smaku nadaje się zwłaszcza w praktyce dziecięcej. Uśmierza kaszel, ułatwia wykrztuszanie i łagodzi chrypkę. Dla dzieci wystarcza dawka ¼—½ łyżeczki 3—4 razy dziennie; dla starszych 100 i więcej gramów w ciągu dnia. *Dr. T. Ż.*

Aristochin (*E. Merck, Jahresberichte* 1902). Jestto proszek biały, w wodzie zupełnie nierozpuszczalny, bez smaku. Zawiera chininy 96.1%. Przetwór ten zaleca się przedewszystkiem zupełnym brakiem smaku i brakiem działania szkodliwego na żołądek lub kiszki. Wskazania do stosowania takie same, jak dla innych soli chinowych. Stursberg stosował aristochinę z dobrym skutkiem w krztuścu. Pojedyncza dawka u dorosłych 0.5; dzienna 1 grm. *Dr. T. Ż.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 17. czerwca 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Rosner. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że komitet przesłał już pismo dziękczynne Radzie Miasta za darowiznę gruntu pod budowę domu Towarzystwa.

III Kol. prof. Ciechanowski demonstrował okazy anatomiczne *lymphosarcomatosis universalis* z mężczyzny 62-letniego, zmarłego na oddziele Radcy Dr. Krokiewicza. Oprócz znacznego, jednostajnego zaniku móżdżku, wysięku opłucnego po stronie prawej z ugnieceniem i niedodmą płuca prawego, starych zmian gruźliczych w obu szczytach i bąblowca (*echinococcus hydatidosus*) w prawym płacie wątroby, znaleziono przy sekcyi: bardzo znaczne powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych, przedewszystkiem szyjnych po stronie prawej, śródpiersiowych i krezkowych, olbrzymie powiększenie grudek limfatycznych wzdłuż całego przewodu pokarmowego w stopniu i obszarze rzeczywiście wyjątkowym, niezliczone guzki w znacznie powiększonej śledzionie, a nadto w płucach, opłucnej, wątrobie i nerkach. Szpik kostny soczysty, czerwony. Badaniem mikroskopowem stwierdzono, że tkanka nowotworowa przerasta w gruczołach poza obręb ich torebki, a w przewodzie pokarmowym w wielu miejscach naciek zajmuje całą grubość błony śluzowej i warstwy podśluzowej, szerząc się gdzieniegdzie także w warstwy głębsze; w narządach wewnętrznych liczne mikroskopowe ogniska.

Z danych klinicznych, podanych przez kol. Ziarkę, najważniejszemi są: przebyta przed 40 laty kiła, od roku zaburzenie chodu (dokładniej z powodu wielkiego osłabienia chorego nie badane), zmiany szczytów płuc, wysięk opłucny, zmiany wątroby i gruczołów obwodowych, stwierdzone klinicznie, wreszcie badanie krwi, które wykazało mierną niedokrwistość i leukocytozę neutrofilową (leuk. neutr. 78%, limfocytów tylko 11%).

IV. Kol. Prof. Pieniążek omawia technikę i kazuistykę swoją wydobywania ciał obcych z krtani, wskazuje, że dawniej wydobywano ciała obce tylko drogą tracheotomii lub laryngofisury, przy czem posługiwano się jego wziernikami oskrzelowymi, obecnie podał Kirstein nową metodę, zwaną autoskopią, Kilian zaś tracheo- i bronchoskopię górną, przez co ciała obce można wyjmować drogą krtani. W dyskusyi zabierał głos kol. Prof. Ciechanowski.

V. Kol. Prof. Ciechanowski wygłosił zapowiedziany odczyt p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum“. W dyskusyi zabierali głos kol Prof Jaworski, kol. Prof. Rosner i prelegent.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

Kiedy po śmierci cara Pawła wstąpił na tron rosyjski cesarz Aleksander I-szy, nastała nowa era dla państwa rosyjskiego, a z niem i dla prowincyi, które niedawno jeszcze należały do Polski. Co przez wiele lat zaniedbywano, czy to z powodu zamieszek wewnętrznych i zewnętrznych, czy też dla braku zrozumienia właściwych potrzeb, zamierzono teraz jednym rzutem odrobić. Całą uwagę wytężono ku rozszerzeniu oświaty, a środkiem do tego miały być wyższe i liczne niższe zakłady naukowe, do których dźwignięcia przystąpiono teraz z całym zapałem. W tym celu stworzono organ centralny „ministeryum instrukcyi publicznej“, który miał czuwać nad ścisłem przeprowadzeniem ustaw i rozporządzeń, w myśl woli i intencyi cesarza. „Mam honor komunikować JW-mu Panu Drowi pocieszne bardzo dla nas nowiny z Petersburga“ pisze ks. Marcin Poczobut w roku 1802 z Wilna do Jana Śniadeckiego. „IM. Rektor pisze do mnie w te słowa: „„Nayłaskawszy Monarcha unieśmiertelnia sławę panowania swego, zakładaiąc stały grunt mocy i pomyślności Narodu swego, przez powszechną w całym kraju instrukcyą i edukacyą. W tym celu w nowym ogólnym urządzeniu Ministeryów ustanowił Ministeryum Instrukcyi publicznej i tym Ministrem nominował JW. Grafa Zawadowskiego, męża w całym Imperyum z tego gatunku i gorliwości znanego. W celu Instrukcyi całe Imperyum ma być podzielone na kilka Wydziałów, których naczelnicy składać maią Kommissyą Instrukcyi, którey Prezydentem iest Minister Instrukcyi [1])““. Ważne to postanowienie nabiera tem większego znaczenia, że członkiem „Komisyi instrukcyi“ został zamianowany książe Adam Czartoryski „Tayny Sowietnik“, towarzysz z lat młodych cesarza Aleksandra, który miał objąć rolę pośrednika pomiędzy swoim narodem, a dzierżycielem najwyższej władzy w państwie rosyjskiem. Kiedy się tak korzystnie składały okoliczności, postanowiono je należycie wyzyskać. A nie brakło nigdzie ludzi chętnych po temu. Na tronie cesarz Aleksander I-szy, wykonawcą jego woli był miłośnik oświaty minister Zawadowski; kuratorem uniwersytetu wileńskiego książe Adam Czartoryski, a wizytatorem szkół wołyńskich został zamianowany Tadeusz Czacki, którego łączyła przyjaźń z ludźmi tej miary, jak Kołłątaj i obydwaj Śniadeccy.

Czacki, jakkolwiek sam nie był wychowankiem szkół

[1]) Kod. nr. 3119 Bibl. Jagiel.

publicznych, pojął przecież swoim bystrym umysłem wady ustaw szkolnych z d. 18-go maja 1803 r., wychodząc z zapatrywania, że szkoły publiczne mają na celu nietylko wychowanie społeczne, ale powinny program swój rozwinąć w ten sposób, by z powierzonych im wychowanków zrobiły przedewszystkiem obywateli pożytecznych w kierunku praktycznym. Kiedy takie myśli nasunęła Czackiemu pierwsza wizytacya szkół wołyńskich, spotkał się on z księdzem Hugonem Kołłątajem, szukającym spoczynku wówczas na Wołyniu. Czacki nie robił tajemnicy ze swoich spostrzeżeń, a Kołłątaj, widząc w nim człowieka odpowiedniego do przeprowadzenia zadania, które sobie nakreślił, postanowił mu wedle sił dopomagać radą.

Komisya edukacyjna za mało zdziałała dla Wołynia i innych województw, z nim przyłączonych do państwa rosyjskiego, gdyż kraje te zbyt krótko z koroną były połączone od czasu utworzenia komisyi.

Zakres działania Szkoły głównej wileńskiej, która wtedy właśnie została podniesioną do rzędu uniwersytetu, był tak olbrzymi, że promienie jego światła nie mogły dosięgnąć Wołynia bez pomocy nowych ognisk, którebyje wzmacniały.

W skład ciała profesorskiego wchodziło zbyt wielu Niemców, którym wychowania młodzieży polskiej nie można było powierzyć. Do szczytu doszły przykre te stosunki za rektoratu księdza Strojnowskiego, a Jan Śniadecki wyraża się o nich w liście[2]) z Paryża do Franciszka Dmuchowskiego, pisanym 10 marca r. 1804, w ten sposób: „W Wilnie zapatruię się iak na rzeczy bez ratunku zgubione, i do krzywych przedsięwzięć należeć nie chcę. X. Stroynowski to widzę robi z Akademią Wileńską, co niegdyś zrobił z krakowską Oraczewski. Zawróciwszy sobie głowę cudzoziemcami, na których niszczy fundusz, robi wśród Litwy kolonię Niemiecką, a Polaków, honor Akademii czyniących, zraża i rozprasza“. Nadto prześladowała Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, a szczególnie tego ostatniego, myśl, że pośród nauczycieli wileńskich znajduje się zbyt wielu księży i to, co przed laty, w r. 1593, zamierzał zrobić Jan Zamojski przez założenie prywatnym nakładem Akademii w Zamościu, to Jędrzej Śniadecki chciał osiągnąć przez stworzenie szkoły w gubernii wołyńskiej. Z miast wołyńskich, w których murach przyszła szkoła otworzyć się miała, wchodziły w rachubę Łuck, Żytomierz i Krzemieniec. Czacki sam, nie zdecydowany w tym względzie, zwrócił się po poradę do Kołłątaja i do Jędrzeja Śniadeckiego. Poważne motywa tych dwóch doradców rozstrzygnęły rzecz na korzyść Krzemieńca, gdyż „Krzemieniec ma szkoły bardzo porządne, profesorów dobrych y budynki obszerne y wygodne[3]); obok tych względów przemawiało jeszcze za Krzemieńcem higieniczne położenie, znaczenie historyczne tego miasta itd. Ważniejszem, aniżeli rozstrzygnięcie kwestyi miejscowości dla przyszłej szkoły, było utworzenie dla niej funduszu potrzebnego i zastanowienie się nad jej charakterem. Sprawa zebrania funduszu nie była łatwą, gdyż potrzeba było na to specyalnego zezwolenia, co udało się uzyskać przy pomocy ks. Adama Czartoryskiego, jako kuratora Szkoły głównej wileńskiej, któremu miała podlegać i szkoła wołyńska. Upoważniony do zbierania składek przez tego ostatniego i przez ministra Zawadowskiego, zabrał się Czacki do tego dzieła z całym zapałem i poświęceniem, godnem podjętej sprawy. Objeżdżając Wołyń i sejmikując w najrozmaitszych miastach i miasteczkach, umiał wytłómaczyć współobywatelom ważność samej rzeczy i zagrzać ich dla celów zamierzonego przedsięwzięcia. Popłynęły składki nadzwyczaj obficie, a fundusze zebrane tą drogą przekroczyły wkrótce najśmielsze oczekiwania. Takiemu zapałowi ludności nie mógł się oprzeć rząd i przeznaczył na utrzymanie przyszłego instytutu bardzo poważną sumę, albowiem dochodzącą, nie wliczając licznych włości, będących niegdyś w posiadaniu OO. Jezuitów, rocznie do 105,000 rubli[4]). Obok pieniędzy płynęły równie obficie cenne dary na rzecz biblioteki, gabinetu mineralogicznego, zoologicznego itd., niezbędne dla każdej szkoły, zamierzonej na większą skalę. Pomiędzy ofiarodawcami znajdujemy nawet ministra Hołubowa, Akademię Umiejętności w Petersburgu, a nie brakło w tym rzędzie Kołłątaja, dzielnego Scheidta i samego Czackiego, który całą swoją bibliotekę przeznaczył na rzecz przyszłego zakładu. (Ciąg dalszy nast.).

[2]) Kod. Nr. 3140 w Bibliotece Jagiellońskiej. Tak samo pisze Jędrzej Śniadecki w liście bez daty do Czackiego Kod. Nr. 3151.

[3]) Kod. Nr. 3151 w Bibl. Jagiel. list z 31 maja r. 1803.

[4]) Dr. Fr. Majchrowicz: Tedeusz Czacki i jego zasługi w dziedzinie wychowania publicznego »Muzeum«. Lwów 1894.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

Dr. J. Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Przystępujemy wreszcie do głównego naszego zadania, t. j. krótkiego omówienia tych części VIII Zeszytu Statystyki, które budzą zajęcie lekarza.

Z pierwszej części Zeszytu, obejmującej ogólne wyniki spisu ludności z 31/XII 1900 roku, notujemy tylko kilka szczegółów.

Kraków wraz z błoniami zajmuje 6·88 kilometrów kwadratowych. Placów i ulic liczy 162, z tych 20 przybyło nowych w ostatnich dziesięciu latach. Miasto zabudowuje się więc coraz gęściej, a przyrost budynków od roku 1890, w którym było ich 2630, do roku 1900, w którym liczba ta urosła do 3610, jest znaczny. Odpowiada on też i przyrostowi ludności cywilnej (bez wojska), a mianowicie:

W r. 1869	w r. 1880	(przyrost w %)
było mieszkańców 49,835	59.830	t. j. + 20·05%

W r. 1890	(przyrost w %)	w r. 1900	(przyrost w %
69.130	t. j. 15·54%	85.274	t. j. 23·34

Nadmienić musimy, że wliczono tu całą ludność cywilną, z której — dla ścisłości i wyjaśnienia liczb, objętych w późniejszych tablicach, — odjąćby należało tę część, która tylko czasowo, a nie stale, w Krakowie przebywa. Otóż stosunek odsetkowy ludności stałej, do przebywającej w mieście czasowo, obliczony odsetkowo, wynosił w roku 1890 96·12%: 3·88%; w roku zaś 1900: 95·80%: 4·20%. Gęstość zaludnienia jest w Krakowie wobec braku zbyt wysokich 4-ro, 5-cio itd. piętrowych domów niezbyt znaczną, gdyż na jeden kilometr kwadratowy wypada 13.273 mieszkańców.

Daleko ważniejszą dla nas jest druga część Zeszytu, obejmująca ruch ludności. Rozdział pierwszy o małżeństwach opuszczamy. Z drugiego: urodzenia i z tegoż rozdziału Zeszytów poprzednich zestawiamy tablicę, obejmującą lat dziesięć.

Urodziło się dzieci:

W roku	ogółem	żywych	nieżywych	ślubnych	nieślubnych
1890	2672	2567	105	1543	1129
1891	2839	2752	87	1596	1243
1892	2758	2653	105	1610	1143
1893	2919	2793	126	1775	1144
1894	3079	2937	142	1872	1207
1895	3086	2969	117	1917	1169
1896	3203	3061	142	1978	1225
1897	3066	2925	141	1909	1157
1898	3307	3182	125	2076	1231
1899	3417	3255	162	2159	1258

Z obliczeń odsetkowych widzimy, że odsetek dzieci nieżywo urodzonych jest od szeregu lat około 4% (Zeszyt VII, str. 15), tj. znacznie wyższy, niż wypada dla całej Galicyi (około 2%). A trzeba uwzględnić, że w Galicyi około 80% porodów odbywa się bez pomocy położnych, co, jak dowiedziono, wpływa na zwiększenie się ilości dzieci nieżywo urodzonych. To też byłoby pożądanem dodanie do tego rozdziału wykazu porodów bez pomocy położnych, odbytych w Krakowie. Co więcej: znaną jest rzeczą, że w większych miastach położne przyjmują położnice, względnie ciężarne, na czas od-

Tablica A.

Śmiertelność według chorób i dat.

Rok	1 Ospa Kraków	1 Ospa obcy	2 Odra Kraków	2 Odra obcy	3 Płonica Kraków	3 Płonica obcy	4 Dławiec i błonica Kraków	4 Dławiec i błonica obcy	5 Krztusiec Kraków	5 Krztusiec obcy	6 Dur brzuszny Kraków	6 Dur brzuszny obcy	7 Dur plamisty Kraków	7 Dur plamisty obcy	8 Cholera azyatycka Kraków	8 Cholera azyatycka obcy	9 Czerwonka Kraków	9 Czerwonka obcy	10 Inne choroby zakaźne Kraków	10 Inne choroby zakaźne obcy	11 Połóg Kraków	11 Połóg obcy	12 Gruźlica Kraków	12 Gruźlica obcy
1887	4	—	—	—	20	6	93	17	13	—	36	18	11	16	—	—	15	9	17	8	4	2	336	164
1888	3	2	79	15	35	8	85	21	3	—	32	20	4	10	—	—	7	3	20	8	9	3	357	168
1889	1	—	19	—	31	—	96	18	14	—	19	14	2	4	—	—	10	1	25	12	8	1	341	160
1890	—	—	83	18	39	15	132	63	20	1	33	16	14	6	—	—	7	7	35	21	6	3	366	183
1891	—	—	56	9	17	13	89	88	15	1	34	14	4	—	—	—	3	2	38	21	7	13	327	195
1892	38	15	14	10	15	17	81	83	1	1	33	27	13	10	23	2	13	10	31	16	16	13	314	189
1893	151	16	51	22	61	22	82	52	10	1	32	22	6	4	7	—	19	16	193	67	9	10	295	200
1894	3	4	18	2	56	36	73	76	26	6	32	16	1	3	87	8	9	8	34	11	6	4	332	159
1895	—	—	2	—	75	35	56	49	7	—	32	16	5	5	—	—	12	13	84	60	8	11	359	255
1896	—	—	87	44	39	39	16	47	42	1	11	18	2	3	—	—	5	8	22	14	4	8	310	226
1897	—	1	—	2	37	27	29	50	6	1	22	22	1	2	—	—	10	18	58	62	9	10	294	238
1898	4	2	3	3	49	43	19	45	3	1	23	16	—	1	—	—	3	6	73	78	5	6	300	241
1899	6	5	51	18	26	25	25	39	25	1	10	15	—	—	—	—	4	7	70	66	13	11	347	283
1900	12	2	2	—	13	13	11	29	8	1	19	16	—	—	—	—	2	11	59	60	2	2	405	278

Rok	13 Zapalenie płuc i opłucnej Kraków	13 Zapalenie płuc i opłucnej obcy	14 Inne choroby narządu oddechow. Kraków	14 Inne choroby narządu oddechow. obcy	15 Choroby układu nerwowego Kraków	15 Choroby układu nerwowego obcy	16 Choroby narządu trawienia Kraków	16 Choroby narządu trawienia obcy	17 Choroby narządu krążenia Kraków	17 Choroby narządu krążenia obcy	18 Nowotwory Kraków	18 Nowotwory obcy	19 Brak sił i uwiąd starczy Kraków	19 Brak sił i uwiąd starczy obcy	20 Śmierć przypadkowa Kraków	20 Śmierć przypadkowa obcy	21 Samobójstwo Kraków	21 Samobójstwo obcy	22 Zabójstwo Kraków	22 Zabójstwo obcy	23 Inne przyczyny śmierci Kraków	23 Inne przyczyny śmierci obcy	24 Razem Kraków	24 Razem obcy	25 Na 1000 mieszkańców stałych Krakowa zmarło
1887	301	138	32	14	160	17	274	85	86	41	63	37	131	—	22	14	13	3	2	1	107	83	1740	653	24·33
1888	322	125	21	18	167	29	227	60	84	33	65	34	140	3	14	14	10	5	2	1	122	72	1808	652	24·99
1889	281	105	42	25	165	25	220	64	95	28	67	42	137	6	21	10	7	3	7	—	136	83	1743	601	23·80
1890	370	134	39	13	171	30	240	62	88	30	87	61	135	8	18	7	14	5	5	1	117	94	2019	778	27·23
1891	343	126	42	33	142	37	203	90	101	30	68	50	124	—	17	8	16	3	4	—	115	76	1769	809	23·55
1892	287	133	37	33	161	38	247	79	100	32	85	53	149	3	13	7	24	2	1	2	118	108	1814	883	23·82
1893	319	166	42	30	122	42	251	84	125	42	98	63	168	8	24	9	22	7	3	1	106	68	2196	952	28·82
1894	297	134	62	37	215	85	218	81	106	47	76	55	157	10	21	2	26	3	2	—	144	106	2001	890	25·46
1895	237	107	35	18	135	64	222	78	127	51	76	78	181	7	19	16	23	12	5	4	96	89	1796	968	22·60
1896	268	106	45	38	127	58	226	86	177	81	84	97	162	14	15	17	8	14	5	—	150	141	1805	1060	23·13
1897	171	77	52	42	144	51	239	69	144	78	106	104	157	15	10	18	22	23	4	1	110	105	1625	1016	21·37
1898	223	91	51	18	152	70	[illegible]	87	158	81	106	89	173	16	10	19	9	14	1	—	66	78	1613	1005	19·52
1899	[illegible]	142	28	8	161	76	185	98	168	74	106	87	158	13	20	18	7	13	2	3	81	67	1822	1069	?
1900	235	83	34	24	136	53	265	129	222	127	90	92	171	18	19	23	16	13	2	1	32	30	1755	1004	19·85

bycia porodu; zapewne bywa to i w Krakowie. Otóż byłoby pożądanem, by władze sanitarne miejskie sprawę tę bliżej zbadały.

W jednej tablicy tego rozdziału, wykazującej „Urodzenia według wieku rodziców" czytamy, że w roku 1898 urodziło się dwoje dziewcząt z matek, liczących „powyżej lat 50" (!), przypadek możliwy, lecz nader rzadki. Raczej skłonniejsi bylibyśmy do przypuszczenia pomyłki na odpowiedniej kartce zgłoszenia urodzin. W innych statystykach (np. także w publikacyach centralnego urzędu statystyki państwowej) końcową rubryką wieku matki w tym dziale jest „powyżej lat 40".

Śmiertelność (skony).

Zeszyt VIII Statystyki podaje w tym dziale daty z lat 1899 i 1900. Znajdujemy tu szereg bardzo licznych tablic, które z różnego stanowiska (wiek, wyznanie, płeć, rodzaj choroby, zawód, pora roku, dzielnica itd.) oświecają przedmiot. Zdając na tem miejscu po raz pierwszy sprawę z tych publikacyj, nie możemy poprostu z braku miejsca rozbierać każdej z tych tablic z osobna. Układamy sobie więc nową zwięzłą tablicę z szeregu lat 1887—1900, by na tej podstawie poczynić odpowiednie krótkie spostrzeżenia. (Zobacz Tablice A.). (Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2. lipca.

W sprawie »Uwag« Doc. Dr. Bylickiego i »Odpowiedzi« na nie Doc. Dr. Sołowija, ogłoszonych w Nr. 26 *Przegl. lek.*, przysyła nam Dr. Bylicki następujące »Sprostowanie«.

» Kto z uwagą przeczytał moje »Uwagi«, lub kogo do ich przeczytania skłoniła »Odpowiedź« kolegi Sołowija, temu łatwo przyjdzie przekonać się, że tego, co mi kolega Sołowij podsuwa, nigdzie nie wypowiedziałem. Z żadnego bowiem ustępu moich »Uwag« nie wynika, aby »wybór środka przeciwgnilnego nie miał wielkiego znaczenia«, chyba, gdyby ktoś, wyrwał z całości pewne zdanie, opuścił w niem najważniejsze słowo, opuścił to, co poprzedza i motywa, które następują i nazwał je w dodatku »lapsus calami».

Licząc chyba na leniwego czytelnika, który prawdziwości tego twierdzenia nie zechce skontrolować, jakkolwiek i »Uwagi« i »Odpowiedź« na nie w tym samym numerze »Przeglądu« są umieszczone.

Doc. Dr. Bylicki.

* We wtorek odbył się wykład habilitacyjny Dr. Stan. Dobrowolskiego na temat: „O leczeniu włókniaków według zasad, przyjętych w krak. klinice ginekologicznej".

* I Walne zgromadzenie „Kasy chorych lekarzy we Lwowie" odbędzie się w niedzielę d. 19 lipca b. r. we Lwowie, w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11, na dole), na które wydział Izby wszystkich członków zaprasza. Na porządku dziennym: Ukonstytuowanie się Kasy i wybór 10 członków Wydziału.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J na rok szkolny 190³/₄ wybrany został prof. Dr. Tad. Browicz, a delegatem do senatu prof. Dr. Wł. Reiss.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniwers. lwowskiego na r. 190³/₄ wybrany został prof. Dr. Beck, delegatem zaś do senatu prof. Dr. Mars.

* Wydział lekarski Uniw. lwowskiego uchwalił urządzić kursa wakacyjne w r. 190³/₄ podczas feryi wielkanocnych.

* Dziekanem Wydziału lekar. czeskiego Uniwers. w Pradze wybrany został prof. J. Hlava.

* Wydział krajowy mianował dyrektorem szpitala powszechnego w Krośnie Dr. Teodora Walsleba.

* Rada miasta Tarnowa mianowała lekarzem miejskim Dr. Hermana Pilzera.

* Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego przyznał Antoniemu Pyrzowi złoty medal za rozprawę „Przemiana materyi przy *pemphigus foliaceus Casenavi*".

* W celu zamierzonego rozszerzenia dyscyplinarnego prawa Rady honorowej wiedeńska Izba lekarska rozesłała do swoich członków okólnik, wzywający ich do oświadczenia się, czy zgadzają się na wprowadzenie takiej zmiany w ordynacyi lekarskiej, mocą której przysługiwałoby Radzie honorowej prawo czasowego lub nawet stałego pozbawienia lekarza prawa wykonywania praktyki. Krótki termin sprawił, że na 2325 członków odpowiedziało na okólnik tylko 987 i to 440 *za*

a 547 *przeciw* tej zmianie. Ostatecznie Izba 13 głosami przeciw 12 odrzuciła § 43 lit. *e*.

* Nowa pracownia do badania raka została urządzona przy klinice Leydena.

* Według Dr. Militchevića, który wykonał sekcyę zwłok serbskiej pary królewskiej, król otrzymał 6 kul, z których 3 przeszyły ciało, a oprócz tego odniósł liczne rany od broni białej. Królowa zastrzelona została 5 pociskami, a prócz tego dostała głębokie cięcie w kark, nie licząc ogromnej liczby ran ciętych i kłótych.

Z innej strony donoszą, że złamanie kręgosłupa i pęknięcie czaszki króla mają pochodzić od wyrzucenia ciała z okna I-go piętra. Prócz tego zamówione przez spiskowców pióra doniosły, że mózg króla był nieprawidłowy, opony miały być zgrubiałe z częściowemi plamami zwapnienia; opona twarda miejscami przyrośnięta do miękkiej; kości czaszki grube, mierzą 13 milimetrów Ten stan mózgu ma wytłómaczyć światu nie tylko nieprawidłową działalność króla, lecz i wstrętne czyny jego morderców. Może gdzieindziej choroba króla wywołałaby dla niego uczucie pobłażania i względności; etyka oficerów serbskich usiłuje dopatrzyć w niej usprawiedliwienie mściwych zabójstw i pastwienia się nad żywymi i pomordowanymi.

(—) Od dnia 15 do 25 czerwca b. r. przystąpili do Tow. samopomocy lek. następujący nowi członkowie. Bażant Wacław (Kosów), Brill Edward (Żmigród). Frank Apolinary (Mielec), Iłowiecki Mateusz (Leżajsk), Jasiński Adam (Krosno), Jaworski Bolesław (Kołomyja), Kreutz Jan (Stanisławów), Krok Jakób (Pola), Lewicki Stanisław (Lwów), Majewski Adam (Stanisławów). protomedyk Merunowicz Józef (Lwów), Rubinstein Jakób (Stanisławów), Weisberg Zygmunt (Tarnopol).

Do „kasy pogrzebowej" przy Tow. samop lek. zgłosiło się dotąd 121 członków i to: z Krakowa 31, ze Lwowa 10, z Galicyi 74, ze Szląska 5, z Pola 1. *Dr. Langie* I. sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXIII (7—13—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 54, zmarło osób 58. mianowicie: z gruźlicy 11 (2 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z płonicy 4, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery swojskiej 2.

* Między 10 a 16 czerwca doniesiono władzy o nowym przypadku ospy w powiecie jarosławskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 g.), drohobyckim (2 g.), gorlickim (2 g.), horodeńskim (4 g.), kałuskim (2 g.), jaworowskim (1 g.), niskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (2 g.), rawskim (1 g.), śniatyńskim (2 g.), stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (1 g.), zaleszczyckim (2 g.). złoczowskim (1 g.), żółkiewskim (1 g.), żydaczowskim(1 g.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwyczajnymi mianowani zostali Zawjałow (zoologia i fizyologia) i Wołkowicz (chirurgiczna klinika) w Odessie, oraz Giorgiewski (szczegółowa patologia i terapia w Charkowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Czesław Słupski, magister prawa i doktor medycyny, lekarz kolei wiedeńskiej, zmarł w 51 r. życia na wsi pod Warszawą. Dr. Hinzinger, prof. psychologii, lat 64, zmarł w Grossingen.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupy płoniczego. Chorążycki: Przypadek »rogu krtaniowego (*Cornu laryngeum*). Karwacki: Laseczniki wrzecionowate i spiryle w cierpieniach jamy ustnej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 25. Batawia: Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Sterling: O naradach nad hi gieną prowincyi. Landau: Przypadek botulizmu. Masłowski: Kilka słów w sprawie używania piłek drucianych Gigli-Hartel do dekapitacyi zamiast haka Brauna. Podciechowski: Stół do porodu w chacie wiejskiej. Glibowski: Walka z chorobami zakaźnemi na wsi, oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego ospy.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 25. Wiesner: Přispěvek k seznáni účinnosti chininu při slabých bolestech porodních. Porod dvojčat. Skála: O exanthemech po antidiftheretickém seru. Keller: Úraz kamenem do hlavy. Lhoták: Rozprava o autointoxikaci, vnitřní sekreci a funkci antitoxické (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Vanysek: Případ traumatického porušeni conus medullaris. Helbich: O jodipinu

— *La Presse médicale* Nr. 48. Dieulafoy: Studya nad łącznością zapalenia wyrostka robaczkowego a woreczka żółciowego z jednoczesnem zapaleniem otrzewnej lub bez tego zapalenia. Bernard: Choroba Basedowa a zapalenie śluzowo-błoniaste okrężnicy. Przyczynek do etyologii zapalenie śluzowo-błoniastego okrężnicy.

Nr. 49. De Lavarenne: Vichy. Zdrojowisko w r. 1903.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Grawitz: O cherach śmiertelnie przebiegających bez możności wykazania anatomicznej przyczyny. Maragliano: Walka i uodpornienie ustroju przeciw gruźlicy. Liepelt: Przypadek wewnętrznego otrucia lyzolem. Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej (c. d.). Pick i Poll: O niektórych godnych uwagi budowach guzów z patologii zwierząt, w szczególności o dobrotliwych i rakowatych nowotworach u zimnokrewnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Fraenkel: Karol Gussenbauer (wspomnienie pośmiertne). Pirquet i Schick: Przyczynek do teoryi czasu wylęgania (chorób). Donath: Ropne zapalenie opon mózgowych. Pfeiffer. O znachodzeniu się prątków w prawidłowej cewce moczowej i prątek kiły Maksa Josepha. Popescul O niektórych nowych przetworach leczniczych w ginekologii. Sachs: Sprawozdanie z stosowania kleszczy porodowych w klinice Chrobaka w ostatniem dziesięcioleciu (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Menzer: Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej zastosowanie u ludzi. Hildebrandt: Przyczynek do wyjaśnienia pocisków wybuchowych. Müller: O jednej osobliwej wrodzonej zmianie skórnej. Schottelius i Guglielminetti Smołowanie ulic w celu zwalczania dokuczliwego kurzu. Grünwald: Galwanokaustyka w formie wkłówań do leczenia gruźlicy krtani. Köppen: Zakażenie zimnicze w północno-zachodniej Germanii. Martin: Szczegóły techniczne sfigmomanometru Rivia-Rocciego i tonometru Gärtnera.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Kirchner: Sanitarno-policyjne zwalczanie moru. Bruck: Doświadczalny przyczynek do sprawy szerzenia się duru za pomocą masła. Neisser: Symbioza prątka grypy. Friedmann: Prątek gruźlicy żółwi i jego hodowanie. Tomaszewski: Szczepienie na małpach czynnika wrzodu miękkiego.

Redakcya otrzymała. Mintz: O leczeniu kamicy żółciowej. Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi w r. 1903.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 8 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy*** posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: Budowa własnego domu.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 11 Lipca 1903. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie położnych w naszym kraju.

Podał

Prof. Dr. Al. Rosner.

Jest to niewątpliwą zasługą Doc. Sołowija, że poruszył sprawę reformy stanu położnych. Sprawa ta, omawiana po za granicami naszego kraju, zwłaszcza w Niemczech, w całym szeregu doskonałych artykułów, u nas zajmuje stosunkowo za mało świat lekarski, który przecież powołany jest do tego, żeby reformie tej wskazać i utorować drogę. Prócz cennych uwag prof. Marsa o instrukcyi dla położnych z r. 1897, i artykułów Doc. Sołowija i Bylickiego, nie widzimy w literaturze naszej lekarskiej zajęcia się tą bądź co bądź piekącą sprawą.

Zajmując się od kilku lat nauczaniem położnych, miałem sposobność poczynienia niektórych spostrzeżeń i zamierzałem sprawie reformy stanu położnych poświęcić obszerniejsze uwagi. Odkładając to na później, pragnę dziś tylko zabrać głos w dyskusyi, wszczętej przez Docentów Sołowija i Bylickiego. Czynię to między innemi i dlatego, że choć w przeważnej części zgadzam się na wywody obu autorów (o ile nie są ze sobą sprzeczne), to przecież zdaje mi się, że nie dotknęli oni jądra sprawy i w uwagach swych kładli za wielki nacisk na rzeczy, które, choć ważne, nie mogą być uważanemi za punkt wyjścia dla reform.

Jak z jednej strony zgadzam się z kol. Bylickim że instrukcya służbowa odgrywa tu znikomo małą rolę, tak z drugiej strony sądzę, że sprawa reformy stanu położnych w naszym kraju nie byłaby bynajmniej rozwiązaną, gdyby w obu jego stolicach i w kilku innych większych miastach praktykowało kilkadziesiąt, czy sto kilkadziesiąt położnych, stojących na wysokości zadania, gdyby lekarze wpływem swoim i przykładem kształcili położne w praktyce itd.; gdyż smutny fakt, że blisko 80% rodzących obchodzi się bez położnej, że są powiaty, pozbawione prawie całkiem ich zawodowej pomocy, nie uległby przez to zmianie. Dodajmy nadto, że przeważna liczba tych właśnie położnych, które najwięcej potrzebują tego, bezwątpienia korzystnego wpływu dobrych akuszerów, t. j. tych położnych, które praktykują między ludem wiejskim, spotyka się z takimi lekarzami bardzo rzadko.

Niedostatków w stanie położnych w naszym kraju widzę dwa: 1) położnych jest za mało, a 2) te, które są, nie są takiemi, jakiemi być powinny. To odnosi się do przeważającej większości położnych.

Pierwszy z tych niedostatków, t. j. niewątpliwie za mała liczba położnych, nie może być naturalnie winą szkoły lub instrukcyi służbowej; wina tkwi znacznie głębiej, t. j. w niezrozumieniu potrzeby położnych w gminach wiejskich przez te czynniki, od których możnaby wymagać zrozumienia tej potrzeby: — przez powiatowe władze autonomiczne, a po części i rządowe. Jako dowód, że tak jest, posłużyć mogą liczby wykazujące, jak w rozmaitych powiatach zachodniej Galicyi liczba położnych jest rozmaita.

Są wydziały Rad powiatowych, przysyłające rok rocznie stypendystki do szkoły i kształcące rok rocznie po kilka położnych. Są inne (często bogatsze) powiaty, które nie zajmują się zgoła tą sprawą i są prawie zupełnie pozbawione położnych. Znam lekarzy powiatowych, zajmujących się niesłychanie gorliwie wyszukiwaniem kandydatek na położne, opiekujących się niemi w szkole, a potem w gminie; znam innych, którzy sprawę tę uważają za rzecz mniejszej wagi. Ztąd pochodzi fakt dziwny, że dwa sąsiadujące ze sobą powiaty co do liczby położnych, liczby porodów odbytych przy ich pomocy, a co za tem idzie i co do śmiertelności matek i dzieci po porodzie, są zgoła do siebie niepodobne, t. j. gdy jeden ma dużo położnych gminnych, duży odsetek kobiet rodzących pod ich opieką i mały odsetek śmiertelności po porodach, drugi okazuje stosunki wprost odwrotne: jeden staje się z roku na rok coraz podobniejszym do świata cywilizowanego (co do pomocy położnych przy porodach), drugi o ten rodzaj cywilizacyi nie dba, lub dba za mało.

Jako pierwszy więc postulat, mający zapobiedz temu niedostatkowi, uważam ujęcie sprawy wysyłania stypendystek do szkół położnych przez władze krajowe centralne autonomiczne i rządowe, lub przynajmniej wywarcie przez te władze odpowiedniego nacisku na te Rady powiatowe, które w tej kwestyi obowiązku swojego nie rozumieją.

Niedostatek co do ilości położnych odczuwa się tylko po wsiach; w miastach, zwłaszcza większych, jest ich raczej za dużo, niż za mało; stosunki są więc podobne, jak co do rozmieszczenia lekarzy w naszym kraju. Błędnem byłoby jednak zapatrywanie, jakoby tu i tam jednakowa była przyczyna tego zjawiska. Przeciwnie spostrzeżenia moje pouczają mnie, że o ile położne, praktykujące w miastach, z nielicznymi wyjątkami ciężko walczą o kawałek chleba, położnym wiejskim powodzi się przeważnie dobrze, czasami nadzwyczaj dobrze.

Drugi niedostatek, t. j. fakt, że przeważna liczba naszych położnych nie jest na wysokości zadania i okazuje liczne braki, zwłaszcza w zakresie aseptyki, niedostatek, który, o ile wiem, odczuwać się daje i w innych krajach, ma zgoła inne przyczyny.

Chcąc zrozumieć te przyczyny, trzeba sobie zdać sprawę ze wszystkich tych czynników, które tu odgrywają rolę, a które zebrać możemy w trzech punktach: 1) materyał, z którego powstają położne; 2) wpływ szkoły i późniejszej kontroli; 3) wpływ społeczeństwa, w którem praktykują, in-

nemi słowy wpływ praktyki prywatnej. *Anticipando* wypowiadam twierdzenie, że wpływy, ujęte w dwóch ostatnich punktach, działają w dyametralnie sprzecznych kierunkach i że jeden stara się zetrzeć i unicestwić drugi, gdyż jeden uczy, a drugi oducza.

Jakość i wartość położnej jest wypadkową działania tych dwóch sprzecznych sił. Naturalnie odgrywa tu wielką rolę wartość samego materyału, na który te siły działają i czas ich działania; bo są kobiety, które się łatwo uczą, a trudno oduczają, są także i inne, stanowiące materyał mniej wartościowy, które się trudno uczą, a łatwo oduczają, nie ma jednak, zdaniem mojem, takich, któreby zdołały oprzeć się w zupełności wpływowi praktyki, niszczącemu wszelkie w szkole zaszczepione zasady, jeśli ten wpływ jest silnym i, co bardzo ważne, długotrwałym. *Mutatis mutandis* dzieją się rzeczy podobne i w świecie lekarskim, a jeśli nie objawiają się tak smutno i tak jaskrawo, to właśnie dla tego, że materyał, z którego zrobiono lekarzy, jest na dobre wpływy szkoły wrażliwszym, a na złe wpływy praktyki oporniejszym, i że w lekturze naukowej ma sposób chronienia się przed tymi złymi wpływami.

Udowodnić, dla czego zetknięcie się z publicznością i warunki, w których odbywa się praktyka położnych (po za ten temat nie chcę wychodzić), działają na nie szkodliwie, nie jest rzeczą łatwą; że tak jednak jest, potwierdzi chyba każdy, kto się nad temi rzeczami zastanawiał. Szeroka publiczność, a mam tu na myśli warstwy najniżej oświecone i najliczniejsze, nie lubi, a przynajmniej nie uznaje dobrych położnych; nie rozumie i nie żąda czystości; wymaga od położnej posług, które z aseptyką pogodzić się nie dadzą, utrudnia jej na każdym kroku jej zadanie, n. b. na własną niekorzyść. Po wsiach, wzywając położne, stawia jej nieraz rodzina za warunek nie używanie środków odrażających, nie ubierania się w biały płaszcz świeżo wyprany itd. itd. i biada położnej, którąby chciała wbrew temu prądowi ratować w praktyce zasady, wyniesione ze szkoły; stanie się wtedy niezrozumiałą, a więc i niemiłą i nie będzie mieć praktyki i dochodów właśnie dlatego, że jest czysta.

W tych mało oświeconych warstwach dobrą położną jest taka, która „nie jest wielką panią“, to znaczy, pełni obowiązki służącej, z aseptyką nie zgodne i nie naraża domu na koszta; używa mało bielizny, nie kupuje kanki, ani cewnika, wypotrzebowuje najmniejszą ilość antyseptyków, lub wcale antyseptyki nie używa, nie wzywa lekarza, chyba w ostateczności, nie robi sobą kłopotu, t. j. nie gotuje gazy, nożyczek i innych rzeczy i — co ważne — poddaje się zdaniu starszej „doświadczonej“ osoby, najczęściej matki. Przez te „matki“ przechodzą zaś z pokolenia na pokolenie zabobony i przesądy i te „matki“ są właśnie przyczyną, dla czego specyalnie w zakresie położnictwa światło wiedzy nie może rozprószyć ciemności przesądów. Te „matki“, a nie wysokie władze rządowe, dyktują położnej w praktyce instrukcyę służbową, którą ona w przeciwstawieniu do instrukcyi rządowej doskonale zna i do której w własnym, dobrze zrozumianym interesie po pewnym krótkotrwałym oporze zaczyna się stosować.

Ta instrukcya „matki“ zwalcza najczęściej i zwykle najgoręcej aseptykę, uważa rodzenie w ułożeniu na bok za rzecz nieprzyzwoitą, uznaje niekąpanie noworodka w pierwszych dniach za nieludzkie zaniedbanie „tego maleństwa“ itd. itd. Nie trzeba sądzić, jakoby te ciemne „matki“ były wyłączną specyalnością warstw nizko oświeconych; spotykamy je i w najwyższych, gdzie są o tyle niebezpieczniejsze, że nie cofają się przed powagą lekarza i jemu nawet starają się podyktować swoją „instrukcyę“.

Tych kilka uwag wystarczy na usprawiedliwienie, dla czego *sub* 3) wymieniony wpływ społeczeństwa i praktyki prywatnej na położne nazwałem dyametralnie sprzecznym z wpływem *sub* 2), jaki wywiera szkoła.

Chcąc poprawić stan położnych, chcąc mieć lepsze położne, niż są dzisiaj, pragnąc jednem słowem stworzyć reformę na tem polu, należy uwzględnić równocześnie, wszystkie trzy czynniki t. j. oba te sprzeczne wpływy i materyał, na który one działają.

Należy więc starać się 1) o materyał możliwie najpodatniejszy dla szkoły, najoporniejszy względem „wpływów świata“; 2) dać szkole możność wywarcia jak najsilniejszego wpływu dodatniego i 3) chronić położne, ile możności, od zbyt długiego działania wpływów szkodliwych i jeśli to możliwe, starać się wpływ ten zwalczać i zmniejszać.

Ad 1) Materyał. Ponieważ w naszym kraju brak położnych po wsiach jest, zdaniem mojem, większem złem, niż to, że one okazują pewne braki, przeto nie uważałbym za właściwe, odnośnie do kobiet wiejskich, iść za radą kol. Bylickiego i zbyt przebierać w tym właśnie materyale. Kto widział babki wiejskie przy robocie i obserwował ofiary ich działania, ten zgodzi się ze mną, że stokroć lepszą jest na wsi położna średnio dobra, niż żadna. Takie przebieranie byłoby zresztą najgorszą przysługą, wyrządzoną nietylko ludności wiejskiej, ale i tym lekarzom powiatowym lub członkom Rady powiatowej, którzy z trudem wyszukują kandydatkę, a często z krzywdą dla innych potrzeb powiatu obdarzają ją zapomogami. Faktem jest, że warunki praktyki we wsi, a więc i możność skutecznego zwalczania babek, może mieć tylko wiejska kobieta i to najczęściej z tej samej parafii. Tego nie zmienimy żadnem rozporządzeniem; z tym faktem liczyć się musimy i nie możemy też żądać od kandydatki wyższego wykształcenia, niż ma wogóle ta warstwa ludności, z której ona wychodzi. Mniej więcej to samo odnosi się i do małych miasteczek, bo i tam warunki praktyki ma przedewszystkiem kobieta, tam urodzona i wychowana i naturalnie wszystkich dobrze znająca.

Inaczej nieco przedstawia się rzecz, jeśli zastanowimy się nad kandydatkami z większych miast. Tu zgodzę się z kol. Bylickim, że wymagania wstępnego egzaminu są może za małe. Ale pamiętajmy o tem, że w dzisiejszych stosunkach zgłaszają się do szkoły zwykle osoby nieszczęśliwe, walczące czasem z najokropniejszą nędzą i że logika i ludzkość wymagają, ażeby naprzód wyczerpać wszelkie inne sposoby reformy, ułatwiające temu lichemu materyałowi naukę w szkole i utrzymanie się przy osiągniętych w szkole wiadomościach, a dopiero — jeśli się okaże, że mimo wszystko nie są one dobremi położnemi, zamknąć im dostęp do szkoły.

Szkoła zastosować się tu musi do warunków społecznych; mając materyał do uczenia trudny, musi mu stworzyć najkorzystniejsze dla tej nauki warunki; musi go przed złymi wpływami ochraniać, a nie wprost potępić tu winy, które ponosi rząd i społeczeństwo, t. j. właśnie za to, że szkoła jest zła i że wskutek tego nie dość się w niej nauczył.

Mam to głębokie przekonanie, że te mało wykształcone

kandydatki mogłyby w innej szkole i przy należytej trosce o ich dalsze kształcenie wyjść na zupełnie dobre położne.

Wnioskuję więc: o ile z radością witam każdą wyżej wykształconą osobę, zapisującą się do szkoły, o tyle nie chciałbym obecnie utrudniać przyjmowania i tym mniej wykształconym, których chyba nie nadmiar szczęścia prowadzi na próg szkoły. Przyznaję się natomiast, że żal mi ich, że wstępują do takiej szkoły, z której mimo wszelkich naszych wysiłków nie wyniosą dostatecznych wiadomości.

Ad 2) Wpływ szkoły. Już z powyższych uwag wynika, że wpływ szkoły (a mam tu na myśli szkołę krakowską, w której uczę) nie jest dostatecznie silny, żeby mógł być trwałym. Szkoła nie posiada ani lokalu, ani urządzeń, któreby choć w przybliżeniu odpowiadały celowi; przeciwnie wszystko jest tak urządzone, ażeby naukę utrudnić. Przedewszystkiem więc nie ma sali wykładowej, będącej własnością szkoły, gdzieby można o każdej godzinie dnia i nocy wykładać, jeśli zajdzie potrzeba wykładu; ma tylko salę pożyczoną na dwie godziny dziennie od kliniki chorób skórnych. Szkoła nie ma internatu, wprost niezbędnego do skutecznego uczenia; nie ma pokoju dla uczennic, nie ma sal dla ciężarnych, dla położnic w obserwacyi lub gorączkujących, nie ma odpowiedniej dotacyi, nie ma żadnych tablic, mulaży; ma fantom do niczego i potargane lalki itd. itd.

Te braki odczuwamy też na każdym kroku i te braki sprawiają, że wiadomości, które uczennice nasze wynoszą ze szkoły, nie są dość silnie wpojone i ulatniają się już w pierwszych latach praktyki.

Weźmy dla przykładu rzecz najważniejszą: zasady czystości i zapytajmy się, co mówi teorya, t. j. co wykładamy w cudzej sali wykładowej, a na co patrzą przez 9 miesięcy uczennice własnemi oczyma:

1) teorya mówi: położnica gorączkująca może się stać łatwo niebezpieczną dla położnic zdrowych i położna nie śmie odwiedzać równocześnie jednej i drugiej; praktyka uczy: gorączkujące i niegorączkujące leżą razem, bo niema pokoju dla odosobnienia;

2) teorya mówi: noworodek nie powinien leżeć w łóżku matki. Praktyka uczy: noworodki leżą z matkami w łóżkach, bo niema dla nich łóżeczek;

3) teorya mówi: bielizna w łóżku położnicy, a przedewszystkiem podkład, musi być często zmieniany. Poszewka, kołdra i koszula położnicy powinny być czyste; praktyka uczy: bielizna w łóżku jest brudna, bo jest jej stale za mało;

4) teorya mówi: powietrze pokoju położnicy powinno być czyste i często odświeżane; praktyka uczy: w salach położnic jest zaduch nie do wytrzymania;

5) teorya mówi: pokój, w którym kobieta rodzi, powinien być czysty, trzeba wyszukać taki, w którym nikt nie chorował; praktyka uczy: w tej samej sali porodowej rodzi osoba zakażona, septyczna i zdrowa, a to z tej przyczyny, ponieważ drugiej sali porodowej niema;

6) teorya mówi: woda, w której się myje ręce powinna być czysta; praktyka uczy: woda, używana do mycia rąk, a pochodząca z wodociągu szpitalnego, bywa czasem tak brudną, że aż cuchnie.

Przykładów takich mógłbym namnożyć więcej. Te, które przytoczyłem, wystarczą. Kto zna wartość nauki poglądowej, przyzna, że położna lepiej i na czas dłuższy spamięta konkretny brud i niechlujstwo, panujące w szkole, niż teoretyczną czystość, o której jej opowiadano w sali wykładowej.

Największem złem naszej szkoły jest jednak brak internatu. Tylko internat daje możność dopilnowania osobistej czystości uczennic, tylko internat pozwala wyzyskać cały, na liczbę uczennic za szczupły, materyał.

Nie dziw, że go niema w dzisiejszej szkole krakowskiej, która podobno jest prowizoryczną; smutniejszem jest fakt, że go niema w szkole lwowskiej. Miejmy nadzieję, że w nowym zakładzie krakowskim znajdzie się nań miejsce.

Wymieniłem tylko niektóre braki szkoły; jest ich znacznie więcej. One to, a nie brak dobrej instrukcyi, i nie brak wykształcenia u zapisujących się do szkoły kandydatek, są w pierwszym rzędzie przyczyną tej nieoporności położnych wobec złych wpływów praktyki, — i one w pierwszym rzędzie powinny być usunięte. Od ich usunięcia, od stworzenia dobrych szkół, powinno się rozpocząć reformę. Jakość jest tu ważniejsza od ilości. Smutne stosunki nie ulegną żadnej zmianie nawet wtenczas, kiedy uchwała sejmowa doczeka się urzeczywistnienia i kiedy powstaną nowe szkoły położnych w kraju, jeśli tym, które dziś są, i tym nowo powstałym, nie da się możności porządnego uczenia.

Jeśli szkoła krakowska wywierać ma wpływ dodatni i należycie uodpornić uczennicę na niekorzystne wpływy praktyki, powinna otrzymać nowy celowi odpowiadający lokal z internatem, lokal, w którymby czyny nie zadawały kłamu słowom i w którymby cały materyał dał się do celów dydaktycznych wyzyskać.

A teraz pytanie, czy nauka nie trwa za krótko? czy termin jej dziewięciomiesięczny jest dostatecznie długi? W dzisiejszej szkole nie powinny uczennice, zdaniem mojem, pozostawać dłużej, — w nowej zaś nie będą tego potrzebowały.

Dzisiaj ten 9-miesięczny pobyt w Krakowie, a przypuszczam i we Lwowie, jest dla uczennic męką.

Z małymi wyjątkami cierpią one nędzę i wydane są na pastwę wyzysku w mieszkaniach „kątem“. To, czego teorya nauczyć może, wynoszą ze szkoły w dostatecznej ilości; do nauczania praktycznego, które nigdy dość długo trwać nie może, nie mamy i tak dostatecznej sposobności. W przyszłości wobec internatu, czas 9 miesięcy będzie aż nadto wystarczającym. Nie zdaje mi się więc, żeby zmiana w tym kierunku była pożądaną.

Ad 3) Niekorzystny wpływ praktyki prywatnej. Ten nieda się tak łatwo usunąć. Tkwi on, jak wspomniałem, w nizkim poziomie oświaty i powoli będzie się zapewne zmieniał na lepsze. Postęp ten przyspieszać, oto jedno z zadań towarzystw Oświaty ludowej. Niechaj do bibliotek ludowych dostaną się popularne dziełka o zasadach aseptyki porodowej, niechaj ci, którzy z natury rzeczy mają największy wpływ na lud, t. j. księża, torują temu postępowi drogę, a powoli, powoli, z biegiem lat, czynnik ten, tak źle na nasze położne działający, osłabnie. Tymczasem czynić jednak trzeba wszystko, żeby położnym ułatwić walkę z tym demoralizującym je wpływem. Tu odegrają najważniejszą rolę projektowane przez rząd kursa powtarzania, pod warunkiem, że będą w nich brać udział wszystkie położne co pewną liczbę lat i że będą się one odbywać w internatach. Zgodnie z kol. Sołowijem uważam za konie-

czne urządzenie tych kursów w taki sposób, żeby położne nie były narażone na żadne straty finansowe i to tak w zakresie *damnum emergens*, jak i *lucrum cessans*. Tylko, jeśli wszystkie położne będą w nich brać udział i jeśli przez nie żadnych strat pieniężnych nie będą ponosić, tylko wtenczas uważać je będą za rzecz pożyteczną i przyjemną, a nie za karę, jak to słusznie podnosi S. B. Schultze. Takie kursa będą wówczas pewnego rodzaju, że się tak wyrażę, „rewakcynacyą ochronną". Dzisiejszy, niewątpliwie korzystny i w tym samym kierunku działający wpływ lekarzy powiatowych i lekarzy, spotykających się z położnemi przy łóżku chorej, jest, jak praktyka dowodzi, za słaby.

Wreszcie — jedna jeszcze uwaga. Szkołom powinien być przyznany pewien wpływ na obsadzenie posad okręgowych i gminnych. Po zaprowadzeniu kursów powtarzania każda położna mieć będzie w szkole swoje akta i profesorowi szkoły dobrze będzie znaną jej wartość. Niechaj więc odpowiednie władze, nadające posady, zapytają się go o opinię. Dziś spotykam się nieraz z żalami odpalonych kandydatek o posadę, że kwalifikacye nic nie znaczą, gdyż posadę dostała położna, notorycznie najmniej czysta i najmniej umiejąca. To nie zachęca do nauki, gdy przeciwnie, łatwo zrozumieć, że uczennice i położne na kursach repetycyjnych starać się będą uzyskać jak najlepszą opinię profesora, jeśli od niej zależeć ma późniejsza jej posada. Takie zasięganie opinii szkoły będzie więc również przeciwdziałać degeneracyi położnych. W ogóle korzystnem by było, gdyby uczennice po otrzymaniu dyplomu nie zrywały wszelkich ze szkołą stosunków.

W szkole za kratkami powinny być ogłaszane wszelkie konkursa na posady gminne i okręgowe, które dziś obsadza się prawie potajemnie. To ułatwienie akuszerce ciągłego i trwałego zetknięcia ze szkołą, z której wyszła, wyjdzie jej z pewnością na dobre; przy sposobności opowie o przypadkach, które spostrzegała i w rozmowie dowie się zapewne rzeczy, które się jej w praktyce przydać mogą. Szkoła powinna, jednem słowem, być pewnego rodzaju naukową władzą nietylko nad uczennicami ale i nad akuszerkami, powinna być tem, czem jest klinika dla lekarzy t. j. instytucyą, w której zawsze znajdą chętne przyjęcie, radę i pomoc.

Oto główne punkta wytyczne dla reform w najbliższej przyszłości. Czy żądana przez kol. Sołowija zmiana w instrukcyi służbowej jest potrzebną? Sądzę, że tak, ale przyznaję, że czynię to głównie dlatego, że taka zmiana wykluczy potrzebę niemiłego dla prelegenta polemizowania z instrukcyą.

Zgodnie z kol. Bylickim uważam wpływ instrukcyi służbowej na działalność położnych za minimalny. Uczennice moje używają sublimatu, mimo, że o nim nie mówi instrukcya, a sublimat ten zapisuję im bez obawy; używają protargolu, choć nie jest przepisany; nie dają noworodkom lewatywek, bo im tego zakazuję, nie kąpią noworodków w pierwszych dniach po porodzie, choć tego wymaga instrukcya itd. Wogóle uważam, że przepisy służbowe, wydane dnia 10 września 1897 r., są stanowczo zanadto szczegółowe i w wielu ustępach pisane są w tonie podręcznika, na który znowu w innych punktach się powołują. Tymczasem instrukcya jest dla całej Przedlitawii wspólna, a takiego wspólnego podręcznika na szczęście brak. Ztąd pochodzi, że są ustępy w książce naukowej, sprzeczne z przepisami instrukcyi, jak n. p.: § 22 instrukcyi nie mówi ani słowem o zakraplaniu oczu noworodka, natomiast podręcznik prof. Jordana poleca na str. 179 zapuszczanie kilkunastu kropli 10% protargolu, podręcznik zaś Piskačka (str. 95) pozwala wykonywać ten rękoczyn tylko lekarzom, lub w braku lekarza, położnej. Takich niezgodności znalazłoby się więcej, a przecież sama instrukcya poleca położnej mieć stale przy sobie „Podręcznik nauki położnictwa dla położnych, który jej podczas nauki w szkole służył za przewodnika, aby z niego zasięgnąć rady" (str. 8), a więc książkę, w ważnych ustępach z instrukcyą sprzeczną.

Wobec tej sprzeczności położne idą za radą podręcznika, a więc przeciw przepisom instrukcyi i dlatego przepisy służbowe małą odgrywają w praktyce położnych rolę. Zgadzając się z kol. Sołowijem na to, że instrukcya powinna być zmieniona, sądzę, że zmiana ta polegać powinna na znacznem skróceniu z ustawicznym powoływaniem się na książkę naukową, aby w ten sposób zostawić autorowi książki i profesorowi szkoły jak największą swobodę, bez narażania go na potrzebę polemizowania z instrukcyą.

Reformę stanu położnych w naszym kraju i w najbliższej przyszłości wyobrażam sobie w następujący sposób:

1) Musi nastąpić ujednostajnienie w wysyłaniu kandydatek do szkół z poszczególnych powiatów, w myśl uwag powyżej poczynionych.

2) Szkoły położnych powinny być z gruntu zmienione tak, aby nauka w nich odbywać się mogła z korzyścią; przedewszystkiem więc muszą otrzymać internaty. W jaki sposób zmianę tę pojmuję, opisałem powyżej.

3) Kursa repetycyjne powinny być jak najrychlej zaprowadzone i to w ten sposób, jak to wyszczególniłem.

4) Profesorom szkół położnych powinno być przyznane prawo wydawania opinii o wartości kandydatek, ubiegających się o posadę.

5) Instrukcya powinna być z gruntu zmieniona, a przedewszystkiem skrócona tak, żeby autor podręcznika i profesor szkoły nie potrzebowali wykładać sprzecznie z przepisami instrukcyi.

Uwagi kol. Sołowija, dotyczące zapewnienia położnym ze strony państwa pewnego minimum dochodów i zabezpieczenia ich na wypadek niezdolności do pracy, uważam za postulaty, dające się urzeczywistnić chyba w odległej przyszłości.

II. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Jeżeli pragniemy, aby zasady postępowania bezgnilnego były własnością ogółu lekarzy, aby stały się powszechnemi, musimy dążyć do tego, aby ogół lekarzy mógł nabrać tego właściwego wychowania w postępowaniu bezgnilnem. W tym celu powinniśmy przedewszystkiem wymagać, aby szkoła była w ten sposób urządzona, iżby to wychowanie mogła uczniom nadawać.

Wychowanie to powinno się poczynać z wstąpieniem ucznia na wydział lekarski, co dziś się dzieje tylko w bar-

dzo ograniczonej mierze. Mam tu na myśli pracownie, do których uczniowie przez pierwsze dwa lata uczęszczają, a w których się zanieczyszczają i powiem nawet oswajają się z nieczystościami. W pracowniach tych powinny być zaprowadzone urządzenia do tego, aby uczniowie się nie zanieczyszczali, a o ile się zanieczyszczają, aby się z łatwością oczyścić mogli. We wszystkich pracowniach powinny być osobne szatnie na wierzchnie ubrania; dalej, uczniowie powinni pracować tylko w chałatach, któreby się dawały dobrze prać i wygotowywać. Do roboty uczeń powinien się zabierać po starannem oczyszczeniu rąk, a po ukończeniu pracy, opuszczając pracownię, powinien się tak oczyścić, aby miał ręce wyjałowione.

Samo przez się rozumie się, że to tem więcej odnosi się do ćwiczeń w operacyach położniczych, ginekologicznych, chirurgicznych, ocznych i t. d.

Niektóre pracownie posiadają takie urządzenia, ale to nie wystarcza, gdyż nie istnieje przymus, aby uczniowie z tych urządzeń korzystali.

Uczniowie w ten sposób przyuczeni, gdyby oczyszczanie się po zanieczyszczeniu i ochrona przed zanieczyszczeniem była im niejako wszczepioną, przyszliby do kliniki tak przygotowani, że profesor kliniczny niewieleby potrzebował pracy, aby ich do reszty wyćwiczyć w postępowaniu bezgnilnem. Mógłby ich przypuścić do materyału i szerzej umożliwić naukę. Byłoby to dobrodziejstwem dla uczniów, ulgą dla profesorów, pewnem zabezpieczeniem dla chorych klinicznych.

Mówiąc o szkole, niemogę pominąć tej okoliczności, że często pomiędzy kolegami słyszy się zdania poważnych lekarzy, którzy ganią dzisiejsze urządzenia w klinikach i dzisiejszy sposób nauczania. Twierdzą, że zbyt szeroko pomyślane urządzenia kliniczne do postępowania bezgnilnego są zbyteczne i raczej wprawiają ucznia w zwątpienie, czy potrafi zadość uczynić wymaganiom nauki, gdy się sam znajdzie w życiu bez tych urządzeń. Powiadają oni dalej, że klinika powinna nauczyć lekarza, jak ma postępować w praktyce, jak ma sobie radzić wśród najniekorzystniejszych warunków, a nie uczyć działania w warunkach, w jakich lekarz na prowincyi pracować nie będzie, jakich sobie wręcz stworzyć nie może. To nie sztuka badać, operować, jak się ma taką pomoc i środki, jakimi kliniki rozporządzają. Takie zdania i tym podobne słyszy się często, a jeżeli kto, to właśnie profesor kliniczny musi się nad temi uwagami zastanowić, o ile one są słuszne.

Sądzę, że te zdania i uwagi są niesłuszne; odpowiadać jednak nie można na nie dorywczo, raczej wymagają one omówienia, i dlatego też je poruszam.

Każdy się zgodzi na to, że szkoła uniwersytecka jest siedzibą nauki, że na szkole tej ciążą pewne obowiązki moralne i że szkoła powinna stać na wysokości nauki, powinna się zajmować badaniami naukowemi i dążyć do podniesienia jej poziomu, rozwijać przedmiot, wyrabiać ludzi zawodowo wykształconych, ukwalifikowanych do pracy naukowej, powinna wpływać moralnie na społeczeństwo zawodowe i krajowe.

Wszystkie te obowiązki moralne pomijam, bo ci, którzy krytykują, powiadają, „klinika powinna być przedewszystkiem szkołą“. Zgoda! zupełnie słusznie i ja powiadam: „klinika powinna być szkołą“, ale dobrą szkołą, któraby odpowiadała swemu zadaniu.

Skoro tak rzecz postawimy, mimowoli nasuwa nam się pytanie: jaką ta szkoła być powinna? jak w niej nauczać należy? Klinika uniwersytecka nie jest szkołą zawodową, ale szkołą o wyższym i szerszym zakroju i zadaniu. Zadaniem szkoły wyższej uniwersyteckiej nie jest tylko nauczanie uczniów danego przedmiotu, nie jest rozszerzanie zakresu ich wiadomości, ani nie jest wzbogacanie doświadczenia, a szkoła, którąby tylko do tego dążyła, byłaby złą szkołą.

Obowiązkiem katedry uniwersyteckiej jest wynieść ucznia na taką wysokość, z którejby mógł spojrzeć na całość przedmiotu i objąć go w najogólniejszych zarysach, a skoro to spełni, zstępować z nim coraz to niżej do działów nauki, potem jeszcze niżej do pojedynczych przypadków, a wreszcie pokazywać szczegóły.

Gdy się już uczeń rozeznaje i odnajduje w przedmiocie, powinno się go zetknąć tu i owdzie z przedmiotem i kazać mu stawiać kroki o własnych siłach.

Tak pojęte nauczanie nie obejmuje wprawdzie przedmiotu, jako całości, ale poucza ucznia, jak się ma go uczyć, wyrabia w nim samodzielność w ramach danego przedmiotu. Tak prowadzony uczeń, gdy się przeistoczy w lekarza i rozpocznie działalność na własną rękę, da sobie zawsze radę, będzie niewątpliwie dzielnym i samodzielnym lekarzem.

Lekarz musi sobie dać radę nietylko z tymi przypadkami, jakie widział w klinice, ale ze wszystkimi, które się do niego zgłoszą, a ileż się takich potem zgłasza, jakich w klinice nie widział? Danego przedmiotu uczeń powinien się uczyć sam, profesor powinien mu tylko wskazać drogi i sposoby, jakiemi ma dojść do celu. Rozszerzać zakres wiadomości, zbierać doświadczenie może on dopiero później, w praktyce, tak dobrze szpitalnej, jako też i prywatnej.

Wykłady kliniczne, oparte na materyale klinicznym, pozbawione są systematyczności; uczeń wchodzi na klinikę i gubi się zrazu w tem, co go otacza, słyszy rzeczy, których zrazu nierozumie i z których sobie sprawy nie zdaje, niemniej atoli po krótkim czasie zaczyna obficie zbierać korzyści, jakie daje szkoła uniwersytecka.

Aby szkoła dać to mogła, aby uczeń miał rzeczywiste korzyści, niezbędnem jest, aby materyał był jak najobfitszy i najróżnorodniejszy, aby urządzenia kliniczne były wszechstronne, stojące na wysokości nauki, a wreszcie potrzeba jeszcze żywego słowa profesora, któryby umysły w tajniki wiedzy wprowadził.

Aby to żywe słowo nietylko rzecz rozjaśniło, ale się wbiło i w pamięć na całe życie, potrzeba, aby było oparte na przedmiocie, jakim jest materyał przeznaczony do nauki. Z obrazem chorego, którego uczeń w klinice widzi, kojarzy słowa profesora w pamięci, łączy wszystkie urządzenia i sposoby postępowania, które z tym chorym i jego cierpieniem były wprowadzone w związek; powstaje całość w jego umyśle, która w późniejszem życiu przywołana do świadomości, wywołuje wszystko w tej samej łączności, w jakiej była pierwotnie związana.

Może się ktoś ze mną niezgadzać i powie, że dobry profesor potrafi byle gdzie, przy byle przypadku, świetnie uczyć i wykładać. Ależ zgoda, jestem przekonany, że każdy profesor to potrafi, jest to obowiązkiem każdego profesora; co więcej, profesor będzie tak wykładał, że porwie słuchaczów, ale tu nie o to chodzi, czy profesor dobrze uczyć potrafi, ale o to, ile uczeń z wykładu profesora wyniesie?

Dla lepszego zrozumienia dam przykład, albo raczej proponuję doświadczenie, które często powtarzałem. Jeżeli się spotka publiczność, powracającą z odczytu, który by połączony z licznemi demonstracyami, objaśniony rysunkami, to chociaż mówią, że profesor wykładał nudnie, na zapytania odpowiadają dokładnie, co było przedmiotem wykładu jakie myśli profesor wypowiedział. Jeżeli zaś słuchacze wracają z wykładu pod wrażeniem zachwytu, z wykładu wśród którego były rzucane tylko myśli, które porywały, a nie było rysunków i demonstracyi, to gdy się takiego zachwyconego zapytać, o czem właściwie była mowa, zaraz się zająknie, potem namyśla i wreszcie najczęściej powie tytuł prelekcyi z dodatkiem, że tego tak na zawołanie powtórzyć nie można.

Wydając sąd o szkole, nie należy zapominać, że każda uniwersytecka szkoła lekarska kształci nietylko praktyków dla kraju, ale wyrabia i dyrektorów szpitali, prymaryuszów sekundaryuszów, przyszłych lekarzy wojskowych, kolejowych, więziennych, szkolnych, fabrycznych, zakładowych, okręgowych, powiatowych, kas chorych, kąpielowych i t. d. i t. d. Ci wszyscy potrzebują koniecznie poznania nauki na tej wysokości, na jakiej ona stoi, muszą wiedzieć, co i ile nauka dać może, aby każdy mógł z tego czerpać to, czego mu do jego przyszłego zawodu lub stanowiska potrzeba.

Że takich urządzeń, jakie mają zasobnie urządzone kliniki, nie spotykamy zwykle w oddziałach szpitalnych, to prawda; ale szpitale i zakłady lecznicze posiadają różne urządzenia, których wzory lekarze w klinikach poznali.

Jeżeli sobie przypomnę urządzenia naszych pracowni i klinik z czasów, gdy byłem uczniem i porównam je z urządzeniami dzisiejszemi w małych nawet, ale nowszych szpitalach prowincyonalnych, to wyznać muszę, że te ostatnie stoją dziś daleko wyżej co do urządzeń, aniżeli kliniki uniwersyteckie, w których się uczyłem.

Te urządzenia, które dziś zdają się być może zbyteczne i przesadzone, jutro będą konieczne w szpitalu prowincyonalnym.

Jako przykład przytoczę fakt, że za moich czasów, gdym na uniwersytet wstępował, mikroskop w uniwersytecie mieli: anatom, chemik, botanik, fizyolog i anatom patologiczny. Dzisiaj ma go najmniejszy szpitalik prowincyonalny i wielu lekarzy praktycznych, a przecież od tego czasu minęło zaledwo lat trzydzieści. Koledzy moi mawiali: „ja się chcę nauczyć badać, leczyć, radzić; ja tam nigdy laparotomii robić nie będę, lepiejby profesor uczył, jak nogi złamane składać, a nie żeby brzuchy otwierać podczas wykładu“.

Trzydzieści kilka lat temu, jak była zrobiona w Galicyi pierwsza owaryotomia z zejściem śmiertelnem; w lat kilka druga z nie lepszym wynikiem; a dzisiaj w miastach uniwersyteckich wykonuje się ich setkami, w szpitalach prowincyonalnych na dziesiątki, a rzadko z wynikiem ujemnym.

Wielu kolegów zazdrości profesorom i powiada, że w tych warunkach, w jakich profesorowie operują w klinikach, przy tych urządzeniach, przy tej pomocy, mieliby równie dobre, a może i lepsze wyniki. Niezaprzeczenie profesor kliniczny pracuje w korzystnych warunkach, ale i on ma trudne zadanie; on musi przecież myśleć o chorych, którzy mu powierzają zdrowie i życie, a na tych chorych musi uczyć uczniów, którzy są dla klinik i ich wyników najniekorzystniejszym czynnikiem. Uczniowie pod hasłem wolności uczenia się roją się po całym uniwersytecie. Profesor kliniczny, operator, nieraz sobie musi powiedzieć: „w szpitalu dobrze urządzonym miałbym jeszcze lepsze wyniki“.

O ile uczniowie są dla klinik niebezpieczni, wykazał Semmelweis, a po nim cały szereg autorów. Profesor często musi staczać ze sobą walkę, aby odnaleźć granicę między obowiązkami lekarza a nauczyciela, jak daleko mu iść wolno w jedną lub drugą stronę.

Jeżeli w klinice uczniowie są dla chorych czynnikiem niebezpiecznym, toż należy się za to tym chorym zabezpieczenie przeciw temu, należy się wyrównanie. To wyrównanie chorzy kliniczni otrzymują w dokładności postępowania, w wygodach, a głównie w urządzeniach, które obliczone nawet na przypadki nadzwyczajne, na każdą chwilę, na każde niebezpieczeństwo i dają rodzaj zabezpieczenia pomyślnych wyników. Im lepsze ma klinika wyniki, tem więcej może profesor pozwolić korzystać uczniom. Aby posiadał swobodę nauczania, musi dążyć do tego, aby miał wyniki lepsze, aniżeli te zakłady lecznicze uboższe, w których uczniów niema.

Zdaje mi się, że temi uwagami udowodniłem, że pomijając zupełnie względy naukowe, li tylko dla celów dydaktycznych szkoły, profesorowie kliniczni muszą się dobijać urządzeń, które postęp nauki ze sobą przynosi. To nie jest gonieniem za nowością, to nie jest naśladownictwem, ale koniecznością szkolną.

Zebrawszy to, co powiedziałem, aby postępowanie bezgnilne stało się powszechnem w praktyce, potrzeba:

I. aby postępowanie bezgnilne było uważane jako część szkolnego wychowania uniwersyteckiego;

II. aby uczniowie medycyny od pierwszej chwili wstąpienia na uniwersytet byli w tym kierunku wychowywani;

III. aby lekarze odwiedzali dobrze urządzone kliniki, i uczęszczali na kursa przeznaczone dla lekarzy;

IV. aby lekarze chorób wewnętrznych więcej się liczyli z postępowaniem bezgnilnem;

V. aby kliniki dążyły do zaopatrzenia się w najbogatsze i najszersze urządzenia, odpowiadające wysokości, na jakiej nauka stoi, a w szczególności w kierunku postępowania bezgnilnego.

III. Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał
Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Wobec znacznych trudności, jakie przedstawia hodowanie bakteryi ze stolca, badania lat ostatnich zajmują się wykazaniem ich w sokach i wydalinach ustroju, gdzie znajdując się przeważnie w czystej hodowli, łatwo mogą być stwierdzone. Wielką zasługę w tym kierunku należy przypisać pracy Neufelda, zajmującej się hodowaniem bakteryj durowych z różyczki durowej. Podczas gdy dawniejsi autorowie w przypuszczeniu, że bakterye zawarte są we krwi różyczki, szczepiąc tę krew, mieli przeważnie wyniki ujemne, Neufeld wskazał na źródło błędów używanej przed

nim metody, a usunąwszy te błędy, stworzył metodę łatwo przystępną, pozwalającą z łatwością w większości przypadków uzyskać swoiste hodowle. Według niego bakterye zawarte są nie we krwi różyczki, lecz w samych przestworach tkankowych; ponieważ jednak, jak wiadomo, krew ludzka działa silnie zabójczo na bakterye durowe, więc przy dawnej metodzie, gdzie brano krew z różyczki, krew ta, wydostając się z nacięć (skaryfikacyi), miała sposobność zabić nieliczne bakterye, zawarte w tkance. Ilość bakteryi zawartych w plamie jest nader nieznaczna, to też E. Fraenklowi udało się w skrawkach z różyczki wykazać bakterye dopiero, gdy wycięte kawałki tkanki trzymał w jałowym bulionie przez pewien czas w termostacie, przez co bakterye mogły się rozmnożyć; badania te wykazały, że bakterye rzeczywiście nie w naczyniach krwionośnych się znajdują, ale przeważnie w przestworach chłonnych. Musimy tedy uważać różyczkę za zator z bakteryi, które usadowiwszy się w tkance, tworzą dokoła siebie małe ognisko martwicze. Na podstawie tych danych zrozumiałem jest, że najracyonalniejszą metodą uzyskania hodowli z różyczki będzie ta, przy której za materyał posłuży sok tkankowy, a działanie zabójcze krwi przez możliwie najszybsze jej rozcieńczenie zostanie usunięte, lub zmniejszone. Neufeld poleca tedy po delikatnem oczyszczeniu skóry zapomocą alkoholu i eteru naciąć ostrym lancetem plamę, wyskrobać ostrzem nieco soku tkankowego wraz z wydostającą się kroplą krwi jak najszybciej przenieść do probówki z bulionem. Im młodsza jest plama, tem większe są widoki uzyskania hodowli, w starszych bowiem plamach bakterye zdają się ulegać obumarciu i z tego też względu należy równocześnie szczepić sok z 3—5 plam, aby być pewnym dodatniego wyniku. Zapomocą tej metody udało się Neufeldowi na 14 badanych przypadków 13 razy wyhodować swoiste bakterye, a liczni autorowie, którzy metodę tę po nim stosowali, potwierdzają jej zalety. Lepsze jeszcze może wyniki da jej modyfikacya, polecona przez Schmiedickego: autor ten, oczyściwszy skórę, zeskrobuje tylko pokład skóry, pokrywający plamę, i przenosi go do bulionu, nie robiąc zupełnie nacięcia tak, że przy ostrożnem postępowaniu uzyskuje hodowlę z samej tkanki, bez śladu domieszki krwi, co potwierdza pogląd Neufelda. Badanie różyczki durowej, aczkolwiek nie w każdym przypadku może znaleźć zastosowanie, przedstawia cenny nabytek rozpoznawczy, gdyż w całym szeregu przypadków umożliwia rozpoznanie z końcem pierwszego, lub z początkiem drugiego tygodnia, a zatem w czasie, gdy często inne próby rozpoznawcze jeszcze nie mogą dać nam wyjaśnienia. Szczególnego znaczenia może też nabrać to badanie w przypadkach duru rzekomego, cechujących się obfitą zwykle wysypką, o czem niżej jeszcze będzie mowa. Przytoczony co dopiero pogląd Neufelda na sprawę hodowania z różyczki stosuje się w zupełności także do hodowania bakteryj durowych ze krwi. I tutaj metody, przez dawniejszych badaczy stosowane, oparte na mylnych założeniach, w przeważnej ilości przypadków dały wyniki ujemne. W zakażeniach posocznicowych najłatwiej uzyskać hodowlę, jeśli się krew na kilka godzin pozostawia do wydzielenia surowicy; ziarniaki ropne przechodzą wtedy do surowicy, która na nie zupełnie nie działa zabójczo, a nawet jest znakomitem podłożem i w niej się rozmnażają; nadto w tych zakażeniach często już bardzo małe ilości krwi, jedna lub parę kropel nawet, uzyskanych z palca, wystarczają do otrzymania hodowli. Te doświadczenia i metody, przeniesione wprost do naszej choroby, oczywiście musiały uniemożliwiać uzyskanie wyników dodatnich; jak pouczyły badania lat ostatnich, ilość bakteryj durowych we krwi przeważnie jest nieznaczna tak, że tylko hodowanie ze znaczniejszej ilości krwi może doprowadzić do celu. Z drugiej strony zasadniczym warunkiem powodzenia takiej metody będzie szybkie i dostateczne rozcieńczenie krwi w celu usunięcia lub zmniejszenia zabójczego jej działania na bakterye. Castellani, który pierwszy sprawą tą się zajął, w pierwszej seryi 12 przypadków, w których szczepił po kilka kropel krwi do zwykłych probówek z bulionem, uzyskał same wyniki ujemne. To naprowadziło go na myśl szczepienia krwi, uzyskanej przez nakłócie z żyły, do większych ilości bulionu; rozdzielał tedy kilka centywetrów sześciennych krwi z żyły na 5—6 kolb, zawierających po 300 ctm.^{3} zwykłego słabo alkalicznego bulionu. Zapomocą tej metody udało mu się na 14 badanych przypadków duru w 12 wykazać bakterye we krwi i to przeważnie w drugim lub trzecim tygodniu choroby. Znaczenie rozpoznawcze metody najlepiej objaśniają następujące przypadki: w dwu odczyn Widala w czasie próby był jeszcze ujemny tak, że wyhodowanie bakteryi ze krwi ustaliło rozpoznanie; trzeci przypadek łagodny i nietypowy nie okazywał w ciągu dwóch tygodni trwania odczynu Widala, ani powiększenia śledziony, ani wysypki; tutaj tedy jedynie badanie krwi wyjaśniło naturę zakażenia. Metodą Castellaniego posługiwał się w rozleglejszych badaniach Courmont; według ogłoszonego ostatnimi czasy sprawozdania zbadał on 37 przypadków; z tych 33, poddanych badaniu aż do 20-go dnia choroby, dało wyniki dodatnie-4 po 20-tym dniu — ujemne. Najwcześniejsze wyniki dodatnie tego autora przypadają na 5-ty dzień choroby; w 5-ciu przypadkach badanie krwi wykazało obecność bakteryi, podczas gdy próba Widala dawała wynik ujemny. Szczególnie przemawia za doniosłością rozpoznawczą tej metody przypadek, w którym odczyn Widala wystąpił dopiero 45-go dnia choroby ($^1/_{40}$), podczas gdy już 9-go dnia można było wykazać bakterye we krwi. Jako ważny szczegół należy podnieść, że w okresie ozdrowienia, w stanie bezgorączkowym, nigdy nie udało się wykazać bakteryi we krwi, a jak wyżej już było powiedziane, brak ich już czasem w czwartym tygodniu choroby. W nawrotach czasem można je wykazać we krwi, czasem zaś nie. Sama technika badania przedstawia pewne osobliwości, z któremi trzeba być obeznanym, chcąc należycie oceniać wyniki. Courmont wydobywa zapomocą strzykawki 10—20 ctm.^{3} krwi z żyły środkowej przegubu łokciowego i rozdziela je po 2—3 ctm.^{3} do kolb, zawierających po 300—600 ctm.^{3} zwykłego bulionu. Wzrost bakteryi przeważnie bywa opóźniony i to czasem znacznie opóźniony; na 47 badanych prób 11 okazało wzrost po 1 dniu, 17 — po 2 dniach, 4 — po 3 dniach, 4 — po 4 dniach, 8 — po 5 dniach, 4 — po 6 dniach, 1 — po 7 dniach, 1 — po 10 dniach. Przyczyną tego opóźnionego wzrostu jest bakteryobójcze działanie krwi, które hamuje wzrost bakteryj durowych, jak się można przekonać doświadczalnie, po części zaś zdaje się, że żywotność bakteryi ze krwi jest osłabiona, gdyż wzrost występuje późno nawet wtedy, gdy kilka kropel krwi zaszczepimy do wielkiej kolby, t. j. gdy działanie bakteryobójcze zupełnie

jest zniesione przez rozcieńczenie. Wejrzenie hodowli ze krwi jest też nieco odrębne, gdyż bakterye są przeważnie nieruchome, często zaglutynowane działaniem surowicy, zawartej w hodowli, wyrosłe w dłuższe nici; jednak już następna hodowla, z tej oryginalnej przeszczepiona, przedstawia prawidłową ruchliwość zupełnie oddzielonych bakteryj. Bakterye ze krwi wyhodowane przeważnie różnią się od innych prawidłowych szczepów trudnością, z jaką ulegają aglutynacyi swoistej; na 35 szczepów, ze krwi wyhodowanych przez Courmonta, 7 zupełnie nie ulegało aglutynacyi, 24 trudniej, aniżeli prawidłowe, a tylko 4 dawały prawidłową aglutynacyę. Cecha ta nie jest jednak trwałą, gdyż po dłuższym lub krótszym szeregu następowych pokoleń szczepy te zwolna nabywają prawidłowej zdolności ulegania aglutynacyi, stwierdzając przez to dobitnie swą naturę durową. Wynika ztąd, że przy hodowaniu należy hodowle pozornie jałowe przez dłuższy czas obserwować, badając od czasu do czasu osad; przy oznaczaniu zaś uzyskanych hodowli tylko prawidłowe zachowanie się przy próbie aglutynacyjnej dowodzi, że mamy do czynienia z bakteryami durowemi; wynik ujemny lub niezupełny natomiast możliwości tej nie wyklucza. Na podstawie tych badań Courmont poleca bakteryologiczne badanie krwi, jako metodę rozpoznawczą pierwszorzędnej wagi w durze, powołując się przytem na zgodne wyniki innych badaczy. Tak Busquet w całym szeregu badanych przypadków uzyskał hodowle ze krwi, między innymi także w przypadku płucnej formy duru *(pneumotyphus)*; Toussaint w jednym przypadku już piątego dnia choroby, gdy odczyn Widala był jeszcze ujemny; Stefanelli w 26% badanych przypadków; Auerbach i Unger w 7 na 10; Hewlett w 20 na 24; Cole w 11 na 15. Widal zbadał 29 przypadków; z tych 5 lekkich form *(typhus levis)* dało wynik ujemny; na 24 prawidłowych i ciężkich miał 17 wyników dodatnich, 7 ujemnych w przypadkach badanych przed 5-tym dniem choroby, lub w dniach, poprzedzających ostateczny spadek ciepłoty. Odmienną nieco metodę w badaniu krwi stosuje Schottmüller, który rozporządza najrozleglejszem w tym kierunku doświadczeniem. Wyciąga on z żyły zapomocą strzykawki szklanej Luera 20 ctm.³ krwi i rozdziela po 2—3 ctm.³ do probówek, zawierających po 6 ctm.³ agaru płynnego, ostudzonego do 40° i rozmieszawszy wylewa na płytki. Według Schottmüllera uzyskane w ten sposób rozcieńczenie krwi 1: 3 zupełnie wystarcza do zniesienia jej działania bakteryobójczego, a zastosowanie podłoża stałego ma tę wyższość nad płynnemi, że pozwala obserwować rozwój kolonii, a z ich liczby oceniać ilość bakteryj, zawartych w pewnej objętości krwi. Głębokie kolonie przedstawiają się jako czarno-zielone punkty, wzrastające do rozmiarów ziarna soczewicy, powierzchowne mają barwę ciemno-szarą i uzyskują większe rozmiary. Podobnie, jak Courmont, stwierdza Schottmüller, że po upływie 24 godzin nieliczne tylko kolonie zjawiają się na płytkach; przeważna ich część ukazuje się dopiero w ciągu drugiego dnia, a jeszcze i w następnych świeże przybywają; czasem dopiero w 3-cim lub 4-tym dniu ukazują się pierwsze kolonie. W trzech seryach swych badań Schottmüller na 220 przypadków w 182, tj. w 83%, uzyskał hohowle ze krwi; specyalne zestawienie wykazuje, że w 80% badanych przypadków już w pierwszym dniu pobytu chorych w szpitalu można wykazać bakterye we krwi; odsetek wyników dodatnich byłby może jeszcze większy, gdyby w każdym przypadku ujemnym było możliwe powtórzenie badania. Bakterye mogą się znajdować we krwi w ciągu całego trwania gorączki; natomiast nigdy w okresie bezgorączkowym, nawet gdy on poprzedza nawrót choroby, w którym bakterye ponownie zjawiają się we krwi. Najwcześniej udało się je znaleźć w jednym przypadku w drugim dniu choroby; bardzo często znajdowano je trzeciego, czwartego i piątego dnia; ponieważ kilkakrotnie udało się stwierdzić ich obecność w pierwszych 24 godzinach nawrotów choroby, gdzie poprzednio ich nie było w stanie bezgorączkowym, można przypuszczać, że w odpowiednim przypadku możnaby je znaleźć już w pierwszym dniu choroby. Natomiast pod koniec choroby, w dniach poprzedzających ostateczny spadek gorączki, w niektórych przypadkach bakteryi niema już we krwi i te właśnie przypadki stanowią przeważną część wspomnianych 17% wyników ujemnych. Nader ciekawym jest fakt, że kilkakrotnie udało się stwierdzić nieliczne bakterye we krwi u ozdrowieńców, którzy bez wiadomej przyczyny przez jeden dzień okazywali nawrót gorączki, niczem innem nie dający się wytłómaczyć. Zgodnie z doświadczeniem klinicystów, którzy durowi u dzieci przypisują łagodniejszy charakter, badanie krwi u nich w mniejszej liczbie przypadków daje wynik dodatni, a i liczba bakteryi we krwi jest mniejsza, niż u dorosłych. Co się tyczy ilości bakteryi, zawartych we krwi, to w tablicach Schottmüllera waha ona w granicach 5—2000 bakteryi w 100 ctm.³ krwi; jakkolwiek oczywiście wahania te w wysokim stopniu są zależne od indywidualności przypadku, to jednak ogółem mała ilość bakteryi u szczytu choroby pozwala spodziewać się pomyślnego przebiegu; znaczne ilości towarzyszą zwykle ciężkiemu obrazowi chorobowemu. Porównywując kilka wyników badań, dokonanych u tego samego chorego, ze zmniejszenia się ilości bakteryi można przypuszczać taką samą skłonność gorączki; stałe zwiększanie się często towarzyszy śmiertelnie kończącym się przypadkom. Zbierając wszystkie te dane, dotyczące bakteryologicznego badania krwi w durze, dochodzimy do wniosku, że metoda ta może oddać niepospolite usługi rozpoznawcze i to właśnie w okresie, gdzie inne często jeszcze wyjaśnienia dać nie mogą, będąc przytem ścisłą, choć niezbyt trudną w wykonaniu.

Badania wyżej przedstawione mają jednak obok praktycznej doniosłości niemałe znaczenie teoretyczne dla patologii sprawy durowej. Znane były już dawniej liczne przypadki, po części bardzo ściśle zbadane bakteryologicznie, w których zmiany w przewodzie pokarmowym są bardzo nieznaczne, ograniczając się do zajęcia jednego, lub kilku mieszków, lub jednej kępki Peyera, lub też zmian tych wcale nie było mimo najdokładniejszego badania; w przypadkach takich ze krwi, śledziony i innych narządów wewnętrznych udawało się wyhodować bakterye durowe, a objawy kliniczne zupełnie odpowiadały klasycznemu obrazowi duru. Takie przypadki wielu autorów opisywało, jako posocznice durowe, wyrażając przez to zapatrywanie, że przedstawiają one zakażenie ogólne, którego wrota mogły stanowić nieznaczne zupełnie uszkodzenia w przewodzie pokarmowym, lub też gdzie drobnoustroje wtargnęły do ustroju, nie wywołując żadnych zmian w miejscu wtargnięcia. Kiedy w ostatnich czasach poznano, że bakterye

durowe są szeroko rozsiane w dotkniętym ustroju, że stale znajdują się w śledzionie i woreczku żółciowym, w różyczce, nader często w szpiku kostnym i w innych narządach wewnętrznych, niektórzy autorowie (Wright i Semple, Sanarelli) rozszerzyli zapatrywanie przed chwilą przedstawione na całą sprawę durową, twierdząc, że jest ona zawsze tylko wyrazem zakażenia ogólnego, że zaś zajęcie przewodu pokarmowego i zmiany tam powstające są tylko umiejscowieniem wtórnem sprawy ogólnej. Do tego poglądu skłaniają się Schottmüller i Widal, upatrując w swych spostrzeżeniach ważne dlań poparcie. Według Schotmüllera sprawa durowa polega na zakażeniu krwi; objawy w przewodzie pokarmowym są wtórorzędne, gdyż może ich czasem zupełnie brakować. Bakterye durowe drogą przewodu pokarmowego dostają się do naczyń chłonnych i gruczołów krezkowych, wywołując tu zmiany, lub ich nie wywołując; czasem może sprawa skończyć się miejscowo, wtedy mamy przed sobą formy lekkie, lub poronne. W innych przypadkach bakterye, przezwyciężywszy zaporę gruczołów krezkowych, dostają się do głównych pni chłonnych, a stąd do ogólnego krążenia, które je roznosi po różnych narządach, a w którem ich obecność nader wybitnie wpływa na objawy ogólne zakażenia. Swoiste zmiany w narządzie chłonnym przewodu pokarmowego są następowem umiejscowieniem sprawy, uwarunkowanem jakąś swoistą skłonnością bakteryi do osiedlania się w tem miejscu, przypuszczenie, które zresztą również jest konieczne dla wytłómaczenia umiejscowienia różyczki lub ognisk martwiczych w szpiku kostnym, czy w nerkach. Pogląd ten, jakkolwiek niezupełnie wolny od zarzutów, ma jednak wiele za sobą; najsłabszą jego stroną jest upatrywanie w zajęciu przewodu pokarmowego umiejscowienia wtórnego sprawy. Znacznie prostszym i jaśniejszym wydaje się pogląd, uważający te zmiany za objaw pierwotnego osiedlenia się bakteryi w tem miejscu; zmiany te czasem oczywiście mogą być bardzo nieznaczne, czasem bakterye mogą wtargnąć do ustroju, nie zostawiając zmian anatomicznych w miejscu wtargnięcia, jak to wiemy z etyologii zakaźnych spraw śródsierdzia; wyjątkowo wreszcie, być może, bakterye mogą wtargnąć do ustroju na innej drodze, jak n. p. drogą łożyska przy posocznicy durowej noworodków. Dalej możnaby zgodnie z Neufeldem zarzucić, że nazwę posocznicy należy zastrzedz dla zakażeń, w których bakterye nietylko znajdują się we krwi, ale i rozmnażają, bądźcobądź jednak nie jest wykluczonem, że w niektórych przypadkach duru stan ten zachodzi. W każdym razie należy uznać, że obecność bakteryi we krwi durowych, obecność stała i dająca się stwierdzić już u samego początku choroby, jest faktem bardzo ważnym dla patologii duru: tylko ona może wytłómaczyć rozsianie bakteryi po ustroju, ona po większej części prawdopodobnie warunkuje objawy ogólne zatrucia i przebieg choroby. Wiemy, że jady bakteryj durowych ściśle są związane z komórką bakteryjną, a uwalniają się z niej, gdy ta komórka ulega działaniu zabójczemu soków ustroju; nigdzie niema po temu lepszej sposobności, jak właśnie we krwi. Z drugiej strony, jak na to wskazują liczne fakta, a i moje badania, które w najbliższym czasie ogłoszę, przebieg zakażenia zależy przedewszystkiem od wzajemnych przystosowań ustroju zakażonego i drobnoustrojów zakażających. Krew jest z natury jednem z najważniejszych miejsc tej walki, a obecność w niej bakteryi, względnie ich liczba, każdorazowym wykładnikiem stanu tej walki; od niej zależeć będzie trwanie choroby, jej przebieg, przerzuty, powikłania następowe i nawroty. Czy dane zakażenie zaliczymy do rzędu posoczniczych, zależeć będzie od przypadku; zaznaczyć należy jednak, że rozróżnianie to ma wogóle względną tylko wartość. Badania lat ostatnich wykazały, że tylko w połowie t. zw. zakażeń posoczniczych klinicznie bakterye ropne znajdują się we krwi (Lenhartz), z drugiej zaś strony, że i w zakażeniach pozornie umiejscowionych, jak w zapaleniu płuc dławcowem, bakterye w znacznej ilości przypadków znajdują się we krwi, dając czasem powód do przerzutów sprawy pneumokokowej, nawet wtedy, gdy sprawa płucna jest bardzo nieznaczna. Trudno wobec tego bezwzględnie oddzielić zakażenia miejscowe od ogólnych, gdy oba są często tylko różnymi okresami tejsamej sprawy, a okazują cały szereg przejść. Wobec tego najracyonalniej będzie uważać sprawę durową za zakażenie swoiste, jużto miejscowe, jużto się uogólniające, w którem bakterye stale prawie dostają się do krwi, a stąd do innych narządów, wyjątkowo zaś znajdują warunki do rozmnażania się we krwi, tj. do wytworzenia klasycznej posocznicy.

Mniejsze znaczenie rozpoznawcze, za to ogromne znaczenie epidemiologiczne, posiada hodowanie bakteryj durowych z moczu w przypadkach swoistego bakteryomoczu. Już dawniej Krause, Seitz, Konjajew, Neumann znajdowali w moczu chorych durowych swoiste bakterye, jednak dopiero prace Petruschkyego, Richardsona, Hortona Smitha, Neufelda i innych nadały sprawie tej znaczenie, jakie obecnie posiada. Z prac tych wynika, że w około $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{3}$ wszystkich przypadków duru występuje swoisty bakteryomocz, najwcześniej pod koniec drugiego tygodnia, przeważnie później, a najczęściej u ozdrowieńców i to czasem nawet w miesiąc po spadku gorączki. Przeważnie wtedy bakterye występują w znacznej liczbie, mącąc widocznie mocz; rzadko tylko znajdują się w moczu bakterye nieliczne, nie zmieniające wejrzenia moczu. Wystąpienie to odbywa się przeważnie nagle tak, że z jednego dnia na drugi mocz, dotąd jasny, okazuje silne zmącenie. Czasem bakteryomoczowi towarzyszy nieznaczne wydzielanie białka lub krwi, często jednak brak zupełnie zmian patologicznych w moczu. Mocz, zawierający bakterye, najczęściej nie drażni zupełnie pęcherza, a tylko czasem powoduje przy pierwszem wystąpieniu lekkie pieczenie w cewce moczowej. Rzadkie są przypadki poważniejszych nieżytów pęcherza, wywołanych przez bakterye; najczęściej cała sprawa, przechodząc bez objawów, uchodzi uwagi pacyenta. Bakteryomocz taki nieleczony może trwać tygodniami i miesiącami; znane są nawet przypadki, w których po 3 i 5 latach można było jeszcze stwierdzić obecność bakteryi w moczu. Z drugiej jednak strony opisano przypadki, w których wśród długiej obserwacyi bakterye tylko jednego dnia zjawiły się w moczu, aby nazajutrz zeń już zniknąć. Źródłem bakteryomoczu są najprawdopodobniej małe ogniska martwicze, wykazane tuż pod torebką nerkową przez Konjajewa, a zawierające swoiste bakterye; są to ogniska przerzutowe, podobnie jak różyczka durowa, lub ogniska w szpiku kostnym. Ogniska te od czasu do czasu uzyskują komunikacyę do dróg moczowych i wtedy zalewają mocz bakteryami. Znaczenie epidemiologiczne bakteryomoczu durowego jest

bardzo doniosłe; łatwo zrozumieć, jak nieostrożne obchodzenie się z moczem, zawierającym np. 172 milionów bakteryj durowych w centymetrze sześc., może się przyczynić do szerzenia choroby. Niebezpieczeństwo jest tem większe, że na ogół mocz dotąd jest uważany za niezakaźny, a jako płyn ma więcej możności roznoszenia zarazka przez rozpryskiwanie się, aniżeli np. stały lub wpółstały stolec. To też należy mocz chorych durowych traktować zupełnie na równi ze stolcem i baczną zwracać uwagę na dokładne i skuteczne odkażanie go. Zadanie o tyle jest ułatwione, że posiadamy w urotropinie swoisty, a niezawodny środek zwalczania bakteryomoczu durowego, to też zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie niema możności codziennej bakteryologicznej kontroli moczu, należałoby zapobiegawczo w czasie ozdrowienia przez dłuższy czas stosować ten środek.

Wreszcie kilku słowy chciałbym wspomnieć o spostrzeżeniu, ogłoszonem ostatnimi czasy, również ważnem ze strony epidemiologicznej; Gallois, Courcoux i Décobert, badając wydzielinę z zapalenia gardła, towarzyszącego stale początkowym okresom duru, w połowie przypadków mogli zapomocą metody Chantemessa wykazać w niej bakterye durowe. Z drugiej strony wiemy z całego szeregu prac, że w przebiegu duru bakterye durowe, już to same przez się, już to łącznie z pneumokokami, mogą wywołać typowe zapalenie płuc dławcowe, lub zrazikowe i występować w znacznej liczbie w plwocinie dotkniętych chorych. O ile spostrzeżenia te nadal się sprawdzą, mamy tu przed sobą nową drogę szerzenia się sprawy durowej, a być może, że pewne przypadki z przeważnem zajęciem dróg oddechowych w ten właśnie sposób mogą powstawać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Rehfisch (Berlin). **Rokowanie przy tętnie niemiarowem.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 20 i 21, 1903). Udowodnionym przez fizyologów jest pewnikiem, że mięsień sercowy zdolnym jest tętnić zupełnie niezawiśle od układu nerwowego i że tę swoją właściwość zawdzięcza trzem różnorodnym czynnikom: posiada bowiem samoistną pobudliwość, czyli że bodźce powstają śródsierdziowo; powtóre — ma własność udzielania tych bodźców z jednej komórki mięśniowej na drugą, a wreszcie ma zdolność kurczenia się. Jeśli więc jeden z tych czynników jest upośledzony, musi też i czynność serca być zmienioną, ujawniając się w jakiejkolwiek bądź postaci tętna niemiarowego. W prawidłowych warunkach bodźce same przez się powstają w równych odstępach czasu i bywają też rytmicznie udzielane dalszym częściom mięśnia sercowego; — w przypadkach jednak, w których serce ma dokonać większej pracy, bądź to skutkiem zwiększonych oporów, bądź też skutkiem osłabienia nie czyni zadość zwykłym wymaganiom, lub wreszcie, jeśli z przyczyn czysto nerwowych między dwoma skurczami powstają nowe bodźce drugorzędne (*Extrareize*), wówczas pociągają one za sobą i drugorzędne skurcze serca (*Extrasystole* Engelmanna), które pojawiają się przed właściwym skurczem głównym. To jest właśnie najczęstsza postać niemiarowości, znana pod nazwą tętna przepuszczającego (*pulsus intermittens*), identycznego w zupełności z tętnem dwubitnem Traubego (*pulsus bigeminus*). Przedmiotowo można w takich przypadkach stwierdzić jeden lub dwa szybko po sobie następujące tony po dwóch tonach głównych i dłuższą pauzę, po której znów się powtarza to samo. Ręka, położona na okolicę serca, wyczuwa — wprawdzie nie zawsze — drugie uderzenie koniuszkowe, a w tętnicy sprychowej pojawia się dwubitność, której zresztą czasami stwierdzić nie można, a jedynie dłuższa pauza pomiędzy pojedynczemi uderzeniami tętna wskazuje na jakąś nieprawidłowość.

Przy rokowaniu w takich przypadkach trzeba pamiętać, że wymienione poprzednio skurcze drugorzędne (*Extrasystole*) pojawiają się wówczas, jeśli zachodzi niestosunek między siłą mięśnia sercowego, a mającą się wykonać pracą: a więc w przypadkach ogólnej miażdżycy tętnic, dalej u sercowo chorych, wreszcie u osób nerwowych, — nadto w przebiegu chorób gorączkowych i w ostrych zatruciach. Rokowanie więc w zasadzie nie jest niekorzystne, ale w każdym razie zawisło, i to w wielkiej mierze, od choroby pierwotnej.

Jeśli znów drugi czynnik — własność przeniesienia bodźców — jest upośledzony, wówczas uwydatnia się zmiana klinicznie brakiem jednego skurczu komory sercowej, występującym od czasu do czasu, a zatem i brakiem odpowiedniego uderzenia tętna, mającego zresztą tak charakterystyczne znamię, że tę niemiarowość łatwo odróżnić od innej: przerwa między dwoma uderzeniami tętna, wśród których jednego brak, jest zawsze mniejsza, aniżeli dwa okresy zwykłego bicia tętna. W cięższych przypadkach braki tak się mnożą, że następują po sobie po każdem drugiem lub trzeciem uderzeniu tętna, albo też wreszcie tak opanowują cały obraz chorobowy, że tylko od czasu do czasu pojawia się jedno wybitne uderzenie tętna, jak np. w chorobie Adam-Stocka, w której tętno dochodzi do 20 uderzeń na minutę. Tę więc postać niemiarowości tętna (*pulsus deficiens*) należy uważać za daleko niebezpieczniejszą pod względem rokowania — nie wyklucza to jednak zupełnego powrotu tętna do stanu prawidłowego.

Co się zaś tyczy upośledzenia trzeciego czynnika — samego skurczu — to on przedstawia się klinicznie albo w postaci tętna myszkowatego (*pulsus myurus*), albo też tętna przemiennego (*pulsus alternans*). Pierwszy rodzaj tętna odznacza się tem, że bezpośrednio następujące po sobie pojedyncze skurcze mięśnia sercowego stają się coraz mniejsze i słabsze, aż dochodzą do pewnego *minimum*; poczem znów tętno przychodzi do siebie i sprawa zaczyna się na nowo. Pod postacią zaś tętna przemiennego należy rozumieć to tętno, którego graficzna krzywa okazuje wyższe i niższe fale, naprzemian po sobie następujące; temu odpowiadają głośniejsze i słabsze tony nad koniuszkiem serca. Rokowanie w takich razach jest po większej części niekorzystne; przeważna liczba tych przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie, zakończyła się śmiercią; bo też ta postać niemiarowości pojawia się właściwie w ciężkich przypadkach zapalenia śródsierdzia i mięśnia sercowego.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze-Kraków).

Kayser. **Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelita w następstwie zostawionego zwitka gazy w jamie brzusznej, wyleczony potrójnem wycięciem jelita i uwagi nad techniką wycięcia jelita.** (*Arch. f. Gyn.* Tom 68, Zeszyt 2, 1903). Po operacyi przepukliny brzusznej u kobiety i zupełnie prawidłowym przebiegu pooperacyjnym wystąpiły w kilka tygodni potem bóle ciągnące w okolicy pępka, głównie po jedzeniu. Badanie brzucha wykazało opór. Ponieważ opór ten nie ustępował, a osłabienie się wzmagało, przystąpiono do powtórnego otwarcia jamy brzusznej. Stwierdzono, że guz wytworzyły zrośnięte ze sobą w zwój jelita, pomiędzy którėmi znajdowała się jama, wypełniona płynnym kałem, a na jej dnie zwitek gazy. Jama ta łączyła się zapomocą dwóch dużych otworów z jelitem cienkiem, a czterech mniejszych z jelitem grubem. Wycięto 20 ctm. jelita cienkiego i końce połączono guzikiem Murphyego; z jelita grubego zaś wycięto kliny szerokie z pozostawieniem krezki, a końce połączono szwem jelitowym. Nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Nawiązując do tego przypadku omawia autor kazuistykę tego przedmiotu. Neugebauer opisał 100 przypadków, pozostawionych rozmaitych przedmiotów w jamie brzusznej. Nussbaum ogłosił przypadek, w którym wąż gumowy, zostawiony przypadkowo podczas operacyi w jamie brzusznej u kobiety, wypadł podczas tańca z pochwy. Autor zebrał z piśmiennictwa 21 przypadków, w których zostawiono w jamie brzusznej zwitki gazy i kilka, w których zostawiono gąbeczki. Czas, przez który zwitki gazy pozostawały w brzuchu aż do chwili wystąpienia objawów, był różny, od kilku dni do $2^1/_2$ lat, a nawet w jednym przypadku 7 lat. Pierwsze objawy: dreszcze, nudności, wymioty, zaparcie stolca, ogólne osłabienie, występują zwykle przed upłynięciem czterech tygodni po operacyi. Niekiedy objawy występują gwałtowniej i przypominają objawy niedrożności jelit, lub zapalenia otrzewnej. W ogólności objawy zależą od miejsca, jakie zwitek gazy zajmuje i czy przyjdzie do wytworzenia się ropnia, dalej od stopnia jałowości gazy. Do zrostów z otrzewną przychodzi rzadziej z powodu ciągłych ruchów robaczkowych jelit. Przypadki powyższe, jak i doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zwitek gazy może dość długo pozostać bezkarnie w jamie brzusznej i że objawy prawie nigdy nie występują nagle i gwałtownie, ale powoli. Gąbki zostawione w jamie brzusznej, jeżeli nie zostaną szybko usunięte, wywołują w krótkim czasie zejście śmiertelne w następstwie posocznicy. W końcu omawia autor sposoby połączenia końców jelita po wycięciu ich części, a szczegółowo opisuje technikę i zalety metody przez siebie użytej w opisanym przypadku. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Doc. Dr. A. Székely. **Przyczynekdo nauki o zakażeniu płoniczem.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57—7 B. H. 6, 1903). Autor opisuje przypadek płonicy, wyróżniający się tem, że między zasłabnięciem starszego 5-letniego chłopca, a młodszego 3-letniego, upłynęło dwa miesiące i mimo przeprowadzenia ścisłej desinfekcyi mieszkania i odosobnienia dziecka, w 10 dni po powrocie chłopca młodszego do mieszkania odkażonego nastąpiło zakażenie i to przez przeniesienie maścią cynkową, której matka używała u dziecka chorego, a następnie jej nie usunęła z mieszkania. Że ta, a nie inna okoliczność była powodem zakażenia dziecka młodszego, świadczy fakt, iż w dwa dni po nasmarowaniu nóżki tego dziecka z powodu wyprysku maścią cynkową, przechowaną z okresu płonicy dziecka starszego, wystąpiła typowa płonica, rozpoczynająca się wysypką na nodze nasmarowanej maścią. Przebieg obu tych przypadków płonicy co do zajęcia gardła i co do spóźnionego okresu łuszczenia był jednakowy. Przypadek ten naprowadza autora na myśl szczepienia ochronnego przeciwpłoniczego; zaleca on przechowywanie łusek płonicy przez 1—2 tygodni w maści cynkowej i szczepienia jej w czasie epidemii; w ten sposób z czasem można przyjść do pewnych danych, na podstawie których z czasem będzie można stworzyć teoryę ochronnego szczepienia płonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. M. Cohn. **Wewnętrzne schorzenia i nagłe przypadki śmierci w stosunku do leczenia wyprysku osesków.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 6 H., 1903). Że wyprysk przewlekły osesków należy leczyć, jest to rzecz pewna i przesądzona mimo hipotez Henocha, a przeciw temu zapatrywaniu nie przemawiają przypadki nagłej śmierci osesków, obserwowane przez Blocha, Castenholza i innych w przebiegu wyprysku sączącego. Autor opisuje przypadek dziecka $1\frac{1}{4}$-rocznego, u którego w trzy dni po rozpoczęciu leczenia przewlekłego wyprysku głowy wystąpiły objawy zapalenia nerek. Czy powstanie wyprysku osesków w myśl szkoły wiedeńskiej zależnem będzie od bodźców i szkodliwości zewnętrznych, czy też w myśl szkoły francuskiej zawisłem jest od przyczyn wewnętrznych, to zawsze w chorobie tej muszą brać udział drobnoustroje ropotwórcze, które w siedzibie choroby wytwarzają pewne wytwory przemiany materyi, mogące być wessane przez naczynia i gruczoły chłonne, a następowo dostać się do krwi. Przy szybkiem wyleczeniu wyprysku również szybko zmniejszają się gruczoły chłonne, a przez to toksyny gronkowcowe mogą naraz w większej ilości być wessane i wydzielając się z moczem, zadrażnić nerki.

Dr. Bolesław Komorowski.

W. Cronheim i Müller. **Badanie wpływu wyjaławiania mleka na przemianę materyi oseska, przy szczególnem uwzględnieniu tworzenia się kości.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 57, 7 B., 1. H., 1903). Autorowie dokładnie oświadczają, że nie twierdzą, jakoby wyjaławianie mleka zaznaczać się miało li tylko niekorzystnym wpływem przemiany połączeń wapna. Biologiczne własności mleka odgrywają tu bardzo ważną rolę, a nawet możebnem jest, że w mleku zawarte enzymy i inne działające ciała swoiste, które niszczeją przez wyjaławianie, mają dla osesków znaczenie dotychczas niedostatecznie ocenione, gdyż wpływ enzymów może uwidaczniać się w sposób, usuwający się od dotychczasowych metod badania. Tłuszcz i białko mleka wyjałowionego lepiej się przyswajają i trawią, niż mleka surowiczego; co się zaś tyczy połączeń wapniowych, to przy użyciu mleka surowego prawie dwukrotnie tak wielka ilość wapna osadza się w ustroju, co tylko potwierdza praktyczne doświadczenie, że przy żywieniu osesków mleko wyjałowione podawanem być nie powinno przez dłuższy czas.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Hamm (Brunswik). **Rzadki guz przegrody nosowej.** (*München. med. Wochenschrift*, Nr. 8, 1903). H. opisuje rzadki przypadek naczyniaka chłonnego, umiejscowionego na przednim końcu dolnej muszli nosowej lewej. Po usunięciu guza zapomocą pętli nastąpił w krótkim czasie nawrót nowotworu. Po powtórnem usunięcu przyżegał autor ranę z powodu silnego krwawienia 50% rozczynem chlorku cynku. Krwawienie ustało, a guz więcej nie powrócił. Chory ten dawniej cierpiał na ból głowy i przewlekłe zaparcie stolca; z tego autor wnioskuje, że prawdopodobną, lecz nie jedyną przyczyną powstania nowotworu był wzmożony nawał krwi i limfy do głowy. Szczęśliwy wynik leczenia przypisuje autor zastosowaniu chlorku cynku; przetwór ten, zdaniem jego, winien mieć pierwszeństwo przed innymi środkami żrącymi, jak kwas chromowy, galwanokauter i in.; został on niesłusznie w ostatnich czasach zaniedbany i zasługuje na stosowanie nie tylko przy złośliwych, do operacyi nie nadających się nowotworach, lecz także tam, gdzie zachodzi obawa nawrotu. *Spira.*

Doc. Dr. F. Alt (Wiedeń). **O schorzeniu nerwu słuchowego po nadużyciach wyskoku i nikotyny.** (*Monatschrift f. Ohrenh.*, kwiecień 1903). Zakłócenia czynności narządu słuchowego po użyciu chininy i salicylu znane są każdemu lekarzowi. Za mało zaś uwzględnia się takie czynniki przyczynowe, jak zatrucie tytoniem i wyskokiem. Można już wcześnie rozpoznać zapalenie nerwu słuchowego, jeżeli u nałogowego palacza lub pijaka występują przytępienie słuchu i podmiotowe wrażenia słuchowe, przy prawidłowym wyniku badania otoskopijnego i zapomocą stroików. Analogicznie do najcięższych przypadków niedowidzenia (amblyopia) tytoniowego lub wyskokowego należy przypuścić, że także w zakresie nerwu słuchowego mogą nastąpić trwałe i nieuleczalne zaburzenia wskutek przewlekłego zatrucia temi substancyami. Pod względem leczniczym polecić należy bezwzględną wstrzemięźliwość, gdyż tylko ta może prowadzić do wyleczenia, którego nie należy się spodziewać przed 4—6 tygodniami. Ograniczenie używania tytoniu i wyskoku nie wystarcza, gdyż już b. małe ilości trucizny utrzymują stan chorobowy nerwów. Kilka przytoczonych przypadków ilustruje wyżej przytoczone uwagi. *Spira.*

Kehr. **Leczenie chirurgiczne ostrej i przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej kamykiem i guzem.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 22). W ostrej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, wywołanej przez kamyk, leczenie wyczekujące jest jedynie prawidłowem i polega na zaleceniu spokoju, gorących okładów, podawaniu eunatrolu, salicylanu sodowego itp. Jeśli zaś napady niedrożności powtarzają się zbyt często, zaleca K. ciepłe okłady (termofor), stosowane dwa razy dziennie przez godzinę, picie na czczo łykami w przeciągu godziny $\frac{1}{2}$—1 litra wody karlsbadzkiej tak gorącej, o ile chory tylko znieść potrafi, przytem spokój, dyeta, lewatywy z oliwy, ewentualnie przepłókiwania żołądka. Skoro to nie pomaga, a dolegliwości są znaczne, należy operować. Przewlekła niedrożność powstaje bowiem prawie wyłącznie z powodu kamyków dużych, nie mogących przejść przez wzgórek Vatera i tu niebezpieczeństwo leczenia wyczekującego jest o wiele większe, niż operacyi, która zapewnia tem lepsze wyniki, im wcześniej jest przedsięwziętą; dlatego K. nie radzi czekać dłużej nad trzy miesiące od początku przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego. Najlepiej jest operować w okresie wolnym od kolki i gorączki, lecz zniewolony nieraz do operacyi w czasie nasilenia, osiągnął K. również dobre wyniki. Za najlepszą metodę operacyjną uważa on sączkowanie przewodu wątrobowego, które pod każdym względem jest zabiegiem bezpieczniejszym, pożyteczniejszym i łatwiejszym do wykonania, aniżeli wszelkie inne operacye. K. robi zawsze wielkie cięcie brzuszne i obfitą tamponadę. Ponieważ chorzy z żółtaczką przewlekłą są bardzo skłonni do krwotoków żółciowych (*cholaemisch*), podaje on im przez kilka dni przed operacyą według Mayo-Robsona chlorek wapniowy (*Chlorcalcium*) w lewatywach i przyzwyczaja każdego chorego do zgłębnika żołądkowego, by łatwo zapobiedz bardzo niebezpiecznej ostrej rozstrzeni żołądka. Leczenie pooperacyjne jest prawie ważniejsze, niż sama operacya i pod żadnym warunkiem nie może być oddane w ręce asystentów. Co 2—3 godzin należy zaglądnąć do chorego, by się przekonać, czy nie zachodzi potrzeba wyplókania żołądka, lub podskórnego wlewania rozczynu soli, zmiany opatrunku, która często jest większą sztuką i dłużej trwa, niż sama operacya. Przy niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej guzem, doradza K. wykonanie operacyi, gdyż prawie niemożliwem jest rozróżnić raka głowy trzustki i przewodu żółciowego od przewlekłego zapalenia śród miąższowego trzustki, a jeśli w pierwszym razie operacya niewiele pomaga, to skutek jej w zapaleniu trzustki jest nadzwyczaj dobry. *Dr. Fels.*

Dr Pospischill (Wiedeń). **Surowica przeciwpłonicza Mosera.** (*Neue Therapie*, *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15, 1903). Autor opiera doświadczenia swoje na 26 przypadkach. Wszystkie, z wyjątkiem jednego, były ciężkie, z tych czworo dzieci było w stanie konania. U piętnastu tylko nastąpiło wyleczenie; zwykle następowała poprawa we wszystkich kierunkach, ciepłota obniżała się, tętno stawało się silniejsze, ustępowała sinica, pojawiało się łaknienie, a co najważniejsze, nie było żadnych powikłań następowych. Do każdego wstrzyknięcia użyto 200 ctm. sz. surowicy.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Dr. Credé. **Leczenie schorzeń posoczniczych śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2). W stanach posoczniczych słabego natężenia, jak niemniej w rozpoczynających się sprawach ostrych zakaźnych, zogniskowanych (zapalenie gruczołu sutkowego, zakaźne zapalenie gardła itd.), próbować można wcierań maści Credégo; skoro jednak ogólny stan się pogarsza, nie należy zwlekać z wstrzykiwaniami śródżylnemi. Credé zaleca obecnie rozczyn 2%, z którego wstrzykuje 2—10 sz. cnt., przeciętnie 4—6, t. j. 0·08—0·12 kolargolu. W ten sposób stosowany kolargol działa bezpośrednio zabójczo na bakterye, krążące we krwi. W paru przypadkach spostrzegał autor korzystny wpływ tego sposobu leczenia na gruźlicę płuc. *Herman.*

Prof. Ern. Jendrassik. **Przyczynek do nauki o dziedziczności i chorobach odziedziczonych.** (*Pest. med. chir. Presse* 1902, Nr. 29). Na podstawie 25-ciu historyi chorób, zebranych w 14-tu rodzinach, dochodzi J. do następujących wniosków: 1. Błędem jest uważać bezwzględnie za odziedziczone i rodzinne te tylko przypadki chorobowe, w których tażsama postać chorobowa przydarza się u kilku członków rodziny, albowiem spotykamy także przypadki chorobowe, występujące sporadycznie, oraz w rodzinie dziedzicznie obciążonej mogą przydarzać się wyjątki. 2. Dziedziczenie, jako przyczyna chorobowa, jest swoistem: powoduje ono postacie chorobowe, nie mogące powstawać z innych przyczyn. 3. Dziedziczne postacie chorobowe nie przedstawiają się w obrazach chorobowych typowych, ostro odgraniczonych, lecz różnorodność objawów występuje w nieskończonym szeregu. 4. Choroby dziedziczne nagabywać mogą każdą tkankę ustroju. 5. Objawy chorobowe o niezwykłem uporządkowaniu, wśród przewlekłego, długi czas postępującego przebiegu, odpowiadają z największem prawdopodobieństwem odziedziczonemu zwyrodnieniu. 6. Bliskie pokrewieństwo rodziców wzmaga w wysokim stopniu możliwość zwyrodnienia odziedziczonego.

Dr. Baschkopf.

V. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Sniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Równocześnie z tymi zabiegami w kierunku finansowym odbywały się dyskusye i pertraktacye co do charakteru, jaki szkoła wołyńska ma przybrać. Czacki chciał jej nadać jak najobszerniejszy zakres w kierunku wychowania praktycznego. Jakkolwiek sam nie uczęszczał do szkół publicznych, wiedział przecież dobrze, że wyższe zakłady naukowe i uniwersytety, nie powstają odrazu za jednym zamachem, lecz wymagają dłuższego, często wieki trwającego, przygotowania. Ich potrzebę odczuwa bowiem jedynie ludność wyżej wykształcona i taka jedynie jest w stanie wydać ludzi potrzebnych do obsadzenia katedr. Rozważny, jak we wszystkiem, nie chciał Czacki i tym razem stanąć w przeciwieństwie do szkoły głównej wileńskiej, którąby mogła, jakkolwiek nie musiała, widzieć w przyszłej szkole swą konkurentkę. Takiego zaś podejrzenia chciał Czacki wraz z Kołłątajem uniknąć na wszelki sposób. Zresztą, kto wie, jakby się na tę sprawę zapatrywał książe Czartoryski, w którego zakres działania wchodziły i szkoły wołyńskie, a który, jak to już z natury rzeczy wynikało, obowiązany był do przestrzegania interesów uniwersytetu, poruczonego jego opiece. W zrozumieniu więc interesu przyszłego zakładu naukowego i Wołynian chciał Czacki stworzyć szkołę wyższą, aniżeli gimnazya dzisiejsze, a nie dochodzącą do skali uniwersytetu, a więc zakład, zajmujący miejsce pośrednie pomiędzy temi dwoma ogniskami nauki i oświaty, czyli uniwersytet na małą skalę. „Nie na to poświęcam moy żywot" pisze do Jana Sniadeckiego, „nie na to Instrukcia publiczna mnię całego zaymuie, abym kilkunastu wydał uczonych: ale aby powszechnie Kray nasz w wyższym był stopniu oświecenia, aby płeć męska i żeńska iednem, iż tak rzekę, duchem oświecenia ożywioną była, aby wpływ dobroczynny nauk pomógł rolnikowi, rzemieślnikowi i ministrowi:... Radziwiłł, Platery, Ollizary, nasze dzieci i synowcowie inney nie potrzebuią szkoły. Jedne pokolenie zda drugiemu potrzebę doskonalenia się w Narodowey szkole. Znikną pomału naszych dzieci cudzoziemscy Guwernerowie. Wróci się duch narodowy. Przysięgam Ci na cienie Oyczyzny, że zrobię za 6 lat, co inni nie dokażą za lat 50[5])". Takim duchem przejęty, przystąpił wizytator szkół wołyńskich do wypracowania instrukcyi dla gimnazyum krzemienieckiego; to bowiem miano miała nosić nowa szkoła. Na podstawie planu Czackiego program jego przedstawiał się w najogólniejszych zarysach w następujący sposób: Gimnazyum rozpada się na cztery „klasy języków", t. j. polskiego, łacińskiego, rosyjskiego, francuskiego i niemieckiego i na trzy dwuletnie „kursa nauk". Do planu tych ostatnich nauk należą: matematyka elementarna i logika, historya i geografia, fizyka i prawo, historya naturalna, chemia i literatura. Prócz tych obowiązkowych przedmiotów miały być wykładane i nauki nieobowiązujące wszystkich, a mianowicie: nauki matematyczne, fizyczne, gramatyka powszechna i bibliografia. Obok gimnazyum miały powstać także zakłady dla nauki ogrodownictwa i rolnictwa, felczerstwa, akuszeryi i weterynaryi, szkoła aptekarzy, instytut dla nauczycieli elementarnych i szkoła dla guwernantek.

Jak we wszystkich ważniejszych sprawach, odnoszących się do oświaty publicznej, tak się też i z tym swoim planem udał Czacki przedewszystkiem do Hugona Kołłątaja, a równocześnie do uniwersytetu wileńskiego i jego kuratora, oraz do Jędrzeja Sniadeckiego. Wiedząc jednakowoż dobrze, że zamiar jego przekracza przepisy z 18 maja r. 1803, normujące stosunki uniwersytetu wileńskiego i jego zakres działania, zwrócił się do rządu z pismem „O Gimnazium w Wołyńskiey Gubernii i innych dla oboiey płci ustanowieniach, uczynione przedstawienie przez Tadeusza Czackiego tey i innych Gubernii Wizytatora Roku 1803", w którem wyczerpująco uzasadnił swoje co do gimnazyum zamiary. Kołłątaj nie odmówił swojego udziału przy opracowaniu projektu, a wytknąwszy mu niektóre usterki, w sprawach zasadniczych był jednego zdania z Czackim. Inaczej na tę rzecz zapatrywał się kurator i uniwersytet wileński. Im wydawał się plan nauk przyszłego gimnazyum krzemienieckiego nieodpowiednim, gdyż był zanadto obszernym; szczególniej zaś nie odpowiadało im patentowanie cyrulików i akuszerek jedynie na gubernię wołyńską, z czego sobie żadnej korzyści nie obiecywali. Księciu Czartoryskiemu nie odpowiadał ten plan głównie z tego powodu, że nosił na sobie ślady wypracowania gorączkowego, poczętego pod wpływem chwili i że dopatrywał w projekcie przedłożonym ukrytą chęć założenia z czasem uniwersytetu w Krzemieńcu. Zapatrywanie i podejrzenie swoje w tym kierunku wypowiada w ten sposób w liście, wystosowanym z Sieniawy do Jana Śniadeckiego[6]). „Nayszczerszy hołd składałem i składam szanowney gorliwości Stty Nowog: on prawdziwie rzec może *Zelus domus tua comedit me,* lecz względem urządzeń i układu Gymnasium Krzemienieckiego, prawdziwie lękam się *ne zelus comedat et domum.* Znajduję (lichym zdaniem moim) że tu Elementa Ideow pomięszały się w obrażeniu i wystawianiu sobie natury tey instytucyi szkolney którą przyjęto jest nazwać Gymnasium. W Krzemienieckim *video multa mallem multum.* Zdaje mi się przewidywać, że jak nigdy *e cerebro Jovis* w zupełnym rynsztunku zbroyna wyskoczyła Minerva, tak zmierza Gymnasium Krze: do wyskoczenia *e cerebro* Czackiano w zupełnym rynsztunku Uniwersytetu, nie potrzebując już do wzięcia na się tego tytułu jak tylko owych tworczych po Ukazu etc: a *tandem* jeżeli między Instrukcyinemi Instytuciami stopniowania nie będzie, jeżeli między szkołami przygotującemi (*les ècoles prèparatoires)* żadney nie będzie różnicy, jeżeli w szkołach niższych, gdzie Elementa językow uczonych Grammatikę i Syntaxin etc. dawać należy, toż samo uczyć będą co w Gimnaziach to jest klassiczne kursa odbywać, a w Gymnaziach tegoż samego uczyć zechcą, co w Akademiach ktore są Szkołą wydoskonalenia tamte zaś usposobienia do wstąpienia do nich, wtedy chaos się zrobi i w głowach i w hierarchii".

Prócz tego powodu, który mu się jako kuratorowi uniwersytetu wileńskiego nasuwał, istniał dla niego jeszcze i drugi. Jako przedstawiciel rządu wobec Wołynian i pośrednik pomiędzy tymi a pierwszym, nie mógł się w sprawie języka

[5]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel. list z 8 maja r. 1806.

[6]) Kod. nr. 3104. Bibl. Jagiel. list z 18 go września, 1806 r.

polskiego zanadto daleko posunąć, nie chcąc popaść w niełaskę u rządu, jak znowu z drugiej strony przykro mu było rozstrzygnąć tę rzecz na niekorzyść nowej szkoły. Jednem słowem obawiał się stworzenia kwestyi językowej, której załatwieniem mógł sobie i samej szkole bardzo wielką szkodę wyrządzić. To wahanie się księcia spowodowało żal Czackiego, który wyraża się w liście do Jana Śniadeckiego [7]). „Smutną iest rzeczą dla mnie donieść, że nasz Xiąże nie iest dość mocno przekonaném o potrzebie w całem wydziale zachowania Narodowego ięzyka i że minister urzędownie Xiążęciu Jego potrzebę przedkłada. Minister niezmiernie na mnię iest łaskaw. Xiąże niedowierza swoim dobrym chęciom, i nie śmie takowego kroku zrobić, aby utrwalił swoią budowę". Więc Piotr Bazylewicz hr. Zawadowski zajął takie stanowisko, jakie raczej przystało Czartoryskiemu zająć i z tego powodu ucieka się Czacki do Jana Śniadeckiego, którego głos naówczas w Petersburgu stanowczo mógł zaważyć, by się zajął gorliwie tą sprawą. „W ręku twoich iest los pokoleń i Narodowości. Od Ciebie zależy utrzymać dzieło, które zaczęła gorliwość".

Jakiż był plan Czackiego co do gimnazyum wołyńskiego, w szczególności, co do przyszłej szkoły lekarskiej krzemienieckiej? Najważniejsze powody, które mu nasunęły tę myśl i które go skłoniły do wybrania właśnie Krzemieńca, pokrótce wymieniliśmy wyżej. Zastanówmy się teraz nad tem, jak sobie Czacki i Kołłątaj wyobrażali nową szkołę lekarską, gdyż tylko w ten sposób zrozumiemy stanowisko rządu wobec tej części projektu, a Uniwersytetu wileńskiego wobec całego zamiaru Czackiego, wreszcie stanie się nam zrozumiałym los, jaki ten projekt ostatecznie spotkał.

Uczniowie chirurgii, sztuki położniczej i *artis veterinariae* mieli się kształcić wogóle: w 1) matematyce, 2) fizyce, 3) historyi naturalnej i chemii, 4) anatomii i fizyologii, 5) chirurgii i sztuce położniczej i w 6) sztuce leczenia bydląt. W szczegółach przedstawiał się ten plan w ten sposób, że miano podawać uczniom te nauki w trzech kursach dwuletnich. Pierwsze dwulecie miały wypełnić wykłady z zakresu matematyki i anatomii wraz z fizyologią; w drugiem dwuleciu wykładać się miały fizyka i chirurgia, wraz z sztuką położniczą; a w trzeciem — historya naturalna wraz z chemią i *ars veterinaria*. Liczba godzin tygodniowo poświęconych wynosiła na każdym kursie dla każdego z wymienionych przedmiotów 10. Każdy uczeń w całym ciągu nauki powinien był praktykować w swym „respective" szpitalu. Warunkiem przyjęcia do szkoły chirurgów było ukończenie czterech klas powiatowych, lub też czterech klas parafialnych i tyluż klas gimnazyalnych, tudzież świadectwo zdrowia. Dzieło uwieńczało uzyskanie patentu „chirurga" i „koniowała", jeżeli czterej profesorowie historyi naturalnej i chemii, anatomii, chirurgii i sztuki leczenia bydląt uznają kandydata „zdatnym i doskonałym w profesyi [8])". Porównywując ten projekt z programem przedmiotów, wykładanych mocą ukazu z 18-go maja 1803 r. w Uniwersytecie wileńskim, przyjdziemy do przekonania, że można było otrzymać stopień lekarza w Wydziale wileńskim po wysłuchaniu jeszcze tylko dwóch przedmiotów, t. j. patologii wraz z higieną i terapią, jako też i farmakologii z farmacyą. Liczba profesorów w szkole lekarskiej wołyńskiej miała być o dwóch mniejszą, gdyż tak patologię, jak i farmakologię mieli wykładać dwaj tylko profesorowie. Ta różnica w programach przedmiotów, wykładanych w obydwóch zakładach naukowych, miała na celu odebranie szkole krzemienieckiej prawa wydawania dyplomów doktorskich, a pozostawienie mu jedynie prawa patentowania chirurgów i „koniowałów" z tym dodatkiem, że patent ten ważny jest jedynie i wyłącznie dla gubernii wołyńskiej. Chirurg i „koniował", chcący się wystarać o możność wykonywania swojego zawodu w całem imperyum rosyjskiem, mógł uzyskać to samo jedynie przy uniwersytecie wileńskim.

Kobiety, aplikujące się do sztuki położniczej, miały według projektu uczęszczać na dwa dwumiesięczne kursa i w ciągu sześciu miesięcy udowodnić zdolności swoje w szpitalu. Po zadośćuczynieniu tym przepisom, jako też i wymaganiom egzaminacyjnym, mogły one otrzymać patent, upoważniający je do wykonywania swego zawodu jedynie w gubernii wołyńskiej, które to prawo mógł znowu jedynie uniwersytet wileński rozszerzyć na całe państwo.

Tak patent na chirurga, jak i na „koniowała" lub położną wydawano dopiero po złożeniu odpowiedniej taksy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[7]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jag. list z Porycka 5 maja 1806.

[8]) Projekt urządzenia gimnazyum wołyńskiego i t. d. w X. Hugona Kołłątaja korespondencyi listownej, wyd. Kojsiewicza, Kraków 1844.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Na XIII. Zjazd chirurgów polskich, mający się odbyć w Krakowie dnia 13, 14 i ew. 15 lipca r. b.

Zgłosili wykłady w dalszym ciągu:

24. Klecki (Kraków): O fagocytozie.
25. Ziembicki (Lwów): O leczeniu chirurgicznem *ectopiae testis* (do ogólnej dyskusyi).
26. Kryński (Warszawa): W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki.
27. Tenże: Temat później zostanie ogłoszony.
28. Łapiński (Warszawa): Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.
29. Krasowski (Stanisławów): Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelit.
30. Kader: Obecny stan chirurgii chorób żółciowych i wątroby (referat).
31. Tenże: Przyczynek do chirurgii czaszki i mózgu.
32. Tenże: O plastyce nerwów i ścięgien w porażeniach i kontrakturach (demonstracye).
33. Tenże: Leczenie *coxitis* w klinice chirurgicznej krakowskiej.
34. Przybylski: Dalsze uwagi nad znieczulaniem lędźwiowem tropokokainą.
35. Zaremba: Leczenie spraw ropnych formaliną.
35. Tenże: O rakach pochodzenia urazowego.
36. Klęsk: Kora mózgowa w świetle badań fizyologii i chirurgii. Przyczynek do nauki o lokalizacyi i regeneracyi ośrodków mózgowych.
37. Majewski: O działaniu kolargolu w sprawach septycznych, z szczególnem uwzględnieniem zakażeń otrzewnej.
38. Tenże: Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw septycznych ustroju.
39. Schlank: Etyologia, przebieg kliniczny i leczenie ropień gazowych.
40. Filimowski: Topografia wyrostka robaczkowego.
41. Pomorski (Poznań): Operacya doszczętna przepuklin u dzieci.
42. Żuławski (Gorlice): Przedstawienie chorego i preparatu po wycięciu rękojeści i części mostka, oraz kilka słów w sprawie gruźlicy.
43. Barącz (Lwów): Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej na podstawie własnych spostrzeżeń.
44. Tenże: W sprawie leczenia tężca wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.
45. Tenże: W sprawie leczenia chirurgicznego przykurczenia palców Dupuytrena.
46. Tenże: O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma*) z demonstracyami.
47. Tenże: Chirurgiczne leczenie skrętu jelita cienkiego (*volvulus ilei*).
48. Tenże: Kilka słów w sprawie leczenia rozpadlin rzyci (*fissura ani*).

Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy galicyjskich we Lwowie.

Dnia 28 czerwca b. r. odbył się we Lwowie zapowiedziany Zjazd lekarzy galicyjskich celem uchwalenia przygotowanej przez Komisyę organizacyjną Wiecu lwowskiego i Wydział Tow. samopo-

mocy lekarzy, jednolitej organizacyi stanu lekarskiego w naszym kraju. W obradach wzięło udział 150 kolegów, przeważnie z miasta Lwowa i z prowincyi, 2 delegatów Wydziału Tow. Samopomocy: Weinsberg i Słapa, a nadto około 300 lekarzy przysłało deklaracye, w których oświadczają, że do organizacyi przystępują i uznają potrzebę założenia pisma zawodowego, poświęconego interesom coraz bardziej zagrożonego stanu lekarskiego. Z grona profesorów Wydziału lekarskiego we Lwowie przybyli: prof. Gluziński, Kadyj, Kučera, Machek, Mars, Wiczkowski i Ziembicki. Profesorowie krakowscy: Bujwid, Jordan i Wicherkiewicz usprawiedliwili pisemnie swoją nieobecność, oświadczając, że solidaryzują się z proponowaną organizacyą.

Obrady zagaił, witając uczestników Zjazdu, prof. Ziembicki, którego też obrano przewodniczącym; sekretarzowali: Dr. Mikołajski i Ziembicki (młodszy). Po oddaniu przewodnictwa w ręce Dra Galanta, obranego zastępcą przewodniczącego, referował prof. Ziembicki o potrzebie organizacyi wobec coraz gorszych warunków, w jakich się większość kolegów znajduje. Przedstawił dalej wynik prac przygotowawczych i odbytych konferencyi z Wydziałem Tow. Samopomocy, których owocem jest zawarta dn. 22 czerwca b. r. w Krakowie umowa, mająca na celu zespolenie wszystkich lekarzy w jedną solidarną organizacyę pod sztandarem istniejącego już i tak pomyślnie rozwijającego się Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Omówiwszy szczegółowo zmiany, jakie przyobiecał uczynić w statucie swym Wydział tegoż towarzystwa, a polegające przedewszystkiem na tworzeniu okręgów reprezentacyjnych, podlegających w sprawach, obchodzących ogół lekarzy, jednemu centralnemu Wydziałowi, mającemu, jak dotąd, siedzibę w Krakowie, wezwał prof. Ziembicki obecnych, aby gremialnie do Tow. Samopomocy przystąpili i rozpoczęli wydatną agitacyę między kolegami na rzecz tegoż Towarzystwa, jako jedynej od tej chwili organizacyi całego stanu.

W ożywionej dyskusyi zabierało głos kilkunastu mówców, którzy, malując dosadnie opłakane stosunki, zwłaszcza panujące wśród kolegów na prowincyi, oświadczyli się za organizacyą i za wydawaniem osobnego pisma.

Po zamknięciu dyskusyi uchwalono jednogłośnie następujące rezolucye:

1). Zjazd lekarzy, zebranych we Lwowie dn. 28 czerwca 1903 r., uznaje potrzebę ogólnej organizacyi, łączącej wszystkich lekarzy w kraju i wzywa wszystkich kolegów by do Towarzysta Samopomocy lekarzy dla Galicyi, Śląska i Bukowiny przystąpili.

2). Zjazd uznaje za odpowiednie zmiany statutu Tow. Samopomocy lek., proponowane przez komisyę organizacyjną w porozumieniu z Wydziałem Tow. Samopomocy.

3). (Wniosek prof. Kadyja). Zjazd uchwala, że uznaje za obowiązek koleżeńskiej solidarności wstąpienie wszystkich kolegów do Towarzystwa Samopomocy lekarzy i tych, którzyby od tej organizacyi się uchylali, uważa za łamiących zawodową solidarność i odmawia im praw, z koleżeństwa wypływających.*)

Następnie wybrano Komitet wykonawczy, złożony z 18 członków, który ma aż do zatwierdzenia zmienionego statutu Tow. Samopomocy prowadzić sprawy Reprezentacyi lwowskiej Towarzystwa, oraz osobny Komitet redakcyjny dla nowego pisma, którego wydawnictwo uchwalono bez dyskusyi jednomyślnie, polecając aby pierwszy numer wyszedł już 1 sierpnia b. r. Do Komitetu redakcyjnego weszli drowie: Mikołajski, Moszkowicz, Ozarkiewicz, Wątorek i Ziembicki (młodszy) z prawem kooptacyi członków w miarę uznania.

Wyrażono podziękowanie Wydziałowi Tow. Samopomocy za ofiarowane na cele wydawnictwa nowego pisma 1000 koron. i Izbie lek. krakowskiej, która na ten sam cel przyrzekła 400 koron. W końcu uchwalono absolutoryum i podziękowanie dotychczasowej Komisyi organizacyjnej lwowskiej za tak pomyślne przygotowanie całej sprawy i przeprowadzenie doniosłych rokowań wstępnych z Towarzystwem Samopomocy. *Dr. Adam Lange.*

---

* Co się tyczy tej uchwały, to czytamy w dziennikach politycznych („Słowo polskie" z 2 lipca) następującą uwagę:

Wybrany na konferencyi Komitet wykonawczy rozpatrywał na posiedzeniu w dniu 30 czerwca b. r. konsekwencye rezolucyi prof. dr. Kadyiego. Ponieważ co do treści tej rezolucyi, a mianowicie co do odmawiania praw, z koleżeństwa wypływających, tym kolegom, którzy do organizacyi się nie przyłączą, ujawnia się w kołach lekarzy znaczna opozycya, komitet wykonawczy postanowił sprawę tę oddać pod orzeczenie wszystkich lekarzy w kraju drogą powszechnego plebiscytu lekarskiego. *(Redakcya).*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9. lipca.

* *W sprawach zawodu lekarskiego otrzymujemy następujące komunikaty z prośbą o ogłoszenie:*

(—) Z dniem 1 sierpnia b. r. zacznie wychodzić we Lwowie dwutygodnik, czasopismo zawodowe, broniące interesów lekarzy, pod tytułem: **»Głos lekarzy«** organ lekarzy Galicyi, Bukowiny i Śląska, subwencyonowany przez Towarzystwo samopomocy, Izbę lekarską krakowską, Izbę lekarską lwowską i Towarzystwo lekarzy galicyjskich«. Naczelnym redaktorem wybrany został Dr. Szczepan Mikołajski, a Komitet redakcyjny składają koll.: Moszkowicz, Ozarkiewicz, Pilewski, Wątorek i Ziembicki *(junior)*. Komitet redakcyjny pozwala sobie prosić uprzejmie w odezwie, przysłanej do Wydziału Tow. samopomocy, wszystkich kolegów, tak członków Towarzystwa, jak i nie należących jeszcze do niego, aby raczyli przyjść mu z pomocą przez współpracownictwo w nowym organie i przez szybkie jednanie prenumeratorów, gdyż rozwój pomyślny organu zależy w znacznej mierze od jak najrychlejszego ustalenia bilansu. Dla kolegów, chcących współpracować w «Głosie lekarzy« dodaje komitet informacyę, że każdy numer ile możności powinien stanowić dla siebie zaokrągloną całość i że z tego względu nawet przy omawianiu obszerniejszej sprawy należy rzecz podzielić na parę artykułów o osobnych tytułach, a każdy artykuł może obejmować tylko 150 do 200 wierszy druku, gdyż pismo, mające w pierwszym rzędzie zadanie agitacyjne powinno składać się z krótkich treściwych utworów, łatwych do czytania nawet przy wielkim nawale pracy czytelnika. We wszystkich sprawach redakcyjnych zwracać się należy do redaktora naczelnego (Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ulica Śniadeckich, Nr. 6). Pierwsze numera »Głosu lekarzy« zostaną rozesłane wszystkim bez wyjątku lekarzom z prośbą o przejrzenie i zaabonowanie. Prenumerata roczna wynosi 6 koron. *Dr. L.*

(—) **W sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych.** W celu zapobieżenia zwłoce na czas nieograniczony w przyznaniu emerytury lekarzom okręgowym, prosił mię jeden z wybitnych posłów o dostarczenie mu pewnego materyału statystycznego. W tym celu upraszam lekarzy okręgowych, aby każdy z nich raczył przysłać mi pod wskazanym adresem jak najrychlej następujące wykazy:

1. Jaką pobiera pensyę i ryczałt na objazdy?

2. Ile ma przeciętnie wizyt bezpłatnych (ubogich) w ciągu roku? w tem: ile *a)* bezpłatnych przypadków pomocy położniczej? *b)* operacyj chirurgicznych?

3. W stosunku do ryczałtu po ile koron wypada jeden bezpłatny wyjazd (w celu leczenia ubogich, szczepienia, do nagłych przypadków, przy urzędowych objazdach i t. p.), a po ile koron wypada jeden myriametr?

4. Inne wykazy statystyczne w dotyczącym okręgu, świadczące o postępie asanacyi przy współudziale lekarza okręgowego (o ile dadzą się ująć w liczbach).

Ze względu na czas potrzebny do uporządkowania materyału upraszam o jak najrychlejsze przesyłanie mi odpowiedzi.

Dr. Zasacki, lekarz okręgowy w Szczurowicach koło Brodów.

(—) Za dary, ofiarowane przez WPanią Ściborowską i Dra Jana Metzgera bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, składam serdeczne podziękowanie. *Dr. A. Wrzosek,* bibliotekarz.

(—) **Do pp. lekarzy-higienistów.** Na jednem z ostatnich posiedzeń zeszłorocznych wydziału higieny wychowawczej w tutejszem Towarzystwie higienicznem przyjęto wniosek p. K. Króla w sprawie opracowania przystępnego *podręcznika higieny zawodu nauczycielskiego.* Motywy wniosku podał w sprawozdaniu posiedzenia organ Towarzystwa (»Zdrowie», zeszyt styczniowy z r. b.), a tym sposobem wiadomość o sprawie przedostała się już zapewne do szerszego koła lekarzy-higienistów, jedynie powołanych do podjęcia pracy nad ułożeniem wspomnianego dziełka. Ze względu jednak na to, że według oświadczenia wnioskodawcy, wydaniem podręcznika zająłby się chętnie »Przegląd Pedagogiczny«, powtarzamy tutaj wiadomość powyższą, dodając, iż w celu bliższego porozumienia się co do warunków wydawniczych zwracać się należy do naszej redakcyi.

O żywy udział w szczegółowem rozpatrzeniu projektu przed przystąpieniem do ostatecznego opracowania i o nadsyłanie wszelkich pożytecznych uwag upraszamy w imię dobra ogólnego.

Warszawa, Żórawia 41. *Redakcya „Przeglądu Pedagogicznego".*

* W poniedziałek rozpoczyna swe posiedzenia XIII Zjazd chirurgów polskich. O ile z biegiem czasu Zjazdy ogólno-lekarskie tracą na doniosłości naukowej, o tyle na skali wiedzy podnosi się znaczenie i pożytek zjazdów specyalnych. Zjazdy chirurgów polskich są tego spostrzeżenia niezbitym dowodem: z każdym rokiem rozszerzają swój zakres, rozwijają swą pożyteczną działalność; a jeśli dodamy, że poważna i szeroka treść tych zjazdów pociąga pod sztandar chirurgów i specyalistów z pod innego znaku, to wyrazimy tylko sprawiedliwy sąd o świa-tłem i świadomem celu kierownictwie tej instytucyi.

Chirurgom polskim, zebranym na Zjazd w Krakowie, życzymy z całego serca najobfitszych owoców z ich szlachetnych usiłowań dla postępu wiedzy, a w szczególności dla rozwoju chirurgii polskiej.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego zapadła jednomyślna uchwała przystąpienia do budowy własnego domu. Do Komisyi wykonawczej tej uchwały wybrani zostali koledzy: prof. Nowak, Dr. Bielański, Dr. Gwiazdomorski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Lustgarten i Dr. Łepkowski. Towarzystwo uchwaliło zaprosić do tej komisyi nadradcę Sarego. Budowa ma się rozpocząć w roku bieżącym.

* W liczbie posłów, wybranych w ostatnich dniach do parlamentu niemieckiego, znajdujemy nazwisko jednego lekarza, Dr. Krzemińskiego, wybranego z Inowrocławia.

* Namiestnictwo galicyjskie przysłało na ręce prezydyum Towarzystwa lekar. krak. zawiadomienie o mającym się odbyć w Brukseli od 2 do 8 września międzynarodowym Zjeździe dla higieny i demografii. Wpisowe (25 franków) należy przesłać pod następującym adresem: Mr. J. Sterckx, trésorier du Congrès. *Bruxelles, rue Beyaerz*, 3. — Program Zjazdu został ogłoszony w »Das österreich. Sanitätswesen«, Nr. 47. 1902 r.

* W Wiedniu zaczął wychodzić nowy miesięcznik p. t. »Österreichische Krankenpflege-Zeitung« pod redakcyą Dr. Segela, z współudziałem Doc. Pilcza i Dr. Stranskyego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXIV (14—20—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 68, zmarło osób 50, mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z płonicy 3 (1 zam.), z cholery niemowląt 3.

* Między 17 a 23 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (1 g.), drohobyckim (1 g.), gorlickim (1 g.), horodeńskim (1 g.), jaworowskim (2 g.), kałuskim (3 g.), lwowskim (1 g.), nadworniańskim (4 g.), peczeniżyńskim (2 g.), podhajeckim (1 g.), rawskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (3 g.), stanisławowskim (1 g.), starosamborskim (1 g.), st yjskim (1 g.), tarnobrzeskim (1 g.), tarnowskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (2 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (2 g.), żółkiewskim (1 g.), żydaczowskim (1 g.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Heitz — profesorem chirurgii. Dr. Baigue — profesorem ginekologii — obydwa w Besançon. Doc. Serbski. — profesorem chorób nerwowych w Moskwie.

Nekrologia. Zmarli: Marek Dobrowolski, lat 65, zmarł w Chersońszczyźnie. Jan Kunicki, lat 42, zmarł w Kurskiej gubernii.

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska.* Zeszyt III, IV, V i VI. Dieulafoy: Patologia wewnętrzna (tłómaczył dr. Józ. Zawadzki). Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (tłómaczył K. Niedzielski). Runge: Położnictwo (tłumaczył Warszawski).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 170. Courmont i Montagard: Leukocyty. (Przełożył z francuskiego J. Kolasiński).

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci. Zembrzuski: O znaczeniu leczniczem alboferyny. Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu błoniczego (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 26. W. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morwana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.). Batawia: Przypadek krwawego potu i krwawych łez na tle histeryi. (dok.).

— *Kronika lekarska* Z. 12. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako czynnik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26. Skála: O exanthemech po antidiftherickém seru (dok.). Komrs: Kapitola o láznich slatinných a massáži ginaekologické. Pitha: Tři ginaekologické připady.

— *La Presse médicale* Nr. 50. Chauffard: Postacie uleczalne krwotoków oponowych w przestworach podpajęczych.

Nr. 51. Vidal i Javal: Leczenie przez dechloruracyę. Wpływ dechloruracyi na obrzęki skórne, wodnistość krwi i białkomocz w pewnych okresach zapalenia nabłonkowego nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Laache: Przemienny stosunek w patologii. Steyer: Dalszy przypadek uciśnięcia jednego moczowodu. Laqueur: Wpływ zdrojów emskich na wydzielanie kwasu moczowego u ludzi. Weissbein: Nowe postępowanie w wytwarzaniu środków odżywczych. Grawitz: Smiertelnie przebiegające chery bez wykazalnej przyczyny anatomicznej (dok.). Maragliano: Walka i uodpornienie ustroju przeciw gruźlicy (dok.). Dunbar: W sprawie etyologii i swoistego leczenia gorączki siennej (dok.). Glaesner: Odczyn tryptofanowy a rak żołądka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26. Lion: W sprawie jednoczesnego występowania w moczu cukru owocowego i gronowego. Volhard: O przewlekłym rozroście nieprawidłowym i nerwicach odżywczych skóry w łączności z przyczynkami kazuistycznymi. Schlüter: Pląsawica histeryczna urazowa. Windscheid: Wiąd rdzenia a uraz. Wunschheim: Hemoliza przy zakażeniach doświadczalnych. Marcuse: Rozmiękłe gruczoły w kile wczesnej. Vámossy: Czy „purgen" jest lekiem szkodliwym? Menzer: Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej stosowanie u ludzi.

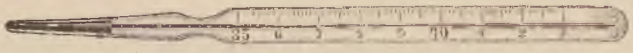
— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Fink: Przyczynek do poglądów Riedla i Kehra na patologię i terapię kamieni żółciowych. Langstein i Meerwein: Gruber-Widala odczyn surowiczy w żółtaczce. Frendl: Przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia. Gruber: Nowe owoce nauki Ehrlicha o toksynach. Statzer: Przypadek pęknięcia „ciąży śródmiąższowej", wyleczony na drodze operacyjnej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 27. Silberschmidt: Wpływ ogrzewania na krzepnięcie mleka krowiego. Grawitz: Ostre wystąpienie odżywczo-nerwowego schorzenia kończyny dolnej. Bial: Rozpoznanie pentosuryi za pomocą odczynu przezemnie podanego. Zesas: Chirurgiczne leczenie puchliny brzusznej przy marskości wątroby. Reiner: Epifizyoliza za pomocą podskórnej periosteotomii w leczeniu kolana koślawego u dzieci. Weil: Przypadek zaklęśnięcia czaszki u noworodka. Kirschner: Sanitarno-policyjne zwalczanie moru (dok.).

Redakcya otrzymała. Haug: Hygiene des Ohres im gesunden und kranken Zustande. — Sekcya higieniczna Tow. higien. w Warszawie: Higiena sportu. Podciechowski: Stół do porodu w chacie wiejskiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Zakład szklanych wyrobów technicznych
EWALD HILDEBRANDT, GOTHA.



Specyalny wyrób: Doskonałe termometry do mierzenia gorączki (norm. term.)

Term. minut-maksym. koniec Hg. płaski lub ostry w osłonce szt. M. 1·20, tuzin M. 12.
„ „ „ ze skalą na szkle mlecznem szt. M. 1·50, tuzin M. 15 — skala aluminiowa szt. M. 1·65 tuzin M. 16·50.

Hildebrandta pewne przyrządy do szybkiego mierzenia ciepł.:

Neptun, skala ze szkła mlecznego, Hg. w postaci widełek } Szt. M. 2·50
Rapid, skala wyryta, Hg. szerokie . . . . } Tuzin M. 25·—

Helios — oczy ludzkie — jakoteż wszelkie przyrządy ze szkła.
Stłuczone — Zamienia się.

Dr. Eugeniusz Wajgiel

ordynuje jako lekarz zakładowy
w Rymanowie.

Sapomenthol

nagrodzony dyplomem honorowym i złotym medalem na wystawach międzynarodowych w Paryżu i Londynie 1901, Marsylii 1902.

(Maść Sapomentholowa)

nacieranie ból uśmierzające wyrobu **Eugeniusza Matuli,** aptekarza **w Radomyślu** koło Tarnowa



Maść ta, z najlepszym skutkiem używana w cierpieniach reumatycznych, gośćcowych, nerwobólach itp. poleca się jako środek zewnętrzny, szybko działający!

Sposób użycia: miejsce zbolałe, naciera się 2—3 razy dnia, poczem je owija watą lub flanelą.

Expedyowaną bywa, tylko w słoikach oryginalnych po cenie **1** kor. **40** i większych po **5** koron.

Broszury i próbki dla WPP. Lekarzy na żądanie franko. przesyła **apteka Eugeniusza Matuli Radomyśl koło Tarnowa.**

Składy we wszystkich aptekach.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"

Przetwór leczniczy składający się z: Kali jod. 0·03, **Ferratin** 0·10, Duotal- Calc. glycer. phosph. aa 0·05 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati, comp. „Jahr" polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk.
„ „ dla dorosłych 6—9 „

Tylko w orygin. pudełkach zawierających 24 sztuk.

Cena 2 koron 50 halerzy.



Laboratoryum chem. farm. Eugeniusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN"

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrabiam dwojaki a to: sam jako Stomachicum i zdodatkiem Acid. cynamilic. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena małej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco!.

KREOZALBINA

(Creosotum albuminatum)

Związek białka z 40% kreozotu, ma pierwszeństwo przed innymi przetworami kreozotowymi, że w soku żołądkowym się nie rozkłada, a pod wpływem soku trzustkowego rozkłada się bardzo powoli, czem różni się znakomicie od innych przetworów kreozotowych, **a w szczególności od Kreozotalu.**

Działa on korzystnie na poprawę łaknienia i zmniejszenie laseczników Kocha i drobnoustrojów im towarzyszących.

Użycie po 0.5 — 1.0 — 2.0 3 razy dziennie w mleku lub opłatkach.

Laboratoryum chemiczne
J. ZAWADZKIEGO & Co. w Sosnowicy gub. Siedlecka
(Królestwo polskie).

Główny skład na Austro-Węgry w aptece
Wgo p. Bartmańskiego i Ski w Krakowie.

Wygodne środki do urządzenia
kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.



Mattoniego sól borowy
(wyciąg suchy)
w skrzynkach po 1 kilogr.

Mattoniego ług borowy
(wyciąg płynny)
w flaszkach po 2 kilogr.

Od wielu lat wypróbowane w:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI
Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl

Sanatogen

Znakomity przetwór wzmacniający.
Znakomity tonicum.
Nie drażni.

'róbki i literaturę wysyła PP. lekarzom na żądanie skład łówny: **Aptekarz C. Brady, Wien I/₁, Fleischmarkt 1.**

Rok XLII. Kraków 18 Lipca 1903. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i z ich gałęzi*).

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Przed ośmiu laty miałem sposobność mówić w Towarzystwie lek. krak. o ciałach obcych w drogach oddechowych, oraz górnych drogach pokarmowych; przytem przedstawiłem ciekawsze okazy z pomiędzy ciał przezemnie wydobytych. Pomiędzy niemi znajdowało się pięć, które wydobyłem z oskrzeli. Od tego czasu liczba ciał obcych, które udało mi się usunąć z tchawicy, lub oskrzeli, wzrosła do 13, a ostatnie z nich wydobyłem bez tracheotomii, zapomocą podanej przez Killiana tracheoskopii górnej. To jest powodem, dlaczego dziś znowu z ciałami obcemi w drogach oddechowych, i to wpadłemi do dolnych ich rozgałęzień, występuję w Towarzystwie lek. Pragnę jednak nietylko przedstawić ich okazy, ale zarazem omówić rozwój metod, służących tak do stwierdzenia obecności ciała obcego w niższych drogach oddechowych, jak i do wydobycia go. Metody te polegają na badaniu zapomocą wzroku i na podejmowaniu potrzebnych zabiegów pod kontrolą oka; pierwszą z nich jest laryngoskopia. Jej zawdzięczamy w wielu razach możność stwierdzenia obecności, oraz wydobycia na drodze bezkrwawej ciał obcych, które utkwiły w sąsiedztwie krtani, lub też się wbiły w krtań od zewnątrz; rzadziej zdarza się wydobyć na tej drodze ciało obce z wnętrza krtani, lub z górnej części tchawicy, a przyczyna tego leży w tem, że ciało, które nie jest tak wielkie, by się mogło w krtani zatrzymać, ale zarazem i krtań zatkać, lub znacznie zwęzić, zazwyczaj spada przez całą krtań i tchawicę na dół i dostaje się do oskrzeli, a rzadko tylko wbija się w błonę śluzową krtani lub tchawicy, albo też zaklinuje się w krtani w ten sposób, że nie sprawia znaczniejszego zwężenia. W tych przypadkach nieraz już wyjęto ciało obce z wnętrza krtani; częściej jednak z powodu jej zatkania musiano przedtem wykonać tracheotomię, przy której czasem i ciało obce wydobyto, a czasem wydobyto je dopiero potem, bądź to na drodze laryngoskopijnej, bądź zapomocą laryngofisury. Potrzeba tych chirurgicznych zabiegów zachodzi przedewszystkiem u dzieci, u których już samo laryngoskopowanie natrafia na trudności, a tem trudniejszem jest wydobycie ciała obcego z krtani na drodze laryngoskopijnej, u których przytem mała krtań tem łatwiej przez ciało obce zatkaną być może. W mojej praktyce wydobyłem raz przy tracheotomii łupinkę orzecha włoskiego uwięzłą na wysokości chrząstki obrączkowej u dwuletniego dziecka, które podczas operacyi już zupełnie oddech utraciło tak, że dopiero sztucznem oddechaniem zdołałem je do życia przyprowadzić; raz wyjąłem zapomocą laryngofisury kość uwięzłą w głośni u pięcioletniego chłopca, który po zaszłym wypadku tak się dusił, że mu zaraz tracheotomię wykonać musiano; a raz wykonałem sam tracheotomię i laryngofisurę u jedenastomiesięcznego dziecka, które kawałek muru do krtani wciągnęło. W znacznej większości przypadków, t. j. tam, gdzie ciało obce dostało się do dolnych dróg oddechowych, laryngoskopia odmawia nam swoich usług, a nawet, jeżeli z jej pomocą uda się stwierdzić obecność ciała obcego ponad podziałem tchawicy, lub w wejściu do jednego z oskrzeli, to i tak nie dopomoże nam ona do jego wydobycia. Tutaj zachodzi potrzeba tracheotomii, aby uzyskać drogę, na której ciało obce wydobyćby można. Na tej też drodze próbowano nieraz tego wydobycia, czasem z dodatnim, a często z ujemnym wynikiem; brak kontroli wzroku dawał się tu często uczuć. Wpadłszy jeszcze w roku 1884 na pomysł badania tchawicy po tracheotomii przez proste rurki do niej wprowadzane, zastosowałem tę metodę tak do stwierdzania obecności ciała obcego, jak i do wydobywania go z tchawicy, lub oskrzeli. Mogłem więc działać pod kontrolą wzroku w tchawicy, w oskrzelu prawem, oraz w wejściu do oskrzela lewego; samo oskrzele lewe, równie jak i gałęzie obu oskrzeli, pozostały dla mego wzroku niedostępne i w nich już na ślepo tylko manipulować musiałem. Nie odstraszało mnie to jednak; nawykłem był już bowiem w ciężkich przypadkach dławca nieraz wprowadzać narzędzia do drugorzędnych oskrzeli w celu wydobywania z nich błon dławcowych. To też w pierwszym przypadku, jaki mi się wydarzył, wyciągnąłem po tracheotomii mojemi szczypczykami oskrzelowemi strzałkę z dolnej gałęzi prawego oskrzela, wchodząc do niego wprawdzie pod kontrolą wzroku, ale następnie działając w dolnej jego gałęzi już zupełnie na ślepo. Było to piątego dnia po wciągnięciu strzałki, w czasie, gdy już zapalenie płuc w dolnym prawym płacie rozwijać się poczęło. W innym przypadku wyjąłem u dziecka ośmiomiesięcznego kłos z prawego oskrzela w siedem tygodni po jego wpadnięciu. Działałem tu pod kontrolą wzroku, używając najmniejszego z moich lejków tchawiczych i najcieńszych szczypczyków oskrzelowych; nie widziałem samego kłosa, gdyż w całem prawem oskrzelu nagromadzoną była ropa, która go pokrywała; w niej też za kłos chwyciłem. To dziecko, u którego już całe prawe płuco było naciekłe, zmarło w sześć dni po dokonanej operacyi z powodu świeżo powstałego zapalenia płuca lewego; przy sekcyi okazało się obok ropnego zapalenia błony śluzowej oskrzeli po stronie prawej rozdęcie znaczne trzeciorzędnej gałązki, odchodzącej od dolnej gałęzi oskrzelowej i znacznie powiększony gruczoł oskrzelowy przy

*) Podług wykładu w Towarzystwie lek. 17/6 1903.

jej odejściu. Jest to jedyny z moich przypadków ciał obcych w oskrzelach, który się zakończył zejściem śmiertelnem, który jednakże zbyt późno, bo blizko w dwa miesiące po zaszłym wypadku, dostałem w leczenie. Niedługo potem miałem sposobność wyjąć sześcioletniej dziewczynce ziarnko fasoli z prawego oskrzela na trzeci dzień po jego inspiracyi w czasie, gdy się wytworzyło zapalenie dolnego płatu płuca prawego. Tu widziałem przez mój lejek dokładnie ciało obce i uchwyciłem je pod kontrolą wzroku. W ostatnich czasach przyszła do mnie kobieta, która przed tygodniem dała sobie wyrwać ząb, a gdy ten wypadł z kleszczy, wciągnęła go oddechem. Stwierdziłem zatkanie dolnej gałęzi oskrzela prawego, a w płucu zapalenie części dolnego płatu. Wprowadziwszy po tracheotomii przez lejek tchawiczy szczypczyki oskrzelowe pod kontrolą wzroku do dolnej gałęzi oskrzela prawego, uczułem, żem uchwycił za ciało twarde, które jednak przy wyciąganiu wkrótce mi się wyśliznęło. Za chwilę mogłem jednak ujrzeć w głębi oskrzela prawego, które przedtem zupełnie było wolne, korzenie zęba powleczone ropą. Uchwyciłem też za nie szczypczykami i wyciągnąłem ząb z łatwością. We wszystkich tych przypadkach trzeba było do wyjęcia ciała obcego wykonać tracheotomię; mogłem jednak śmiało na nią się zdecydować, ponieważ na podstawie wywiadów i badania płuc obecność ciała obcego i miejsce jego utkwienia nie ulegało wątpliwości. Niezawsze jednak tak się wydarzy; nieraz u dzieci możemy nie mieć żadnych dat anamnestycznych, a w moim przypadku ośmiomiesięcznego dziecka nie byłoby ich także, gdyby w chwili inspiracyi kłosa nie była matka przy dziecku obecną. W innych przypadkach, a zwłaszcza u dzieci, lub osób bardzo nerwowych, wywiady mogą nawet w błąd wprowadzić, a ztąd nie można na nich samych polegać, jeżeli objawy przysłuchowe nie potwierdzają dat anamnestycznych. Nie zawsze jednak obecność ciała obcego w oskrzelach zdradza się odpowiedniemi przypadami, a jako przykład przytoczyć mogę przypadek następny. Chora skarżyła mi się, że przed kilku dniami inspirowała kawałek kości i od tego czasu doznaje napadów uporczywego kaszlu. Przy badaniu laryngoskopijnem znalazłem krtań i tchawicę zupełnie wolne, a objawów przysłuchowych wskazujących na ciało obce nie było żadnych, a jednak dnia następnego w napadzie kaszlu chora wykrztusiła kość wyżej 3 ctm. długą, a przeszło 1 ctm. szeroką. Prócz wyżej podanych przypadków zdarzyło mi się osiem razy wyjmować ciała obce z dolnych dróg oddechowych u takich osób, które już dawniej miały zrobioną tracheotomię, u których zatem przetoka tchawicza stanowiła wrota, przez które ciało obce łatwiej niż przez krtań do oskrzeli dostać się mogło. W czterech przypadkach była to kaniula tchawicza, która się odśrubowała lub oderwała od swej płytki i wsunęła w dolne drogi oddechowe. W pierwszym z nich kaniula okienkowa z twardego kauczuku utkwiła w prawem oskrzelu tak, że szczyt jej opierał się o prawą ścianę tchawicy. Obecność kaniuli i jej położenie stwierdziłem zapomocą mojej tracheoskopii; wydobycie jej jednak podjąłem już na ślepo, gdyż chory po wsunięciu lejka tchawiczego pomimo chloroformu zaraz dostawał silnego kaszlu To też wydobycie jej na razie przy kilkakrotnych próbach nie udało mi się, aż dopiero po zakokainowaniu tchawicy i wprowadzeniu do niej lejka założyłem pod kontrolą wzroku odpowiednio długi haczyk tępy na brzeg okienka i kaniulę wydobyłem. Przypadek ten dowodził naocznie, o ile odpowiedniejszem było wydobywanie kaniuli pod kontrolą wzroku niż na ślepo. W drugim przypadku metalowa kaniula dostała się do oskrzela lewego; mogłem to stwierdzić zapomocą tracheoskopii, a zarazem przekonać się, że jej otwór znajduje się w wylocie oskrzela. Stwierdziwszy to, wprowadziłem szczypczyki oskrzelowe już na ślepo i uchwyciłem niemi za brzeg kaniuli, którą też z łatwością wyciągnąłem. W obu powyższych przypadkach obecność kaniuli w oskrzelach nie zdradzała się żadnymi przypadami przysłuchowymi tak, że jedynie zapomocą tracheoskopii stwierdzić ją było można; w pierwszym z nich przebywała kaniula siedem tygodni w oskrzelu bez żadnych dolegliwości i następstw dla chorego. W trzecim przypadku oderwała się duża kaniula metalowa od płyty i wsunęła w głąb tchawicy. Przybywszy zaraz po tem wydarzeniu, próbowałem ją wydobyć odrazu, napotkałem jednak na znaczne trudności z powodu wielkich rozmiarów kaniuli. Musiałem chorego zachloroformować, przyczem powstał kaszel, przy którym oddech nagle został zupełnie zaparty. Wtedy zepchnąłem szybko kaniulę w dół tak, że się do prawego oskrzela dostała, poczem oddech zaraz stał się lekki. Dokończywszy następnie chloroformowania, rozszerzyłem przetokę tchawiczą i pod kontrolą wzroku wyciągnąłem już kaniulę z łatwością. Pierwszy z tych trzech chorych, u którego wydobyłem kaniulę z prawego oskrzela, używał ciągle dalej kaniuli, choć już bez potrzeby, gdyż krtań jego nie była więcej zwężoną. Po zepsuciu się kaniuli starej, założył sobie małą dziecięcą, która się zaraz odśrubowała i wpadła do dróg oddechowych. Zdarzyło się to w pięć lat po pierwszem wydarzeniu. Osłuchiwanie wskazywało, że kaniula utkwiła w dolnej gałęzi oskrzela prawego; przystąpiłem więc do jej wydobycia w uśpieniu i na ślepo. Czułem, żem chwycił szczypczykami ciało twarde, które jednak przy wyciąganiu wymknęło się ze szczypczyków, a następnie już go więcej wyczuć nie mogłem. Sądząc, że może kaniula głębiej jeszcze się wsunęła, a przeto dla jej wydobycia szczypczyki moje są za krótkie (23 ctm.), zwłaszcza, że chory był bardzo wysokiego wzrostu, postanowiłem zamówić dłuższe i podjąć potem na nowo próby wydobycia jej. Tymczasem, skoro chory wstał ze stołu, odchrząknął zaraz kaniulę, która oczywiście wyciągnięta aż do tchawicy, przy kaszlu dostała się dalej, tj. przeszła głośnię i wpadła przy zwieszonej w tył głowie do gardła, lub może do jamy nosowo-gardłowej, zkąd ją chory, powstawszy ze stołu, wykrztusił. W czterech innych przypadkach wyjąłem ciała obce, które chorzy z przetoką tchawiczą sami sobie do tchawicy wprowadzili. W pierwszym przypadku był to kawałek korka, którym chora przetokę tchawiczą zamiast kaniuli zatykała; oderwał się on i wpadł do oskrzela prawego. Przy tracheoskopii widziałem tylko masę śluzu tworzącego kulę sterczącą na spodzie oskrzela; domyślając się, że w nim się korek znajduje, uchwyciłem zań szczypczykami w pozycyi siedzącej. W drugim przypadku wyjąłem z oskrzela prawego szpilkę podwójną, którą chora sobie zaschły śluz z tchawicy wygarniała i która jej przed kilku laty do oskrzela wpadła. Przez mój lejek tchawiczy widziałem jedną odnogę szpilki, jako czarną nitkę na dolnej ścianie oskrzela; za nią też szczypczykami uchwyciłem pod kontrolą wzroku. W trzecim przypadku był to kawałek pióra, którego chora do podobnegoż celu używała, a który, odłamawszy się, pozostał

w tchawicy. Widziałem go dokładnie przy tracheoskopii i wyjąłem z łatwością pod kontrolą wzroku. Toż samo dotyczy czwartego przypadku, w którym wyjąłem patyk długości 13 ctm., którego szczyt sterczał w tchawicy, spód zaś musiał się już znajdować w dolnej gałęzi oskrzela prawego. We wszystkich czterech tych przypadkach ciało obce nie dawało żadnych objawów przysłuchowych tak, że obecność jego w drogach oddechowych jedynie zapomocą tracheoskopii stwierdzić mogłem; we wszystkich też wydobycie odbyło się z łatwością pod kontrolą wzroku, gdy bez niej byłoby, co najmniej bardzo trudne, jeżeli zgoła możebne.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chirurgicznego Radcy Dworu Profesora Dra Mosetiga Moorhofa w c. k. powszechnym szpitalu w Wiedniu.

O jodoformowej plombie kostnej Mosetiga.

Podał

Dr. Otton Loewy,

aspirant oddziału.

Pracując w oddziele Radcy Dworu profesora Mosetiga, zapoznałem się z jego sposobem leczenia cierpień kostnych, wywołujących nadżarcia i ubytek istoty kostnej, do których zaliczam próchnicę, obumarcie i przewlekłe zapalenie szpiku kostnego; sposób ten daje tak świetne wyniki,



Fig. 1. 2. tyg. po operacyi.

że uważałem za rzecz pożyteczną opisać takowy, dotychczas znany tylko chirurgom zawodowym.

Dzięki też niezwykłej uprzejmości mego szefa, profesora Mosetiga, jestem w możności podać treść jego pracy ogłoszonej w „Centralblatt für Chirurgie“ z dnia 18 kwietnia 1903 r., jakoteż opisać jego metodę i przytoczyć nieco bliższe szczegóły, dotyczące samego zabiegu operacyjnego.

Sposób Mosetiga polega na wypełnieniu pozostałej po dokładnem usunięciu części schorzałych jamy kostnej *plombą*, składającą się *z 60 gramów jodoformu, 40 gramów olbrotu (spermacetu) i 40 gramów oleju sesamowego.* Plomba



Fig. 2. 12. typ. po operacyi.

ta czyni zadość wszystkim warunkom, jakich wymagamy od masy, zastępującej — chociażby tylko czasowo — zdrową istotę kostną, a mianowicie: 1) aby wszystkie zaułki i otworki w jamie kostnej dokładnie wypełniała; 2) aby mogła uledz wessaniu, a przytem wspierała odtworzenie zdrowej kości; 3) aby nie była trującą i 4) aby działała antyseptycznie. Warunków tych nie posiadały liczne dotychczas zalecane plomby. Dawno już bowiem chirurgowie starali się wypełnić jamę kostną, pozostałą po wydaleniu części schorzałych, jakąś substancyą organiczną lub nieorganiczną, któraby ulegała wessaniu, ustępując stopniowo miejsca świeżo wytworzonej istocie kostnej. I tak Senn używał do wypełnienia jam kawałków kości goleniowej wołu, które odwapniał, następnie wkładał do mięszanki alkoholowo-sublimatowej i potem mięszał z jodoformem; Billroth wypełniał jamę mięszanką jodoformowo-glicerynową i ranę zaszywał; Neuber próbował wypełniać jamę kawałkami tłuszczu, jednak bez skutku. Z właściwemi plombami pierwszy robił doświadczenia Dreesmann, który używał do plombowania *gipsu*, zmięszanego z 5% kwasem karbolowym; Mayer używał glinu (aluminium) i amalgamu miedziowego; wszystkie te jednak sposoby nie osiągały zamierzonego celu i nie utrzymały się. Jak się zdaje, posiadamy nareszcie w plombie, poleconej przez Mosetiga, tę pożądaną masę, nadającą się pod każdym względem do wypełnienia ubytków kostnych.

W pracy swojej wspomina Mosetig na wstępie o ważności plomby kostnej, a następnie zwraca uwagę, że pierwszym warunkiem techniki operacyjnej przy wytwarzaniu

jam, nadających się do plombowania, jest bezwzględna ich jałowość. Jałowość tę tylko w ten sposób można uzyskać, jeżeli się ściany jamy wytwarza aseptycznie, tj. jeżeli się wszystkie ścianki jamy, będącej siedzibą choroby i nawet



Fig. 3. 3½ tygod. po operacyi.

sąsiednią kość zgrubiałą dokładnie usuwa i odsłania świeżą zdrową istotę kostną. Dostęp do kości schorzałej musi być szeroki; dlatego najlepiej jest prowadzić wielkie cięcie płatowe, części miękkie w kształcie płata odwinąć, jednak tak, by ich połączenie z okostną zostało utrzymane. Kształt jamy kostnej może być dowolny; głównym warunkiem jest ścisłe usunięcie części chorych, wskutek czego nieraz tyle istoty kostnej trzeba oddalić, że tylko warstwa substancyi korowej utrzymuje ciągłość kości. Przygotowawszy w ten sposób jamę, do czego niecodzownem jest operowanie bezkrwawe sposobem Esmarcha, przepłókuje się ją dla pewności 1% rozczynem formaliny, albo gdy kilka kropel krwi się pokaże — 3%, lub 20% nadtlenkiem wodoru. Wytartą jamę trzeba teraz dokładnie osuszyć tak, jak osusza dentysta zębodół przed plombowaniem zęba. Autor używa w tym celu gorącego powietrza. Przy osuszaniu jamy trzeba być bardzo ścisłym, gdyż od tego zależy dobre przystosowanie się plomby, która ma stanowić hermetyczne zamknięcie kości. Do przygotowanej w ten sposób jamy nalewa się teraz powoli plombę, tężejącą na powietrzu w kilka minut, po same brzegi jamy. Przy wlewaniu plomby należy uważać, by się bańki powietrza do jamy nie dostały, czego przez powolne nalewanie uniknąć można. Po stężeniu plomby i po poprzedniem podwiązaniu krwawiących naczyń zaszywa się odpreparowane części miękkie. Jeżeli przed operacyą istniały przetoki, to służą one teraz do odpływu nieznacznej wydzieliny z części miękkich; gdy przetok nie było, wkłada się między brzegi rany skórnej pasek papieru gumowego. Plombowana jama kostna nie krwawi i niczego nie wydziela. Na ranę operacyjną zakłada się opatrunek aseptyczny, przyczem nie należy ściągać opaski za silnie.

Po założeniu opatrunku zdejmuje się dopiero opaskę Esmarcha. Jeżeli chodzi o unieruchomienie stawów, to zakłada się szynę. W dalszym ciągu swej pracy zaznacza Mosetig, że używa plomby swojej także w próchnicy stawów, przyczem nadmienia, że jest przeciwny zachowawczemu leczeniu grzyba stawów i radzi dokładne operacyjne usunięcie części, dotkniętych zmianami chorobowemi. Autor operuje takżegrzyba stawów u dzieci, przyczem wycina całą torebkę stawową i ogniska chorobowe w częściach miękkich, a od dala chrząstkę stawową z bardzo cienką warstwą kostną. Jeżeli na powierzchni kości przepiłowanej jeszcze się znajdują ogniska chorobowe, wyskrobuje je zapomocą dłutka i ubytki wypełnia plombą. Wyniki są bardzo dobre, rośnięcie kości na tem nie cierpi, gdyż chrząstka nasadowa nie zostaje naruszona. Przy wycięciach stawowych po wydale niu torebki zawsze jest krwotok silniejszy, więc i tamowanie musi być dokładniejsze. Po stężeniu plomby wypełniającej główną jamę, a czasem i poboczne, przykrywa się ją podwójnie złożonym papierem gutaperkowym i wyjałowioną gazą, odejmuje opaskę elastyczną i podwiązuje krwawiące naczynia. Następnie zdejmuje się papier i gazę z plomb, przystosowuje powierzchnie kostne, zakłada szew i kilka krótkich sączków, a na to opatrunek ustalający i szynę. Przy wycięciu stawu skokowego, nadgarstkowego i biodrowego wypełnia się także plombą ubytek, spowodowany wypiłowaniem kości, zbliżywszy przedtem do siebie, o ile się da, powierzchnie stawowe. Wydzielina z rany operacyjnej po plombowaniu jest bardzo nieznaczna, tak, że pierwszy

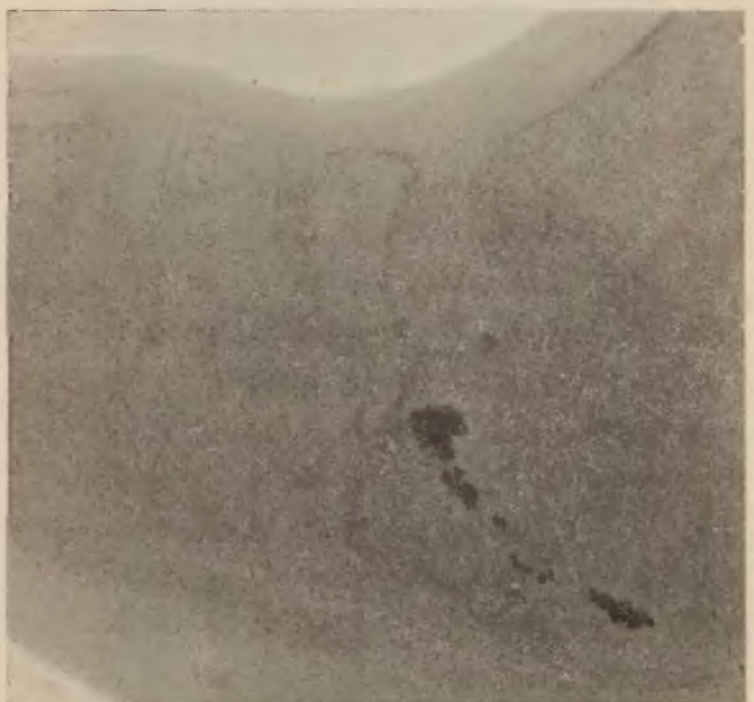


Fig. 4. 18. tyg. po operacyi.

opatrunek zmienia się po 10—14 dniach, usuwając zarazem szwy skórne. Części miękkie goją się najczęściej przez rychłozrost, tylko w przypadkach, w których były znaczniejsze ubytki części miękkich, gojenie trwa czas dłuższy, przyczem nieraz odpadają cząstki z otwartej powierzchni plomby.

Nasuwa się teraz pytanie, jaki jest dalszy los plomby, umieszczonej w głębi kości? Otóż zostaje ona przez bujające ziarniny stopniowo wessaną, a na jej miejsce tworzy się nowa istota kostna. Jodoformowa plomba kostna jest zatem tylko czasową i wypełnia próżnię w kości, póki nowa kość się nie wytworzy. Wessanie plomby odbywa się naturalnie powoli, a zachowanie się jej można zawsze kontrolować zapomocą promieni Röntgena.

W końcu swego artykułu oświadcza Mosetig, że powolne wessanie plomby wyklucza możliwość zatrucia, używał bowiem 100—150 gramowej plomby, a nigdy nie zauważył szkodliwych następstw.

Mosetig przy operacyach używa elektryczności: różnej wielkości piłki okrężne i gładziki porusza wielki motor elektryczny. Także suszenie jamy kostnej odbywa się przy pomocy elektryczności w ten sposób, że przez rurkę metalową, zawierającą drut platynowy, rozżarzony elektrycznością do białości, przetłacza się zimne powietrze. Wszystkie te przyrządy, jakoteż naczynie do przechowywania plomby, które niżej opiszę, podał sekundaryusz oddziału Dr. Silbermark, który też je bliżej opisał w „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ z roku 1902. Jednak zaraz zaznaczyć muszę, że do osiągnięcia pomyślnych wyników nie istnieje potrzeba konieczna tych wielkich przyrządów elektrycznych, na które z powodu wielkiego nakładu kosztów tylko klinika lub wielki oddział chirurgiczny zdobyć się może.

Podane przez Silbermarka przyrządy mają wiele zalet i ułatwiają operatorowi, jak się przekonałem, znacznie pracę, skracając w ten sposób czas trwania nieraz bardzo żmudnych zabiegów i wykluczając przez to następstwa długotrwałego uśpienia. Nie przychodzi także przy użyciu tych przyrządów nigdy do nadłamań kości, co przy nieostrożnem użyciu dłutka i młotka wydarzyć się może. Mimoto jednak można przy umiejętnem i właściwem użyciu dłutka, młotka, ostrej łyżki i naczynia do przechowywania plomby uzyskać tesame świetne wyniki lecznicze.

Plomba sama jest płynem żółtym, gęstawym, tężejącym na powietrzu na twardą masę w ciągu kilku minut; przygotowuje się ją i wyjaławia w ten sposób, że się wszystkie trzy składniki mięsza w jałowem naczyniu i potem ogrzewa w łaźni wodnej do 80^0 i w tej ciepłocie przez 15 minut pozostawia. Następnie wyjmuje się ją jako płynną masę i wstrząsa tak długo, póki nie stężeje. Do przechowywania plomby służy naczynie Silbermarka, składające się z dwóch cylindrów szklanych, zamkniętych podwójnym korkiem. Wewnętrzny walec ma 20 ctm. długości i 3 ctm. szerokości; zewnętrzny 18 ctm. długości, a 5 ctm. szerokości. Między obydwoma walcami umieszczona jest warstwa waty. Po zdjęciu korka wyjaławia się całe naczynie na sucho, do wewnętrznego walca wlewa plombę i nasadza jałowy korek, przyczem nie zanieczyszcza się walca wewnętrznego. Na godzinę przed operacyą wkłada się całe naczynie do łaźni wodnej o 60^0, w której masa się wkrótce rozpływa.

Wyniki lecznicze są doskonałe: od października r. 1899 do 1-go kwietnia 1903 zastósował Mosetig swą plombę w 121 przypadkach, z których wszystkie zakończyły się wygojeniem.

Z umieszczonych obok reprodukcyi fotografii Röntgenowskich, użyczonych mi łaskawie przez mego Szefa, przedstawia *Fig. 1.* plombę kości goleniowej w dwa tygodnie po operacyi; *Fig. 2.* tęsamą plombę w 12 tygodni po operacyi; *Fig. 3.* plombę w kości piętowej w $3^1/_2$ tygodni po operacyi; *Fig. 4.* tęsamą plombę w 18 tygodni po operacyi. Zdjęcia te rysują nam dobitnie stopniowe wsysanie się plomby i odtworzenie kości zdrowej.

Przekonawszy się dostatecznie o skuteczności tego nowego zachowawczo-chirurgicznego sposobu leczenia cierpień kostnych, stanowiącego niemałą zdobycz nowoczesnej chirurgii, mogę go polecić uwadze lekarzy do najszerszego zastósowania.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć me najgłębsze podziękowanie Czcigodnemu memu Szefowi, Radcy Dworu profesorowi Mosetigowi za łaskawe pozwolenie ogłoszenia swego sposobu, jakoteż za odstąpienie potrzebnego materyału, oraz Drowi Silbermarkowi za łaskawie mi udzielone wskazówki.

III. **Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.**

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał

Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc obecnie do biologicznych środków rozpoznawczych, chciałbym poświęcić nieco czasu próbie Widala, jako najbardziej rozpowszechnionej i najprzystępniejszej. Pomijając technikę tej próby, jako ogólnie znaną, przedstawię tylko znaczenie jej rozpoznawcze według obecnego stanu naszych wiadomości. Kiedy Widal dnia 26 czerwca 1896 r. obwieścił światu swą metodę, sądził, że metoda ta pozwoli, podobnie jak odczyny chemiczne, bezwzględnie rozstrzygnąć naturę danego przypadku chorobowego. Ale zjawiska biologiczne, acz mające bezwątpienia podstawę swą w chemii, są niezmiernie zawiłe i rzadko wśród nich znajdziemy odczyny tak proste, żeby dodatni lub ujemny wynik mógł rozstrzygać stanowczo o ich istocie. Dalsze badania, których liczba urosła obecnie do legionu, wykazały, że swoista aglutynacya jest tylko zwiększeniem prawidłowej własności surowicy ludzkiej, że tedy należy przyjąć pewną granicę, dzielącą odczyny swoiste od nieswoistych; za taką granicę obecnie ogólnie przyjmujemy rozcieńczenie surowicy $^1/_{50}$, jakkolwiek nie brak głosów, żądających przesunięcia jej do rozcieńczenia $^1/_{100}$. Przyjąwszy tę granicę, należy zapytać, czy dodatni wynik uprawnia do przyjęcia duru, czy ujemny pozwala rozpoznanie to wykluczyć? I w jednym i w drugim przypadku będzie to możliwe tylko przy uwzględnieniu całego szeregu okoliczności towarzyszących. W razie wyniku dodatniego przedewszystkiem musimy się upewnić zapomocą wywiadów, czy chory poprzednio nie przebywał duru, wiemy bowiem, że czasem nawet po upływie całego szeregu lat od przebycia duru surowica może zachować własności aglutynacyjne i to w dość wysokim stopniu. Dalej wykazują spostrzeżenia Grünbauma, Eckardta, Żupnika i Köhlera, że chorzy, dotknięci żółtaczką, przy sprawach zapalnych lub nowotworowych w drogach żółciowych, w ich niedrożności, w chorobie Weila, mogą posiadać

surowicę aglutynującą bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{100}$—$^1/_{2000}$; Köhler, który bliżej się zajmował teoretyczną stroną tego zjawiska, stwierdził, że kwasy żółciowe czasem tylko działają aglutynująco na bakterye durowe i że podobnie zastrzyknięcie ich u psów nie stale wywołuje zwiększenie siły aglutynacyjnej surowicy. Zgodnie z tem nie we wszystkich przypadkach żółtaczki u człowieka spostrzegano tak wysokie wartości aglutynacyjne. Aglutynacya, wywołana obecnością kwasów żółciowych we krwi, w przeciwieństwie do wywołanej działaniem prątków Ebertha, nie jest swoistą; w pracy o serodyagnostyce gruźlicy opisaliśmy z Kellerem przypadek żółtaczki, w którym surowica uzyskała wobec hodowli gruźliczych najwyższą dotąd spostrzeganą siłę aglutynacyjną wysokości $^1/_{500}$; podobnie spostrzeżenia moje i Kleina i innych autorów stwierdziły w przypadkach przerostowej marskości wątroby znaczną zdolność surowicy do aglutynowania ludzkich ciałek czerwonych. Bądźcobądź obecność żółtaczki w przypadku podejrzanym o dur nie pozwoli nam zużytkować rozpoznawczo dodatniego wyniku próby Widala; wątpliwości tego rodzaju zwłaszcza łatwo mogą się nasunąć w zakażeniach dróg żółciowych, przy ropniach wątroby, w chorobie Weila. Na dalsze źródło błędów, zawarte w tak zw. aglutynacyi grupowej, wskażę w dalszym ciągu przy omawianiu duru rzekomego. Co się tyczy ujemnego wyniku próby Widala, to zaznaczyć należy, że znamy z piśmiennictwa znaczny szereg przypadków, po części bakteryologicznie stwierdzonych, w których odczyn wystąpił bardzo późno w przebiegu choroby, lub też dopiero w okresie ozdrowienia, lub wreszcie w ciągu obserwacyi wcale nie wystąpił. Nie zdziwi to nas, jeśli uwzględnimy biologiczną naturę odczynu; podobnie jak nasze zwierzęta doświadczalne różnie oddziaływają na zabiegi uodpornienia, to zn. z różną szybkością i sprawnością, tak i ustroje ludzkie niejednakowo oddziaływają na zakażenie durowe; wytwarzanie aglutynin, polegające na pewnego rodzaju sprawie wydzielniczej, w jednym przypadku występuje wcześnie, w innym późno, w jednym w słabym stopniu, w innym nader wybitnie. Bardzo też być może, że w wielu przypadkach z odczynem ujemnym mamy poprostu do czynienia ze słabym odczynem dodatnim, obracającym się jeszcze w zakresie nieswoistym, choć dana wartość, np. $^1/_{20}$, może być dla danego właśnie przypadku swoistą, jeśli przed zakażeniem surowica tego osobnika wcale nie aglutynowała bakteryi durowych. Ten pogląd tłómaczy nam także przypadki opisane, gdzie istniejący już odczyn wybitnie dodatni znika w przeddzień zejścia śmiertelnego; jeśli będziemy taki przypadek badać w dniu zejścia, uzyskamy wynik ujemny, a nazajutrz sekcya przekona nas, że mieliśmy przed sobą dur brzuszny. W takich przypadkach silne zakażenie, podkopując całą ekonomię ustroju, poraża także działalność narządów, wytwarzających aglutyniny, powodując przez to ujemny wynik próby.

Na inną wreszcie nader ważną przyczynę ujemnego wyniku próby Widala wskazały badania lat ostatnich, dowodzące, że istnieją przypadki, klinicznie zupełnie od duru się nie różniące, a wywołane przez bakterye spokrewnione z prątkiem Ebertha, z nim jednak nie identyczne. Przed niespełna trzema laty Schotmüller opisał przypadek, klinicznie przedstawiający się jako dur brzuszny na podstawie przebiegu ciepłoty, obrzęku śledziony, typowej wysypki, toksycznych objawów ogólnych, nieżytu oskrzelowego, zwolnienia tętna. Próba Widala wypadła ujemnie nawet w rozcieńczeniu $^1/_{20}$; ze krwi Schotmüller wyhodował bakterye, o własnościach, o których niżej będzie mowa, a które surowica danego chorego aglutynuje w rozcieńczeniu $^1/_{100}$. Niezadługo potem Schotmüller mógł opisać dalszych 5 podobnych przypadków, przyczem zaproponował przypadki tego rodzaju odgraniczyć na podstawie odrębnej etyologii od duru właściwego i nazwać durem rzekomym (*Paratyphus*). Równocześnie prawie Kurth opisał 5 podobnych przypadków, wywołanych przez bakterye odrębne od durowych, a które nazwał *bac. bremensis febris gastricae*. Odtąd po całej Europie i Ameryce mnożą się opisy takich przypadków tak, że w niedługim stosunkowo czasie trzech lat opisano już ich kilkadziesiąt. Nie wdając się w szczegóły każdego przypadku, postaram się obecnie pokrótce scharakteryzować kliniczny ich obraz, następnie zaś zajmę się bakteryologiczną stroną tych przypadków, równie ciekawą, jak ważną. Klinicznym swym obrazem przypadki nasze zupełnie przypominają dur brzuszny; tu, jak tam, dość znaczna wielokształtność choroby, zmienne objawy, typ choroby nie tak mocno zaznaczony, jak np. przeważnie w chorobach wysypkowych. Tor gorączkowy podobnie, jak w klasycznych przypadkach duru, poczyna się stadyum wstępnem wzmagającej się gorączki, następuje okres gorączki stałej lub zwalniającej, który przez okres krzywych amfibolicznych lub poprostu litycznie schodzi do normy. Dur rzekomy jednak na ogół przedstawia więcej form nietypowych, niż rzeczywisty: — przypadki o krótszym, 2—3 tygodniowym przebiegu są częstsze, choć nie brak i ciężkich, trwających do 5 tygodni; tu i ówdzie spotykamy się z nagłym początkiem gorączki wśród dreszczów, częściej jednak wznosi się ona zwolna po kilkodniowym okresie zwiastunów. W niektórych przypadkach spostrzegano krytyczny spadek ciepłoty; dość często też krótkie nawroty gorączki, jedno lub kilkodniowe, przerywające okres ozdrowienia. Ciekawie przedstawia się co do swego przebiegu przypadek Briona i Kaysera, w którym u młodej dziewczyny wystąpiły trzy okresy gorączkowe po 9, 16 względnie 15 dni, oddzielone równie długimi okresami bezgorączkowymi; o ile ostra rzeżączka, wikłająca ten przypadek, wpłynęła na ten odrębny przebieg, trudno powiedzieć. Uderzający jest także przypadek, opisany przez Feyfera i Kaysera, w którym zakażenie mięszane przez prątki durowe i rzekomo durowe przebiegało zupełnie bezgorączkowo przy obecności wszystkich innych typowych objawów duru. Z objawów wstępnych należy zaznaczyć ogólne niedomaganie, trwające kilka dni, bóle głowy, czasem bóle w krzyżu i kończynach, rzadko dreszcz. Ze strony przewodu pokarmowego spotykamy czasem z początku choroby wymioty i kruczenie w żołądku, stale kruczenie nad jelitem ślepem, biegunkę o mniej lub więcej typowych stolcach, brzuch niebolesny, śledzionę czasem tylko macalną, często wypukiem powiększoną. Język przeważnie obłożony, zapalenie gardła często towarzyszy wstępnemu okresowi choroby, a rozlany nieżyt oskrzelowy całemu jej przebiegowi. Tętno bywa regularne, miękkie, rzadziej dwubitne, czasem w stosunku do wysokości ciepłoty zwolnione, czasem z nią się zgadza. Bóle głowy dość częste; sensoryum już to wolne, już to zajęte, chorzy bywają senni, czasem bredzą i majaczą. Mocz gorączkowy może zawierać ślad białka, często spostrzegano w nim odczyn dyazowy Ehrlicha. Co do różyczki, to występowanie jej jest niestałe, podobnie jak w durze, prawdzi-

wym. natomiast spostrzegano w szeregu przypadków wysypkę nader obfitą, zajmującą nawet kończyny, twarz i wysypującą się na kilka zawodów. Ogólny charakter zakażenia jest łagodny i nawet przypadki, przebiegające wśród cięższych objawów, kończą się pomyślnie, a okres ozdrowienia jest dość krótki; temu właśnie charakterowi odpowiada na ogół mniej typowy przebieg, właściwy lżejszym formom duru. Ponieważ na podstawie obecnych naszych wiadomości możemy przyjąć, że na każde 15—20 przypadków duru przypada 1 duru rzekomego, należy i skądinąd przypuszczać, że zakażenia rzekomodurowe przebiegają ogółem łagodnie, jak to słusznie podnosi Schottmüller. Od czasu odkrycia Ebertha, t. j. od 20 lat, w niezliczonych przypadkach sekcyjnych dokonywane bakteryologiczne badanie nigdy nie wykazało bakteryi rzekomodurowych; gdyby odpowiednio do swej częstości przychodziły na stół sekcyjny zakażenia, przez nie wywoływane, z pewnością jeden lub drugi badacz byłby je już dawno opisał. Wobec tego charakteru sprawy nie zdziwi nas, że dotąd posiadamy w piśmiennictwie tylko dwa opisy sekcyi zwłok po durze rzekomym; pierwszy, opisany przez Siona i Negela, dotyczy młodego człowieka, który przez 5 tygodni przedstawiał objawy ciężkiego duru; wysoką gorączkę, tętno częste, odleżyny, język obłożony, typową bardzo obfitą wysypkę, mocne zajęcie sensoryum, a pod koniec objawy zajęcia opon mózgowych i niedomogi serca. Z objawów duru brakło biegunki i kruczenia nad jelitem ślepem, natomiast za durem przemawiał związek z równoczesną epidemią duru w mieście, fakt, że kilku członków rodziny chorego równocześnie przebywało dur, a wreszcie, że próba Widala dała wynik dodatni. Natomiast bakteryologiczne badanie krwi za życia, jak również wynik sekcyi, pouczyły, że zachodziło tu zakażenie rzekomodurowe. Znaleziono dość świeże zatorowe rozmiękczenie w okolicy skroniowej lewej półkuli mózgowej, rozsiane świeże zapalenie opon miękkich i substancyi korowej, w płucach ogólny śluzoworopny nieżyt oskrzeli z ogniskami zrazikowego zapalenia płuc, nadto prawostronne surowiczo-włóknikowo-krwotoczne zapalenie opłucnej. Mięsień sercowy zwyrodniały z wyroślą Laennekowską u szczytu lewej komory w okresie rozmiękania, a w następstwie zawały z bezkrwistości w śledzionie i nerkach. Śledziona przedstawiała obok przewlekłego obrzęku i ostry. Błona śluzowa jelit ogólnie przekrwiona, pokryta śluzem; tuż przed ujściem do jelita ślepego błona śluzowa jelita cienkiego przedstawia w rozległości 10 ctm. zmiany błonicze, kępy Peyera niezmienione, podobnież mieszki odosobnione zupełnie prawidłowe i gruczoły krezkowe prawidłowe, drobne, na przekroju blado-szare. Z istoty mózgowej, z ogniska rozmiękczynowego, ze krwi, narośli śródsierdziowej, z płynu opłucnowego i osierdziowego, z wątroby, ze śledziony i nadnerczy wyhodowano w czystej hodowli bakterye rzekomodurowe, z oskrzeli obok nich wyrósł paciorkowiec i otoczkowiec Friedländera. Jak widzimy stąd, obraz anatomiczny zupełnie różny od durowego i to w dwóch kierunkach: naprzód mamy typowe zmiany zakażeń septycznych, rozsiane w całym ustroju; z drugiej strony stan przewodu pokarmowego niczem nieprzypomina duru. Wprawdzie znane są przypadki duru bez zmian w narządzie chłonnym przewodu pokarmowego, ale zupełnie bezprzykładne są zmiany nieżytowo-błonicze, opisane w naszym przypadku. Fakt ten tem bardziej zasługuje na uwagę, że i w drugim przypadku sekcyjnym, podanym przez Longcopea w Filadelfii również brak zmian w narządzie chłonnym jelitowym; nie uprawnia to jeszcze do wniosków dalej idących, ale niemniej pozostanie dziwnem[1]).

Jakaż jest epidemiologia duru rzekomego? Na pytanie to, ważne z różnych względów, odpowiedź z natury rzeczy może być na razie tylko niewystarczająca. Rozpoznanie przypadków tych możliwe jest tylko na podstawie bakteryologicznej, a odbywa się najczęściej w pracowniach zdala od praktyki, to też niełatwo było w stosunkowo krótkim czasie zebrać dostateczny materyał do zupełnego wyjaśnienia tej sprawy. Pewna część przypadków zdaje się być luźnie rozsiana wśród durowych; zwłaszcza w większych szpitalach, zbierających materyał chorych z większych przestrzeni, niełatwe jest stwierdzenie umiejscowienia takich przypadków. Znamy już jednak trzy epidemie tej choroby, pozwalające na pewne przypuszczenia co do sposobu szerzenia się jej. De Feyfer i Kayser opisują małą epidemię z 14-tu przypadków w mieście Eibergen na pograniczu Holandyi i Niemiec, a rozpadającą się na cztery niezależne małe epidemie domowe: źródła i powiązania tych epidemij nie mogli autorowie z pewnością stwierdzić: podejrzenie ich kierowało się ku wodzie z potoku, przepływającego tę miejscowość, względnie ku masłu i mleku, pobieranemu z wspólnego źródła. Dobrze obserwowaną epidemię duru rzekomego w garnizonie w Saarbrücken opisuje Hünerman; ściśle określone warunki, w jakich żyją żołnierze w garnizonach, pozwoliły tu dość dokładnie zbadać epidemiologię choroby. Do garnizonu zawlókł ją muszkieter, wracający z urlopu; z jego odchodami dostały się bakterye do wodociągu, właśnie w owym czasie uszkodzonego i wywołały epidemię z 38 przypadków. Badanie bakteryologiczne i seroreakcya wykazały obecność duru rzekomego, a surowica owego muszkietera, podówczas już zupełnie zdrowego, aglutynowała odnośne bakterye w rozcieńczeniu $^1/_{2000}$. Równie ciekawą jest mała epidemia domowa, opisana przez Siona i Negla; cała rodzina, złożona z 6 osób, zamieszkująca odosobniony mały domek, zachorowała wśród objawów durowych: bakteryologiczne badanie stwierdziło dur rzekomy. Zakażenie odbyło się drogą wody; w mule, pokrywającym dno studni otwartej, bardzo pierwotnie zbudowanej, autorowie wykazali obecność bakteryi rzekomo durowych. Ściśle ograniczony zakres epidemii tłómaczy się tą okolicznością, że owa studnia służyła wyłącznie dla potrzeb mieszkańców danego domku, gdyż okoliczne domki posiadały własne studnie. Z danych tych widzimy, że drogi przenoszenia się duru rzekomego będą prawdopodobnie te same, co prawdziwego; o ile swoiste bakterye wykazano w stolcach, a w kilku przypadkach i w moczu chorych przy istnieniu bakteryomoczu, należy w tych przypadkach wydaliny te odkażać równie troskliwie, jak to higiena nakazuje nam wobec wydalin chorych durowych. Zadaniem dalszych badań będzie oczywiście poznać dokładnie biologię bakteryi rzekomo-durowych, stwierdzić, czy mogą się rozmnażać tylko w ustroju ludzkim, czy też mogą żyć dłuższy czas poza ustrojem, a uzyskawszy odpowiedź na te pytania, wyciągnąć z nich odpowiednie wnioski co do

[1]) W ostatnich dziełach Lucksch (Cbl. für Bakter, I. Abth. Or. XXXIV. Nr. 2.) opisuje przypadek sekcyjny duru rzekomego również bez zajęcia narządu chłonnego a z obrazem zmian nieżytowo-błoniczych w jelitach.

higieny i zapobiegania. Jako ciekawy szczegół w sprawie przenoszenia się choroby chciałbym jeszcze podnieść, że tak niedawno dopiero znane te bakterye dały już powód do zakażenia laboratoryjnego; Schottmüller opisuje przypadek lekarza, który zajmował się ich badaniem, a w tydzień potem zapadł na dość ciężki dur rzekomy, stwierdzony przez seroreakcyę. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Riegel (Giessen). **O tętnie dziwacznem** (*pulsus paradoxus.*) (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 20, 1903). Pierwszym, który w przebiegu jednego przypadku chorobowego zwrócił szczególniejszą uwagę na objaw, że podczas wdechu tętno staje się słabszem, lub czasami zupełnie znika, był Widemann, przyjmując za podstawę tego objawu łącznotkankowe zapalenie osierdzia i śródpiersia. Sekcya potwierdziła jego rozpoznanie, wykazując między innemi postronkowate zrosty pomiędzy mostkiem a tętnicą główną, które przesuwając za każdym wdechem aortę na prawo, częściowo ją zasznurowywały. Kussmaul zaś nadał temu objawowi miano „pulsus paradoxus", stawiając go za główną cechę rozpoznawczą w zapaleniu osierdzia i śródpiersia. Późniejsze dokładniejsze spostrzeżenia dopiero wykazały, że „tętno dziwaczne" pojawia się także, i to nawet daleko częściej, w przebiegu innych cierpień, jak przy tętniakach aorty, ogólnej miażdżycy tętnic, zwyrodnieniu mięśnia sercowego, osłabieniu serca, wreszcie w licznych schorzeniach narządu oddechowego (w zwężeniach krtani, tchawicy itp.), jak to sam autor miał sposobność stwierdzić. W dalszej części swej pracy stara się Riegel rozwiązać kwestyę powstawania rzeczonego tętna, którego przyczyna może być rozmaita: pierwsza polega na zapaleniu osierdzia i śródpiersia, w czem autor zupełnie się zgadza z poprzednio wyłuszczonemi zapatrywaniami, że „tętno dziwaczne" jest w tym przypadku jedynie następstwem czysto mechanicznego ucisku wielkich naczyń przez postronkowate zrosty i to podczas wdechu. Zarówno serce, jak i tony sercowe, zupełnie nie wchodzą w rachubę. W przypadkach zaś zwężeń krtani lub tchawicy sprawa się ma zupełnie inaczej; tutaj tętno „dziwaczne" nie jest wynikiem ucisku, lecz wyrazem zmienionej czynności serca, która następowo uwydatnia się w tętnie. Utrudniony bowiem dostęp powietrza pociąga za sobą powiększone parcie ujemne, które się znów odbija na funkcyi serca: im większy będzie stopień zwężenia, tem większe będą, jak to doświadczenia na zwierzętach wykazały, wdechowe różnice w parciu tętniczem. Natychmiast po tracheotomii, a więc po usunięciu przeszkody, znika także „tętno dziwaczne".

Podobne są stosunki w zapaleniu płuc, w wysiękach opłucnowych i w zapaleniu drobnych oskrzeli· odporność mięśnia sercowego jest w przebiegu tych chorób upośledzona; a następstwem takiego osłabienia serca może być „tętno dziwaczne". Że w danym przypadku kilka czynników może wpłynąć na wytworzenie się opisanego tętna, nie ulega chyba wątpliwości i dlatego dokładne zbadanie wszystkich w grę wchodzących spraw jest rzeczą bardzo ważną, szczególnie ze względu na późniejszy kierunek leczenia.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Prof. Dunbar (Hamburg). **Dalszy przyczynek do etyologii i leczenia gorączki siennej.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 9, 1903). Poszukiwania autora wykazały, że ziarnka pyłku (*Pollenkörner*) żyta, jęczmienia, pszenicy, ryżu, kukurydzy i innych badanych rodzajów traw zawierają składniki, które tylko u osób, zapadających zwykle na gorączkę sienną, wywołują wszystkie objawy tej choroby, a zostają bez wpływu na inne osoby. Dalej stwierdził autor, że działaniu trucizny, wywołującej gorączkę sienną, ulegają nie tylko błona śluzowa, zaopatrzona przez n. troisty, lecz nie mniej i inne błony śluzowe, jak n. p. odbytnicy — i to nie tylko w krytycznym czasie, t. j. miesiącu maju, czerwcu i lipcu, ale też o każdej porze roku. Na podstawie przeprowadzonych badań skłania się autor do zapatrywania, że laseczki skrobi (*Stärkestäbchen*) przedstawiają tu substancyę istotnie działającą. Przez przeszczepienie na zwierzęta treści ziarnek pyłkowych traw (*Gramineenpollenkörner*), toksyny pyłkowej (*Pollentoxin*), udało się uzyskać surowicę leczniczą, której używano w omawianej chorobie z dobrymi wynikami. *Spira.*

Dr. Rombeld. **O odosobnionym kurczu drgawkowym podniebienia miękkiego.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 13, r. 1903). Przyczyny kurczu podniebienia mogą znajdować się w ośrodkach, t. j. być pochodzenia jądrowego, nadjądrowego, względnie korowego, bądź też tkwić na obwodzie. Sądząc z niektórych spostrzeżeń, kurcze te powstały na drodze odruchowej wskutek podrażnienia gałązek czuciowych n. troistego przez sprawy chorobowe w nosie lub w jamie ustnej. Autor opisuje rzadki przypadek odosobnionego kurczu podniebienia. U chorej nerwowej, dotkniętej miażdżycą tętnic i przerostem serca, wystąpiły wśród objawów udarowych utrudnienie ruchów języka, zboczenie mowy, polegające na porażeniu n. podjęzykowego, porażenie i kurcze podniebienia miękkiego. Po ustąpieniu innych objawów pozostał lekki niedowład i połowicze kurcze drgawkowe podniebienia. Istniejąca miażdżyca każe domyślać się zakrzepu lub zatoru, jako przyczyny tego objawu, mógłby jednak być nią także tętniak. Kwestyę siedziby cierpienia, czy była ona w jądrach opuszki, czy na torach przewodzących między jądrem błędno-dodatkowo-podjęzykowem a mózgowiem, autor zostawia otwartą. *Spira.*

Clemens. **Przypadek zrostu osierdzia leczony operacyą Talmy.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 22). Przypadek dotyczy chorej, która po przebytem przed 18 laty zapaleniu opłucnej i osierdzia, cierpiała na zrost serca z osierdziem i od czasu do czasu dostawała objawów niewyrównania, polegającego na obrzękach, puchlinie brzusznej i jamy opłucnowej. Dawniej objawy te pod wpływem leczenia wewnętrznego ustępowały; lecz od 9 miesięcy nie pomogły już spokój, środki wewnętrzne i punkcye brzucha, zaczem postanowiono puchlinę brzuszną leczyć sposobem, zaleconym przez Talmę w puchlinie z powodu marskości wątroby. Objawy zastoju bowiem w wielu przypadkach niewyrównanej wady sercowej, a szczególnie zrostu osierdzia, występują prawie wyłącznie w układzie żyły bramnej. Operacyę Talmy w celu usunięcia puchliny u chorych sercowych wykonano dotychczas trzy razy z nieznacznym skutkiem, a w przypadku opisanym po wykonanej operacyi musiano jeszcze raz wykonać nakłócie brzucha, poczem nastąpiło wyraźne, lecz przejściowe tylko polepszenie. *Dr. Fels.*

Prof. Bossi. **O odporności zwierząt w ciąży i połogu względem zakażenia i otrucia.** (Tymczasowe doniesienie do wskazań przerwania ciąży z powodu chorób wewnętrznych). (*Arch. für Gyn.* tom 68, zeszyt 2, 1903). Chcąc sprawę tę choć w części wyjaśnić, przeprowadzał autor szereg doświadczeń na królikach i świnkach morskich, ciężarnych i nieciężarnych, w okresie połogu i poza nim, zachowując naturalnie skrupulatnie ostrożności, chroniące doświadczenia od innych wpływów. Zwierzętom tym wstrzykiwał różne drobnoustroje (błonicze, gruźlicze, zapalenia płuc, okrężnicowe, różnego rodzaju łańcuszkowce i gronkowce, *proteus mirabilis*, *pyocyaneus*), wzięte wprost z hodowli i to podskórnie, śródżylnie do jamy otrzewnowej, a w okresie połogowym do pochwy i macicy. Celem wywołania zatrucia (intoksykacyi) użył toksyn błoniczych i tuberkuliny. Otrzymał następujące wyniki: 1) Zwierzęta ciężarne wykazały o wiele większą liczbę ostrych schorzeń i wyników śmiertelnych, aniżeli nieciężarne. 2) Ostre objawy i zejście śmiertelne zwierząt ciężarnych występowały tem wybitniej i szybciej, im ciąża była dalej posuniętą tak, że w przypadkach ciąży początkowej nie można było wogóle zauważyć różnicy między zwierzętami ciężarnemi i nieciężarnemi. 3) Przy wszystkich zakażeniach zauważono u zwierząt ciężarnych ciepłotę wyższą przeciętnie o 1·5° C., aniżeli u zwierząt użytych do kontroli nieciężarnych. 4) Dosyć często występowały poronienia w następstwie zakażenia. 5) Tylko wobec drobnoustrojów błoniczych i ich toksyn okazywały zwierzęta ciężarne większą odporność. aniżeli nieciężarne. 6) W znacznej liczbie przypadków znaleziono w łożysku, cieczy owodni i krwi płodów obecność wstrzykniętych drobnoustrojów. 7) Łożysko należy uważać jako sączek (filter), zdolny do zatrzymania wszelkich drobnoustrojów, nawet wąglika, a przepuszcza je, jeżeli w niem powstaną jakieś ubytki, zdarcia, lub w okresie agonii, albo śmierci matki. Przypuszczenie to zostało objaśnione na przykładach. 8) Zwierzęta w okresie połogu i poza nim zachowują się wobec wywołanego zakażenia jednako. 9) We wszystkich przypadkach, w których wstrzyknięto położnicom drobnoustroje, czy to podskórnie, czy do otrzewnej, można było je wykazać w mleku. Punkt ten ważną odgrywa rolę w sprawie przenoszenia spraw zakaźnych z mamki na dziecko i nakazuje nam w wątpliwych przypadkach badać pokarm bakteryologicznie. Z tego wszystkiego wyciąga autor wniosek, że w przypadkach ciąży powikłanej jakąś chorobą zakaźną ostrą, należy ją sztucznie przerwać i to im wcześniej, tem lepiej, albowiem w miarę postępu ciąży zmniejsza się odporność ustroju, a zwiększa siła i szybkość wtargnięcia drobnoustrojów, a temsamem i niebezpieczeństwo życia dla matki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Prof. Ad. Onodi (Budapeszt). **Przyczynek do nauki o centralnem unerwieniu krtani.** (*Orv. het.* 1902, Nr. 11). Doświadczenia prawie wszystkich badaczy, dotyczące ośrodków, służących do unerwienia krtani, stwierdzają jednozgodnie, iż obrażenia

ośrodka korowego nie pociągają za sobą żadnego trwałego upośledzenia ani w fonacyi, ani ruchomości więzadeł głosowych. Tosamo stwierdzają doświadczenia Onodiego. Do oznaczenia ośrodków nerwowych, służących do wytwarzania głosu, służyły dotychczas doświadczenia na zwierzętach, oraz spostrzeżenia na przedziurawionych główkach noworodków i na potworach. Z doświadczeń Onodiego wynika, iż obszar podmózgowego ośrodka fonacyjnego rozciąga się w długości 12 mm. poza wzgórkiem czworaczym, aż do czwartej komory. Odcinek ten kończy się powyżej obszaru nerwu błędnego, a przecięcie rdzenia przedłużonego powyżej ośrodka nerwu błędnego sprowadza utratę fonacyi bez upośledzenia oddychania. Noworodki z przedziurawioną główką nie wydają głosu, jeżeli wspomniany ośrodek został zniszczony. *Dr. Baschkopf.*

Elemer Pollatschek (Budapeszt). **W sprawie znieczulania krtani w gruźlicy.** (*Mag. orv. Lap.* Nr. 1, 1903). Tak kokaina, jak i ortoform mają tę wadę, iż nie można ich stosować w nieograniczonej ilości i częstości, gdyż działają trująco, a wpływ znieczulający trwa krótko. P. używa stale poleconej przez Noordena anestezyny (*Paramido-Benzoesäure-Aether*) do znieczulania gardła i krtani z bardzo dobrym wynikiem, pomijając naturalnie zabiegi operacyjne, w których nie wypiera kokainy. Do wstrzykiwania do krtani i wdychiwań stosuje P. zawiesinę: *Rp. Menthol. 1·50, Pulv. gum. arab., Ol. amygd. dulc, Aq. dest. aa 10·0, M. f. l. a. emulsio, adde Anaesthesini 3·0—5·0, Spirit. vini conc. 40·0, Aq. dest. 65·0 MDS.* S. n. Jeden cm. tego rozczynu (= 0·03—0·04 anestezyny) sprowadza w kilku minutach znieczulenie, trwające 3—30 godzin w najuporczywszych przypadkach bolesnego połykania. Rozczynu, rozcieńczonego wodą, można też używać do wdychiwań z tym samym wynikiem. Kaszel krtaniowy także łagodnieje na 5—6 godzin, często na dwa dni. Nie należy anastezyny używać w postaci proszku. Objawów zatrucia P. nie spostrzegał nigdy, nawet po 30 grm. Wewnętrznie podaje się anastezynę w dawkach 3—4,0 na raz w wrzodzie i raku żołądka. *Baschkopf.*

Krüger. **Mięsienie gruczołu krokowego a białkomocz.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Przypadek nasunął autorowi spostrzeżenie, że po mięsieniu gruczołu krokowego, zastosowanem z powodu przewlekłego jego zapalenia, może wystąpić białkomocz, który jednakże ustępuje po zaprzestaniu mięsienia. Takich spostrzeżeń ma autor dwa. W obu było przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego po dawno przebytej rzeżączce, bez możności jednak znalezienia dwoinek rzeżączkowych, w obu sprawa dotyczyła osobników nerwowych. Krüger badał mocz w tych przypadkach codziennie przez cztery tygodnie, a białko występowało tylko po mięsieniu gruczołu krokowego; wałeczków zaś nigdy nie stwierdzono. Utrzymuje on stanowczo, że białko to było pochodzenia nerkowego, a nie spowodowane treścią ciałek białych, nasienia lub podobnej domieszki w moczu. Co do przyczyny powstawania, to możnaby przypuścić, że wskutek mięsienia przychodzi do wessania substancyi, które zostały złożone w schorzałym gruczole krokowym, a te, zmienione chemicznie, dostają się drogą krążenia krwi do nerek i wywołują podrażnienie przyblonków nerkowych, albo być może, że substancye te działają na drodze nerwowej. Autor nie chce tej sprawy rozstrzygać: zapatrując się na nią ze strony praktycznej, radzi w tych przypadkach mięsienia zaprzestać, a w każdym przypadku mięsienia gruczołu krokowego codziennie mocz kontrolować. *B. Żmigród.*

Ullmann. **Przypadek uszkodzenia jelita przy przedziurawieniu macicy narzędziem.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 24). Przedziurawienia macicy, czy to przy sondowaniu, czy też przy skrobaniu z jakiegokolwiek wskazania, nie należą do rzadkości. Przyczyna tego, (mimo największej ostrożności ze strony operującego), leży w zmianach chorobowych mięśni macicy, które są powodem ich kruchości; badania histologiczne Schultze-Vellinghausena potwierdzają dowodnie te zmiany w budowie mięśni macicy, co może stać się powodem pęknięcia nawet bez użycia znaczniejszej siły. Przedziurawienie to wydarza się najczęściej w bliskości ujścia wewnętrznego. Autor podaje pięć przypadków z piśmiennictwa, w których nastąpiło uszkodzenie jelita przy przedziurawieniu macicy, a niektórzy operatorowie, chwyciwszy jelito po przedziurawieniu macicy kleszczykami, ciągnęli je przez otwór w macicy, mniemając, że mają do czynienia z cząstkami wyskrobanej błony śluzowej, lub też z błonami. Między tymi przypadkami znajduje się znany przypadek wiedeński z roku 1899, z powodu którego operator skazany został sądownie za błąd w sztuce. Z pięciu tych przypadków, dwa zakończyły się śmiertelnie, a trzy wyzdrowieniem. W przypadku swoim robił autor laparotomię w 15 godzin po przedziurawieniu macicy, przyczem okazało się, że otwór był w okolicy odejścia prawej trąbki. Poszarpane brzegi otworu obrównano i zeszyto. Jelito było oderwane od krezki na długość 15 ctm. i krwawo nastrzykane. Ullmann zresekował 24 ctm. jelita, a końce połączył swoim sposobem, następnie ze względu na macicę, wysączkował jamę brzuszną gazą jodoformową i zeszył powłoki brzuszne, pozostawiwszy w ranie trochę miejsca na przeprowadzenie sączka. Chora miała się początkowo bardzo źle, później jednakże stan się poprawił i opuściła szpital zupełnie wyleczona. *B. Żmigród.*

Kehr. **Chirurgiczne leczenie ostrego i przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego** (*d. choledochus*), **spowodowanego przez kamień lub guz.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 22). Autor streszcza swą pracę w następujących twierdzeniach: 1. Leczenie ostrego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego, wywołanego przez kamień, należy z małymi wyjątkami do lekarza chorób wewnętrznych. 2. W przewlekłem zamknięciu przewodu, spowodowanem przez kamień, należy wkroczyć operacyjnie. Operacya nie powinna być robioną za późno; z reguły nie powinno się czekać dłużej, niż trzy miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów zamknięcia przewodu. 3. Kruszenie kamieni żółciowych (*choledochotripsia*) przy zamknięciu nimi przewodu powinno być zaniechane; połączenie woreczka żółciowego z jelitem (*cystenterostomia*) powinno być rzadziej robione, a zamiast choledochotomii ze szwem należy wysączkować przewód wątrobowy (*Hepaticus-drainage*). Przy silnem sparciu się kamieni na wzgórku dwunastnicy (*papilla duodeni*) bierze się pod uwagę metodę Burneya. Hepatikotomia rzadko tylko jest potrzebną. 4. O ile choroba nie powikłała się rozległem zapaleniem naczyń żółciowych, ropniem, rakiem trzustki itd., nie jest ta operacya bardzo niebezpieczną; śmiertelność przy jej wykonaniu wynosi 3%. Wykonana jednak za późno, już przy obecności ciężkiego zakażenia, rzadko dać może oczekiwany wynik. 5. Przebieg pooperacyjny winien być śledzony z największą uwagą. 6. W przewlekłem zamknięciu przez guz (rak przewodu żółciowgo wspólnego, lub trzustki), trzeba myśleć tylko o operacyi. W największej liczbie przypadków będzie ona tylko operacyą łagodzącą (paliatywną); przy małych zaś rakach w środkowej części przewodu żółciowego jest możliwą operacya doszczętna. Przy guzach dobrotliwych trzustki (*pancreatitis chronica interstitialis*) operacya może sprowadzić stałe wyleczenie. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Żelatyna. (*E. Merck Jahresberichte.* 1902). Ostatnie lata wiele przyniosły nowych prac o żelatynie, jako o środku skutecznym w tamowaniu krwawień i podnoszącym krzepliwość krwi. Hesse podaje, że zapomocą dziennych dawek 200 grm. 10% rozczynu żelatyny, stosowanych w ciągu roku u 8-letniego chłopca, cierpiącego na krwawiączkę znacznego stopnia, uchronił go od wszelkich znaczniejszych utrat krwi. Saroni stosuje z dobrym skutkiem w plamicy krwotocznej lewatywy z 50 ctm. 6—10% rozczynu żelatyny z dodatkiem 0·6% soli kuchennej. Cavalieri zapobiega przestrzykiwaniami 2% rozczynu krwawieniom po operacyach ginekologicznych. Podskórne wstrzykiwanie słabych rozczynów żelatyny ma być skuteczne dla zapobiegania krwotokom śródoponowym. Wobec bezsilności leczenia przypadków tych krwotoków innymi sposobami próby te zasługują na powtórzenie. Również podskórnie stosowana żelatyna polecaną bywa w czerniaczce noworodków (*melaena neonatorum*). Z wielu stron zwracano uwagę na możliwość zakażenia tężcem przy użyciu niedostatecznie jałowych rozczynów. Merck przyrządza zupełnie pewny 10% rozczyn do wstrzykiwań podskórnych w małych rurkach szklanych, zawierających 40 ctm. rozczynu. Cena 10 grm. wynosi około 50 hal. W rurkach tych można żelatynę przechowywać latami w chłodnem miejscu. *Dr. T. Ż.*

Extractum Veratri viridis fluidum. (*E. Merck Jahresberichte,* 1902). Ciemierzyca zielona (*Veratrum viridum*) cieszy się dużem wzięciem u lekarzy amerykańskich, jako lek kojący, wymiotny, moczopędny i napotny. Obecnie René de Cortret (*Presse médicale* 1902, Nr. 94) poleca gorąco wyciąg płynny tej rośliny, jako znakomity środek przeciw drgawkom połogowym. Najlepsze wyniki osiąga się, stosując lek ten podskórnie; dawkowanie zależy od zachowania się tętna chorej. Przy tętnie 120 lub więcej na minutę wstrzykuje się 20—22 kropel wyciągu; przy mniej szybkiem tętnie 10—20 kropel. Najwyższe nasilenie działania występuje po 30-tu minutach; częstość tętna nieraz zmniejsza się o połowę. W razie, gdyby po upływie tego czasu działanie nie wystąpiło, należy tęsamą, lub nieco mniejszą dawkę powtórzyć. Działanie leku trzeba utrzymać przez 24 godzin, wstrzykując od czasu do czasu po kilka kropel wyciągu, zawsze kierując się tętnem chorej. Chora musi cały czas zachować położenie leżące; wyprostowanie może sprowadzić nagłą śmierć. Przy zachowaniu tych ostrożności stosowanie środka tego nie przedstawia niebezpieczeństwa, a nieraz bywa bardzo zbawienne. Cena 1 grm. = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Diastase absoluta (1: 300). (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Jest to ferment, otrzymany ze słodu w postaci białego, lub żółtawego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie. Przetwór ten posiada zdolność rozpuszczania skrobi (1: 300). Oefele poleca dyastazę w postaci tabliczek, zawierających 0·10 dyastazy, w razie, jeżeli ślina utraciła częściowo, lub całkowicie zdolność trawienia skrobi. Stwierdzić to można, wykazując niestrawioną skrobię w kale (próba jodowa). Podawać należy natychmiast po posiłku, zawierającym skrobię, aby uniknąć osłabienia działania przez kwas solny. Dawka dzienna dyastazy wynosi pięć tabliczek, po każdym posiłku jedna tabliczka. *Dr. T. Ż.*

Ergotyna. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Solt[1]) zaleca ergotynę, jako bardzo skuteczny środek przeciwko zakażeniu połogowemu, zwłaszcza w praktyce wiejskiej, gdzie stosowanie innych metod leczenia i leków zapobiegawczych jest bardzo utrudnione. Pod wpływem ergotyny zwężają się przestwory chłonne macicy; wskutek tego tkanka bardziej jędrna stawia skuteczny opór wtargnięciu substancyi zakażającej. W 30 leczonych przez autora przypadkach wynik podawania ergotyny był pomyślny. Solt zaleca co do sposobu stosowania ergotyny następujące wskazania: w razie, jeżeli poród przebiegał prawidłowo, bez zabiegu operacyjnego, podaje się położnicy 6 proszków sporyszu (*secale cornutum*) po 0·6 i to 2—3 proszki dziennie. W razie powikłań lub gorączki należy podać trzy razy dziennie po 10—20 kropel następującej mięszanki: *Ergotini, aquae dest. aa 5·00, Trae amarae 15·00.* *Dr. T. Ż.*

VI. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

W przeczuciu, jaką burzę ściągnęliby na siebie, a niemniej, by sprawie samej nie szkodzić, pozostawili projektodawcy supremacyę uniwersytetowi wileńskiemu, zastrzegając mu prawo promowania lekarzy, a ograniczając zakres działania Szkoły krzemienieckiej jedynie i wyłącznie do gubernii wołyńskiej.

Żądanie swoje umotywował Czacki w piśmie, wystosowanem „do komitetu“, *ad hoc* wyznaczonego „od uniwersytetu wileńskiego“ w następujący sposób: „Czuię potrzebę pomnożenia liczby Chirurgów i bab położniczych w naszym kraiu. Doskonały Cyrulik zrobi słusznych kilka operacyi. Dobry Cyrulik ocali życie kilkuset, których pierwszy szarlatan z liczby żyiących wyłącza. Tamtych dla szczególnych przypadków życzemy, tych dla codzienney potrzeby oczekuiemy, z kilku milionów ludzi, kilku lub kilkunastu wstawia szczęśliwych operatorów: lecz ileż to ofiar ginie z tej społeczności Narodowey dla tego, że pierwszego nie dano ratunku przeciwko chorobie, ktora nim wzrosła pod władzą iż tak rzekę uczciwszego Cerulika. Te porownanie na to służy ieśli iest zarzut że u nas będzie mniey doskonałych, ale w większej liczbie Cerulików......

Wreszcie kto broni celuiącemu innych iechać do Wilna i doskonalić się......

Wreszcie każda nauka powinna bydź upowszechnioną a iej prostota okazuie iej doskonałość..... [9])

Tak samo pisze 6-go lipca 1804 r. do Jana Śniadeckiego i nie inaczej uzasadnia racyę swoich dążeń w liście do Czartoryskiego 26-go lipca tegoż roku. Czego jednak nie mógł wynurzyć wobec profesorów wileńskich, to czyni wobec księcia kuratora, użalając się na nieumiejętne prowadzenie szpitala wileńskiego przez Franka i na wielką śmiertelność kobiet po porodach [10]).

[1]) Solt: Therapeutische Monatshefte 1902, Nr. 2).

[9]) Kod. nr. 3446 w archiwum XX. Czartoryskich. Protokół różnych czynności wizytatorskich.

[10]) Tamże.

Pomylili się jednak Czacki i Kołłątaj, jeżeli przypuszczali, że uniwersytet wileński tę ich skromność uzna. Zastanawiając się, jako bezpośrednio przełożona władza, nad projektem, zarzucił mu uniwersytet niedostateczność wszystkich potrzebnych kursów, brak szpitala i niemożność dokładnego egzaminowania kandydatów i kandydatek. Nie ograniczył się jednak do tych jedynie zarzutów, którym można było w ostateczności zaradzić, ale podniósł i usterki, o których dobrze wiedział, że niemi w sedno trafi, gdyż wypowiedział zdanie, że cały przyszły gmach stoi na bardzo niepewnej podstawie, albowiem runie z powodu braku dostatecznego poparcia pieniężnego. Składki bowiem nie dają dostatecznej rękojmi dla przedsięwzięcia, obliczonego na tak wielką skalę. Jeżeli zarzuty co do niedostateczności kursów, sił itd. mogły chwilowo robić wrażenie uzasadnionych, to musimy o tych ostatnich powiedzieć, że one były podyktowane uczuciem, nie przynoszącem zaszczytu zakładowi na takiej wysokości stojącemu, jak uniwersytet wileński. Wywołane intencyami nie zbyt pięknemi, dały one projektodawcom krzemienieckim dzielną broń do ręki. Postępowanie profesorów wileńskich wyprowadziło nawet i Kołłątaja z równowagi, który dając wyraz swojemu uczuciu, zarzuca im nieżyczliwość dla całej sprawy, zazdrość i chęć wprowadzenia w błąd kuratora.

Myliłby się jednak, ktoby przypuszczał, że całe ciało profesorskie było przeciwne projektowi krzemienieckiemu. Owszem, na posiedzeniach profesorów odbywały się bardzo nad nim żywe rozprawy, podczas których niektórzy wyrażali swoje sympatye dla zamiarów Czackiego.

Co zaś w tej dyskusyi najsmutniejsze, to fakt, że ten, który stał z tytułu rektora na czele szkół litewskich i wołyńskich, występował wrogo wobec planów Czackiego. Ksiądz Strojnowski, ten sam, który tyle katedr wileńskich wydał na łup Niemcom, stanął w pozycyi przeciw Czackiemu, Kołłątajowi i Śniadeckim. Powodem tego było osobiste wrogie usposobienie przeciw Czackiemu i przeciw Jędrzejowi Śniadeckiemu, który gorąco w obronie projektu występował. Niestety, nie wielu było, którzy mieli odwagę występować przeciw rektorowi. Jędrzej Śniadecki, będąc, jak się to mówi, na stopie wojennej z rektorem i kuratorem, z powodu nieprzyjęcia ze swej strony katedry farmacyi, i czując atmosferę dookoła siebie zanadto duszną, postawił wszystko na jedną kartę, donosił o wszystkiem, co się na uniwersytecie w tym kierunku działo, Czackiemu i przestrzegał go wprost przed przysyłaniem projektu do zaopiniowania do Wilna. „Uniwersytet Wileński“, pisze 3 Aprilis 1804 r. [11]) do wizytatora guberni wołyńskiej „Jego (projektu) pewno nie przyimie, gdyż kiedy tylko JWW. Pan Dobrodziey wspominałeś w listach swoich o podobieństwie założenia takiey szkoły, wszystkie skrzywione oczy y ięzyki tuteyszych uprzywileiowanych Wszechników, a osobliwie medików obróciły się natychmiast na mnie, iako autora tych myśli“. „Ale [12]) mam honor ostrzedz JWW. Pana Dobrodzieja raz jeszcze że kiedy projekta te przechodzić będą przez Uniwersytet, bardzo późno przyidą do skutku“. Dlatego też „projekt [13]) takowego ukazu powinien bydz podany do roztrząśnienia prosto JOKuratorowi i Ministrowi oświecenia“.

Unikający niezwykłych dróg, nie posłuchał Czacki tej rady, lecz napisał do Strojnowskiego, by go pozyskać dla swojej sprawy. Strojnowski, czując się tym listem dotkniętym, odpowiada mu na jego wymówki dosyć szorstko. „Zdaje [14]) mi się, powiada, że byłoby rzeczą całe śmieszną, gdyby uniwersytet lub onego rektor chcieli się komu tłómaczyć i usprawiedliwiać, że nie są przeciwnymi pomnożeniu światła w prowincyjach wydziału od monarchy

[11]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel.

[12]) Tenże sam kod. list z 8 maja r. 1804 z Wilna.

[13]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list z 3 kwietnia 1804 z Wilna.

[14]) Chmielowskiego art. o Czackim w encyklopedyi wychowawczej. Warszawa 1883.

sobie określonego. Zatem cóż więcej mogę, tylko zaręczyć słowem uczciwem, że to wszystko jest bajką, fałszem, obelgą i potwarzą, od złości, zawiści i ciemnoty rzuconą na uniwersytet i jego rektora, tak jak często bywa w samem Wilnie. Muszę nawet wyznać, że w samem gronie akademii znajduje się człowiek, który mimo rozumu i talentów, zaślepiony pasyją, gdy mu różne role nie udały się, zrucił nakoniec maskę i jawnie ze wszystkiego w akademii nie kontent, zmyśla dzikię rzeczy, gada, szydzi, inaczej przewraca, wszystkich płochych, kobiety i dzieci uprzedza". Co się tyczy człowieka przewracającego i szydzącego, przypuszcza Chmielowski, że rektor miał na myśli Jędrzeja Śniadeckiego. Być może, że tak jest. Na podstawie jednak opisu, podanego przez księdza Strojnowskiego, trudnoby się nam było zgodzić. Że Śniadecki nie zmyślał w tym kierunku nic i zawsze tylko prawdę donosił, jako też nie mniej, że o intrygi można było na uniwersytecie wileńskim kogo innego posądzić, na to może jako dowód posłużyć wyżej przytoczony wyjątek z listu Jana Śniadeckiego, pisanego do Franciszka Dmuchowskiego i list Czackiego do Jana Śniadeckiego.

W liście bez daty pisze wizytator okręgu wołyńskiego do tego ostatniego w ten sposób: „Stroynowski z Twoim bratem byli źle, będąc pierwey przyjaciółmi. Nikczemne subalternowe kreatury zapalały między niemi nienawiść. Celniejszym był podżegaczem nieiaki Horodecki Professor w Gimnazium Wilna Chemii i Fizyki, dawniey podły służalec Rektora, potem, gdy nie poiechał do Petersburga, podleyszy ieszcze Jego potwarca[15])". Jędrzej Śniadecki nie starał się w owym czasie o nic, czegoby osiągnąć nie mógł Owszem, ofiarowanej sobie katedry farmacyi nie przyjął i z rozmysłu zażądał tak wysokiego honoraryum, o którem z góry wiedział, że się kurator na nie nie zgodzi. Intrygować nie potrzebował również, gdyż „opinia publiczna (tyle ile bydź może w Wilnie) była przeciwko Rektorowi i przyczyny były nader proste". Prawdopodobniejszem więc będzie przypuszczenie, że rektor miał na myśli Horodeckiego, genialnego intryganta, z którym również był na stopie wojennej.

Czacki chętnie uwierzył w hasło dobrej sprawy zapewnieniom Strojnowskiego, gdyż dopatrywał w tem postępowaniu jedynie korzyści dla swojego projektu, albowiem „upłynęły dnie nieporozumienia się, nastąpił dzień, w którym za sprawą powszechną zgodne przekonanie". Chwilowe to zbliżenie się obydwóch przeciwników nie było jednak w stanie zmienić biegu rzeczy, do której Strojnowski miał z góry uprzedzenie. Jaki zaś charakter sprawa przybrała i jak opinia wileńska wypadła, widzieliśmy wyżej. Na chwałę profesorów wileńskich, orzeczenie to nie było wyrazem zdania ogółu.

Na czele tej mniejszości stanął odważny Jędrzej Śniadecki i wystąpił otwarcie jako jej przedstawiciel. Widząc jedynie małostkowość, jako czynnik miarodajny, radził Czackiemu, by nie zrażając się dotychczasowem niepowodzeniem, nie poprzestawał na krokach dotychczas poczynionych i wyjątkowo w tym razie nie zadawalniał się tem. Rzecz zaś sama, w imię której walczył, usprawiedliwiała takie stanowisko najzupełniej. Zresztą mógł przypuszczać, że im mniej się będzie od rządu wymagało, tem mniej on da. Dlatego występował[16]) już przeciw samej nazwie „gimnazyum" w dodatku jeszcze podlegającego uniwersytetowi wileńskiemu, który się tak bardzo spółzawodnictwa obawiał. Szkoła ta ma być według niego wyższą i ma nosić nazwisko „Główney Szkoły Lekarskiey;" opiekunem jej najwyższym ma być monarcha, rządzić nią ma kolegium kuratorów, odpowiedzialne wobec ministra oświaty. Na czele szkoły głównej należy postawić rządcę czyli prezydenta, wybieralnego z pośród czynnych lub wysłużonych profesorów na przeciąg lat trzech, a porozumiewającego się z ministrem jedynie za pośrednictwem kolegium kuratorów. Co się tyczy nauki, żądał Śniadecki, by jej udzielano w dwóch kursach i to w ten sposób, by jeden stanowił niższy, czyli przygotowawczy, a drugi wyższy, czyli właściwy kurs lekarski. Na czele każdego kursu miał stać „starszy", wybieralny przez wszystkich profesorów. Wybór taki miał być ważnym po potwierdzeniu go przez kolegium kuratorów, a następnie i przez ministra. W ten sposób miałaby szkoła, proponowana przez Śniadeckiego, charakter szkoły samodzielnej, niezawisłej od uniwersytetu wileńskiego, ba nawet jemu zupełnie równej. Do takiej rady czuł się Śniadecki spowodowany tem bardziej, że będąc u samego źródła, widział, jakoby uniwersytet Wileński czuł bardzo dobrze, iż powstaje dla niego rywal i z tego powodu „wszystko będzie tentowane na wywrócenie tego planu w Petersburgu; albo ieżeli się to nie uda, tedy Uniwersytet Szkołę Wołyńską pod swój rząd pod tytułem Gymnazii zagarnąwszy zwolna y systematycznie podkopywać, źle osadzać y na śmiech stawiać będzie[17])". Podczas gdy więc przez proponowane przez Czackiego urządzenie, szkoła przyszła „wychodzi z liczby Gymnaziów", to przecież nie dochodzi ona do znaczenia Uniwersytetu; „każdy wezwany do niey za nauczyciela zapyta się, iakie tam będzie miał znaczenie.. Cała takowa szkoła skoro będzie tylko Gymnazium, musi ulegać rozrządzeniom Uniwersytetu Wileńskiego, przyimować wyznaczone od niego wizyty, wykonywać przepisany sobie plan w uczeniu, a Profesorowie będą nawet powinni trzymać się podanych sobie od Uniwersytetu autorów y instrukcyi. Ludzie zaś tacy .. nie zechcą się do takiego stopnia poniżyć, y spokoynie tak uciążliwego iarzma dźwigać nie będą—adjuncki nawet... z którychby częstokroć bardzo dobre subjękta wybierać można, nie zechcą przechodzić na Wołyń, ponieważby tam ich znaczenie było daleko mniejsze". Wobec tak przykrych stosunków, któreby z natury rzeczy w nowej szkole zapanować musiały, należy ją wyemancypować z pod jakiejkolwiek zawisłości. To zaś stać się może jedynie w tym razie, jeżeli szkoła wołyńska będzie miała po temu warunki, a do tych należy zapewnienie jej wszystkich katedr. Śniadecki, mając wielokrotnie sposobność przypatrzenia się za granicą innym szkołom, proponował stworzenie następujących katedr: „1°) Anatomii y Operacyi Chirurgicznych, 2°) Chirurgii teoretyczney y Sztuki Położniczey, 3°) Fizyki zwierzęcey (ktora zaymuie Chemią zwierzęcą, Fizykę y Fiziologią); 4°) Materyi medyczney y Farmacyi; 5°) Medycyny Teoretyczney y prawncy, 6°) Praktyki Medycyny z Instrukcyą przy łożku chorych; 7°) Anatomii Zwierzęcey, 8°) Sztuki leczenia bydła". Jeżeli więc porównamy ten projekt z projektem Czackiego, poprawionym przez Kołłątaja i z projektem tego ostatniego, proponowanym dla wydziału lekarskiego wileńskiego, przyjdziemy do przekonania, że od obydwóch tych znacznie się różni i stoi od nich wyżej. Z natury rzeczy wynika, że liczba wykładów z zakresu medycyny musiała być znacznie większą, aniżeli tego żądał projekt Czackiego. Wszak ten ostatni chciał mieć tylko szkołę, której uczniowie byliby w stanie zaspokoić najpierwotniejsze wymagania chorej ludzkości. W porównaniu zaś z projektem Kołłątaja dla Wilna proponował wprawdzie Jędrzej Śniadecki mniejszą liczbę katedr, lecz podzielił racyonalniej całą *materiam medicam*, mającą się uczniom podawać. Nadto dla projektu Śniadeckiego jest charakterystyczny fakt, że jakkolwiek dla mniejszej liczby katedr, żądał przecież większej liczby profesorów. Każda katedra miała mieć swojego oddzielnego profesora, a ogólna ich liczba miala wynosić 8, a zatem o dwóch większej, aniżeli tego żądał Kołłątaj dla Wilna. Celem jego było niedopuszczać do zbytniego przeciążenia profesorów, jak to w Wilnie miało miejsce, i dać im w ten sposób możność pracowania w zakresie swej nauki. Liczba profesorów, proponowanych przez niego, przewyższała nawet liczbę

[15]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel.

[16]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list. z dnia 3 Aprilis r. 1804.

[17]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jag. List bez daty Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego.

profesorów szkoły lekarskiej w Krakowie, gdzie anatomię z fizyologią, chirurgię z akuszeryą, farmacyę z materyą medyczną i patologię z terapią wykładało zaledwie czterech tylko profesorów.

Tak wyposażona szkoła powinna mieć także „moc dawania stopni Doktorów, Filozofii, Medycyny y Chirurgii, tudzież patentów na Akkuszeryę, Aptekarstwo y Koniowalstwo. Takowe promocye y patenta służyć będą na całe Imperyum[18])“. W ten sposób nie miał się utrzymać ani cień zawisłości od Wilna, a cicha i potajemna wojna, wydana uniwersytetowi wileńskiemu, miała się stać „głośną, otwartą y zapewnić sobie zwycięstwo“. Tego wymagało dobro wydziału lekarskiego krzemienieckiego, bo któżby chciał słuchać wykładów w Krzemieńcu, a poddawać się egzaminowi celem uzyskania patentu w Wilnie? Z wyjątkiem Krzemieńczan i mieszkańców najbliższej okolicy wydział lekarski nie miałby nikogo pomiędzy swoimi słuchaczami, a to było za mało dla szkoły, która chciała rozszerzać światło nietylko w gubernii wołyńskiej, lecz i w innych sąsiednich guberniach. Podobnie iluzorycznymi byłyby i dyplomy szkoły krzemienieckiej, gdyby nie upoważniały do wykonywania zawodu w całem państwie. (C. d. n.).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Statystyka miasta Krakowa zestawiona przez Biuro statystyczne miejskie.

Kilka uwag i spostrzeżeń zebranych po wydaniu Zeszytu VIII. z r. 1902

Podał

Dr. J. Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Z tego zestawienia, w którem, podobnie jak i autorowie Statystyki, uwzględniamy osobno liczbę zmarłych stałych mieszkańców Krakowa, osobno zaś tych, którzy tylko chwilowo tu przebywali (obcy), lub należeli do armii czynnej, stanowiącej załogę wojskową, widzimy, że gruźlica i choroby narządu oddechowego stanowią więcej, niż trzecią część ogółu wszystkich zmarłych. Znaczną także liczbę ofiar zabierają inne choroby zakaźne (razem wzięte przeciętnie $^1/_{10}$ ogółu zmarłych), zwłaszcza w latach pojawiania się ich epidemicznego. Przeglądnąwszy tablice śmiertelności w różnych dzielnicach miasta z dłuższego szeregu lat widzimy, że w żadnej z nich nie można znaleźć stale dobrego, lub złego stanu; to znaczy, że śmiertelność z chorób zakaźnych jest (z dłuższego szeregu lat) we wszystkich dzielnicach prawie jednakowa. Z tego wynikałoby, że okoliczności, sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych, są we wszystkich dzielnicach prawie jednakie, tem naturalnie trudniejszem jest zadanie zapobiegania szerzeniu się tych chorób.

Bardzo pouczające są liczby zmarłych na błonicę i dławiec. Do roku 1894 liczba stałych mieszkańców Krakowa, umierających na te choroby, jest wogóle znaczną i przeważnie wyższą, niż liczba zmarłych tu, lecz pochodzących z poza Krakowa: przeciętnie do roku 1894 umierało rocznie na te choroby mieszkańców stałych 91 osób, zaś obcych tylko 52. W jesieni roku 1894 zaczęto leczyć błonicę surowicą swoistą i już w tymże roku spada liczba zmarłych krakowskich do 73, w roku 1895 na 56 itd. Liczba zaś zmarłych zamiejscowych, których przywieziono do Krakowa celem leczenia widocznie w okresie późniejszym choroby, jest teraz stale wyższą od liczby zmarłych miejscowych; bo przeciętnie w latach od 1895 do 1900 r. umiera rocznie na te choroby miejscowych 26, obcych 43 osób. Liczby te tak wymowne, że o skuteczności surowicy przekonać muszą każdego.

Porównywując liczbę ogółu zmarłych (na wszystkie choroby „Razem“) krakowskich i obcych, widzimy, że liczba miejscowych krakowskich, małym tylko ulega zmianom i w roku 1900 jest (1755) prawie takąsamą, jak w roku 1887 (1740), mimo znacznego, bo 23·34% liczącego przyrostu ludności. To też zmniejsza się także liczba odsetkowa śmiertelności, jak to widzimy w kolumnie 25-tej (na tysiąc ludności stałej). Natomiast liczba zmarłych obcych zwiększa się stale z 653 w roku 1887, do 1740 w roku 1900. Widocznie więc coraz większa liczba obcych przybywa do Krakowa celem szukania pomocy w tutejszych zakładach klinicznych i szpitalnych.

Dla porównania dodajemy tu, że w całej Galicyi umiera od szeregu lat przeszło 30‰ ludności, u nas liczba ta w ostatnich latach nie dochodzi 20‰. Bylibyśmy wdzięczni Biuru statystycznemu za dołączenie do następnego Zeszytu Statystyki tablicy z dłuższego szeregu lat, porównywującej śmiertelność w naszem mieście (*pro mille*) ze śmiertelnością innych miast.

Od roku 1896 wprowadzono do Zeszytów Statystyki nadzwyczaj ważne tablice, wykazujące na podstawie doniesień lekarzy, obowiązanych do tego ustawą, wszystkie zachorowania na choroby zakaźne. Tablice te zestawione są według dzielnic, ulic, chorób, wieku i płci chorych, a wreszcie miesięcy. Porównywując jednak ulicami zmarłych na różne choroby zakaźne z zachorowaniami w tychże ulicach, widzimy, że bywają przypadki śmierci na te choroby, choć nie doniesiono, by tam w tym czasie kto zapadł na tę chorobę. Autorowie Statystyki wnoszą ztąd, że czasem chorzy tacy umierają bez pomocy lekarskiej. Ale któż wystawiał w takim razie kartę śmierci z rozpoznaniem choroby zakaźnej? My raczej jesteśmy skłonni przypuścić, że tu lekarz był wezwanym, lecz choć rozpoznał chorobę, zaniedbał obowiązku doniesienia o tem władzy sanitarnej miejskiej. To też nie dziwimy się, że Magistrat często okólnikami obowiązki te lekarzom przypomina, a w ostatnim z nich grozi im surowymi środkami. Chodziłoby jednak o to, czy w przypadkach, gdzie doniesienia lekarz nie zaniedbał, władze sanitarne miejskie zarządzają zawsze wszystko, co należy, by szerzeniu się epidemii zapobiedz i czy doglądają wykonania swych zarządzeń?

Lecz wróćmy do Statystyki. W załączeniu dajemy tablicę ułożoną w znacznem skróceniu z wyżej przytoczonych tablic Statystyki od roku 1896 do 1900, z opuszczeniem chorych obcych, przywiezionych do Krakowa celem leczenia i tu przez zarządy szpitali do Magistratu zgłoszonych.

Tablica B.

Zachorowania na choroby zakaźne.

Rok	Ospa	Płonica	Odra	Błonica	Krztusiec	Dur osutkowy	Dur brzuszny	Czerwonka	Inne zakaźne	Ospica Varicella	Gorączka połogowa	Razem
1896	16	154	485	75	109	11	41	28	84	—	—	1003
1897	23	235	23	81	24	8	102	67	66	—	—	629
1898	8	247	113	78	21	2	91	8	34	24	—	626
1899	39	122	233	95	80	1	58	18	75	—	6	727
1900	62	73	22	80	19	—	89	15	51	—	1	412

Szereg lat pięciu jest zbyt małym, by z niego wyciągać było można pewne wnioski. Odnośnie do pojedynczych chorób, objętych tą tablicą, wahania nawet znaczne tłomaczą się epidemicznem występowaniem pewnych chorób jednego roku, lub ustąpieniem epidemii w innym roku. Fakt jednak zmniejszania się liczby chorób zakaźnych wogóle z 1003 przypadków w r. 1896 — na 412 w r. 1900 zdaje się przecież przemawiać za tem, że w mieście nieco lepsze zapanowały stosunki, że więc władze i ludność nieco więcej zwracają uwagi na choroby zakaźne i starają się wydatniej zapobiegać ich szerzeniu.

Następujące działy opuszczamy: IV. Zmiana wyznania. V. Stan szkół 1897—1900. VI. Ruch budowlany od 1891—1901.

VII. Publiczne szczepienie ospy w roku 1899 i 1900.

Jest to dział dotąd w Zeszytach Statystyki nie uwzględniany. A przyznać należy, że i dziś zawiera tylko bardzo krótką, widocznie przez fizykat miejski dostarczoną tablicę, z której dowiadujemy się, że

	w r. 1889	w r. 1900
szczepiono ospę w lokalach publicznych	3	3
„ „ ze skutkiem pomyślnym u osób	2102	2060
„ „ „ niewiadomym „ „	660	722
„ „ bez skutku u osób	28	8
Razem . . .	2790	2790

Porównywując te liczby z liczbami, podanemi w Sprawozdaniu krajowej Rady zdrowia za rok 1889, a pochodzącemi najprawdopodobniej także od fizykatu miejskiego, znajdujemy znaczną różnicę. W Sprawozdaniu bowiem Rady zdrowia podano liczbę ogółu szczepionych w Krakowie w roku 1889 na 1427, a nie 2790 osób, wsku-

---

[18]) Kod. nr. 3151. Bibl. Jag. List Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego z Wilna d. 3 Aprilis 1804.

tek czego Sprawozdanie czyni naszemu miastu zarzut, że tylko 41·8% dzieci obowiązanych do szczepienia zostało zaszczepionych, zaś 58·2% pozostało nieszczepionych, wobec czego „zawleczona ospa może się chyba całkiem dobrze w Krakowie rozwijać i rozszerzać“. Staraliśmy się już na innem miejscu sprawę tę wyjaśnić (patrz „Przegl. lek.“ z roku 1903, Nr. 18, str. 272). Ale jedynie fizykat miejski może i powinien takim nieporozumieniom zapobiedz, a to najłatwiej przez dokładne roczne zestawienia liczbowe, przyczem nadmienić musimy, że zestawienia te obejmować winny naprzód: liczbę obowiązanych do szczepienia dzieci z roku sprawozdawczego i tych, które w roku poprzednim nie zostały zaszczepione; dalej dopiero ile i z jakim skutkiem było z owej ogólnej liczby (obowiązanych dzieci) zaszczepionych, ile zaś pozostało nieszczepionych; dalej ile osób rewakcynowano, wreszcie czy podjęto szczepienia z konieczności (t. j. w razie epidemii).

Działy: VIII. Drogi publiczne i kanały i X. Wodociąg, wprowadzone do Statystyki dopiero od roku, nie dają jeszcze podstaw do szerszego omówienia. Inne zaś działy nie dotyczą spraw higieniczno-lekarskich. Zamykamy przeto na razie nasz referat, odkładając podjęcie tej pracy do pojawienia się następnego Zeszytu Statystyki.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby, odbytego dnia 3 czerwca 1903 r.

Przewodniczący: Dr. Trzebicky. Obecni: Drowie Kwaśnicki, Langie, Schoengut, Walczyński.

1. Przewodniczący odczytuje dziennik podawczy.

2. Następnie odczytuje pisma Izb lekarskich, nadeszłe w odpowiedzi na zapytanie, jakie stanowisko zajmują Izby wobec Instytutu zapomogowego przy związku Towarzystw lekarskich austryackich w Wiedniu, jak również pismo od zarządu tego Instytutu. Po dłuższej dyskusyi uchwalono przedstawić pełnej Izbie wniosek, by Izba swych członków do tego Instytutu zapomogowego zapisała i upoważniła prezesa do rozpoczęcia rokowań z zarządem w Wiedniu, co do zapewnienia odpowiedniego udziału w funduszach i majątku Instytutu i na przypadek rozwiązania lub wystąpienia. Rozdawnictwem zapomóg, przypadających na okręg Izby zachodnio-galicyjskiej, miałaby zarządzać Izba.

3. Uchwalono przesłać wiecowi medyków w Wiedniu pismo z życzeniami powodzenia.

4. Uchwalono, by na przyszłość tylko te podania o uwolnienie od wkładek poddać pod rozpatrywanie, które wpłyną najpóźniej do 1-go marca każdego roku. Koledzy, którzy wśród roku zapisują się do Izby, winni wnieść ewentualne podania równocześnie.

5. Pani M. S., wdowie po lekarzu, przyznano zapomogę w kwocie 50 koron.

6. Załatwiono kilka podań o uwolnienie od wkładek.

Na tem posiedzenie zakończono.

Protokół z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej, odbytego dnia 13 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący: Dr. Walczyński. Obecni: Drowie Aronsohn, Ćwiklicer, Dietzius, Jabłoński, Kijas, Kwaśnicki, Opydo, Schoengut.

Usprawiedliwili swą nieobecność: Drowie Langie i Trzebicky.

1. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia, który przyjęto

2. Przewodniczący zdaje sprawę z działalności Wydziału i Rady honorowej.

3. Imieniem komisyi werytikacyjnej Dr. Dietzius poleca uznać za ważne ostatnie wybory do Izby; przyjęto.

4. W sprawie przystąpienia do Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot w Wiedniu po wyczerpującem przedstawieniu referenta Dra Kwaśnickiego postanowiono w myśl wniosku Wydziału zapisać lekarzy, należących do Izby, jako członków nadzwyczajnych Instytutu, nie zwiększając dotychczasowej wkładki; przyczem upoważniono prezydyum do rozpoczęcia rokowań z zarządem Instytutu co do pewnych rękojmi na przypadek rozwiązania, lub wystąpienia. Rozdawnictwo funduszów zapomogowych powierzono Wydziałowi Izby. Na wniosek Dra Kijasa uchwalono jednogłośnie uwalniać członków, wnoszących prośby o uwolnienia, jedynie od 8 koron; 4 korony przeznaczone na zapomogi każdy lekarz będzie zobowiązany płacić.

Przewodnictwo obejmuje Dr. Kwaśnicki.

5. W myśl wywodów referenta Dra Walczyńskiego uchwalono rezolucyę tej treści, że Izba uważa pauszalowanie lekarzy przez Kasy majsterskie za niezgodne z interesami stanu lekarskiego, a jedynie za odpowiednie wynagradzanie lekarzy za poszczególne czynności, przy wolnym wyborze lekarza.

6. Dr. Walczyński referuje projekt zmiany ustawy o Izbach. Po gruntownych wywodach referenta Izba przyjmuje projekt wiedeński z pewnemi zmianami, proponowanemi przez Wydział. Zmiany te dotyczą przedewszystkiem przymusu głosowania i kwestyi majątków Izb lekarskich.

7. Dr. Kijas porusza sprawę wynagradzania lekarzy za szczepienie ospy. Izba poleca Wydziałowi, by tą sprawą się zajął.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Schoengut, sekretarz Izby.

Sekcya ginekologiczna X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozesłała do kolegów, trudniących się tą gałęzią medycyny, odezwę, o przytoczenie której w „Przegl. lekar.“ nas uprasza.

Szanowny Panie Kolego! Generalny komitet gospodarczy przyszłorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie polecił gronu podpisanych kolegów zajęcie się zorganizowaniem sekcyi położniczo-ginekologicznej. Wobec tego podpisani zapraszają Pana Kolegę do wzięcia udziału w pracach sekcyi i proszą o łaskawe nadesłanie tytułu wykładów lub demonstracyi.

Jako główne temata, które mają być referowane, przyjęto:

1. „O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy“,

2. „O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych“.

Jeżeliby Pan Kolega raczył objąć referat o jednym z tych przedmiotów, prosimy o doniesienie o tem postanowieniu do końca lipca bieżącego roku.

Dr. Bocheński (sekretarz), *Doc. Dr. Bylicki* (zastępca przewodniczącego), *Dr. Festenburg*, *Dr. Hojnacki*, *Doc. Dr. Kośmiński*, *Prof. Dr. Mars* (przewodniczący), *Dr. Schellenberg* (sekretarz II.), *Dr. Skałkowski*, *Doc. Dr. Sołowij*.

N B. Listy prosimy adresować do Dra Bocheńskiego (ul. Pijarska, klinika położniczo-ginekologiczna).

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 16. lipca.

* Przy nader licznym udziale lekarzy przyjezdnych, wojskowych i miejscowych odbył się XIII Zjazd chirurgów polskich. Po oprowadzeniu po klinice i przedstawieniu najwięcej zajmujących przypadków przez prof. Kadera, przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich, prof. Rydygier, zagaił posiedzenie okolicznościowem przemówieniem, po którem przystąpił do zorganizowania przewodnictwa Zjazdu: prezesem pozostaje stały kierownik tych Zjazdów, prof. Rydygier; na zastępców wybrani zostali: prof. Kader, prof. Kryński, prof. Schramm, Dr. Pomorski i Dr. Muszkiet. W miejsce złożonego chorobą skarbnika Zjazdu, prof. Trzebickiego, wybrany został zastępczo Dr. Frommer; wreszcie na sekretarza powołano przez aklamacyę pełniącego dotychczas te obowiązki Doc. Bossowskiego. W sprawie wydawnictwa »Pamiętnika Zjazdu« zapadła uchwała, ażeby prelegenci złożyli na ręce sekretarza rękopisy swych odczytów możebnie najwcześniej; jeśliby jednak to nie nastąpiło przed Nowym Rokiem, sekretarz ma wolne ręce »Pamiętnik« wydać, a odczyty niedoręczone podać w krótkiem streszczeniu. Prócz demonstracyi i zwiedzania zakładów chirurgicznych, wygłoszono 58 odczytów, które wywołały pouczającą i ożywioną dyskusyę. Szczegółowe sprawozdanie podamy we właściwym czasie, zaznaczając narazie, że powodzenie Zjazdu pod każdym względem, w szczególności pod względem naukowym, było zupełne.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie, w myśl uchwały zapadłej na ostatniem posiedzeniu, przystąpi jeszcze w roku bieżącym do budowy własnego domu. Bezwątpienia jest to uchwała wielkiej doniosłości, a czyniąc zadość najistotniejszym potrzebom, zaznacza nadzwyczaj pomyślny krok w rozwoju Towarzystwa. Nie mamy na myśli tych trudności, jakie przy braku siedziby nieraz się nastręczały Towarzystwu, a które usunie zamierzona budowa. Wystawiając dom własny, Towarzystwo zdobędzie nie tylko salę odczytową, lecz dojdzie do posiadania uporządkowanej biblioteki i zorganizowanej czytelni. W ostatnich latach księgozbiór Towarzystwa zwiększył się tak szybko, że obecny przybytek gościnnie użyczony stał się za ciasny; nowy napływ książek wypadło złożyć w stosy, a oczywiście w tych warunkach wykluczone jest wszelkie korzystanie z biblioteki. Z drugiej strony rozrost peryodycznego piśmiennictwa lekarskiego jest już dziś tak bujny, że przy najobfitszych

środkach nie podobna lekarzowi posiadać go w domu; tu zaradzić może tylko neleżycie zaopatrzona czytelnia, posiadająca wszelkie warunki tego rodzaju instytucyi. Zbyteczną jest rzeczą rozpisywać się o ożywczym wpływie księgozbioru i czytelni na umysłowość środowiska; obok biblioteki i czytelni na skalę umysłowego rozbudzenia oddziała niemniej dodatnio zbiorowa wymiana myśli, podniosła dyskusya, porwanie jednostek biernych umysłowym prądem chwili. Budowa własnego domu nie jest zbytkiem ani samą wygodą: Towarzystwo uchwałą swoją spełnia obowiązek względem obecnych swych zadań i dziś więcej niż kiedy stanęło u celu ziszczenia § 1 swego statutu, który brzmi: »Towarzystwo lekar. krak. ma na celu utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem nauki lekarskiej...« i t. d. Dom własny oddziała niemniej korzystnie na stronę towarzyską, koleżeńskie pożycie i jednomyślność działania w sprawach społeczno-lekarskich: wytworzy on ognisko, które nie tylkoześrodkuje w sobie wszelką działalność lekarzy krakowskich, ale daje rękojmię powstania nowych zadań i stworzy erę w rozwoju naszego Towarzystwa.

* Nagrodę imienia Koczorowskiego nadało Towarzystwo lekar. warszawskie Dr. Ganzowi za pracę: »O rozpoznawaniu gruźlicy kiszek na podstawie badania bakteryologicznego«.

* Komitet organizacyjny I Zjazdu położników i ginekologów rosyjskich donosi nam, że Zjazd odbędzie się w Petersburgu 28—31 grudnia b. r. — Prezydyum Zjazdu (prof. Ott i Dr. Preobrażenski) w odezwie, skierowanej do lekarzy słowian, oświadcza, że zaprasza ich w celu »szczerszej asymilacyi narodów słowiańskich na arenie wiedzy« itd. Szczere zamiary prof. Otta w tym kierunku są znane z poprzednich jego usiłowań: dopóki jednak języki słowiańskie nie zostaną równo uprawnione na Zjazdach rosyjskich, zbiorowy nasz w nich udział jest wykluczony, zwłaszcza, że lekarze-słowianie dobrze zapamiętali, jak nieżyczliwie przyjął ogół lekarzy rosyjskich na ostatnim Zjeździe Pirogowskim wniosek prof. Otta, zmierzający właśnie do tego równouprawnienia języków.

* Członkowie zarządu Izby lekarskiej wiedeńskiej przesłali podanie do namiestnictwa, w którem upraszają o natychmiastowe rozpisanie nowych wyborów, gdyż zarząd Izby nabrał przekonania, że nie posiada zaufania członków i z tego powodu postanowił złożyć mandaty.

* Założyciel uniwersytetu w Chicago, miliarder Rockfeller, ponownie złożył trzydzieści pięć milionów franków na wzniesienie nowych budynków uniwersyteckich. Rockfeller ofiarował do tej pory na cele uniwersytetu w Chicago 100,000,000 koron.

* Odeskie Towarz. lekarskie uchwaliło na zgromadzeniu nadzwyczajnem zawiesić w sali posiedzeń portret zmarłego prof. Moczutkowskiego, b. prezesa tego Towarzystwa. Prócz tego ma odbyć się posiedzenie uroczyste, poświęcone streszczeniu naukowej działalności zmarłego profesora.

* Między 23 a 30 czerwca doniesiono władzy o 1 przypadku ospy w powiecie podgórskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 g.), czortkowskim (1 g.), dobromilskim (1 g.), drohobyckim (1 g.), horodeńskim (4 g.), jaworowskim (5 g.), kałuskim (2 g.), niskim (1 g.), peczeniżyńskim (4 g.), (1 g.), śniatyńskim (2 g.). stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), trembowelskim (1 g), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXV (21—27—VI). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 71, zmarło osób 54, mianowicie: z gruźlicy 17 (10 zam.), z zapalenia płuc 3, z płonicy 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 8 (1 zam.), z gorączki połogowej 2 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Stolper mian. profesorem nadzw. sądowej medycyny w Getyndze. Prof. Kraepelin objął katedrę psychiatryi w Monachium. Doc. farmakognozyi w Bernie Oesterle otrzymał tytuł profesorski. Prof. D'Antona mian. został profesorem zwycz. chirurg. kliniki w Neapolu. Dr. Chłopin mian. profesorem higieny w Odesie. Profesorem zwycz. anatomii patolog. w Sienie mian. został Dr. Barbacci

Nekrologia. Zmarli: Gustaw Żmigrodzki, lat 56. Dr. Karol Pełnik, starszy lekarz sztabowy, lat 75 zmarł w Krakowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Sterling: Syfilis nerek. Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci (c. d.). Malinowski: Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu błoniczego (dok.).

— *Medycyna* Nr. 27. Karczewsk: Przypadek torbiela jajnika u dziewczynki 10-letniej Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morvana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Z. 7. Kucharzewski: Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew. Noiszewski: Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27. Srdinko: Přispěvek k srovnaváci anatomii a embryologii nadledviny. Zabradnický: Zpráva o chirurgické činnosti v nemocnici německobrodské za prvé pětileti od r. 1898—1902. Jeništa: Flegmony krku.

— *Sbornik klinický* Č. 5. Maixner: Pathogenesa arythmii srdečnich. Thomayer: Orthostaticka tachycardie. Ryba: O migreně ofthalmoplegické.

— *La Presse médicale* Nr. 52. Vautrin i Hoche: Uwagi nad rakiem płaskim podśluzowym żołądka.

Nr. 53. Barié: Przyczyny bezskutecznego działania naparstnicy Romme: Śródżylne wstrzykiwania tlenu. Operacya Talmy przy przyrośnięciu osierdzia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Dönitz: Przypadek zarażenia się morem w Instytucie dla chorób zakaźnych Beckzech Obustronny półpasiec (w obszarze 10 do 12 odcinka grzbietowego). Reiner: Stosunek biodra szpotawego do wrodzonego defektu kości biodrowej. Arnheim: Trwanie przewodu Botalla.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Schauta: Etyologia wynicowania macicy. Halban: Powstawanie cech płciowych. Hitschmann i Volk: W sprawie kiły łożyska. Cristofoletti: Szybkie; rozszerzenie szyi macicznej podług metody Bossiego. Bürger: Leczenie chorób ginekologicznych gorącem powietrzem. Waldstein i Fellner: Rozpoznawcze spożytkowanie leukocytozy w ginekologii.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Straub: Prosta metoda wykazania fosforu w olejach fosforowych dla celów klinicznych. Galli: O krążeniu anastomotycznem serca. Jordan: Leczenie mięsieniem świeżych złamań kości. Gross: Wrodzony brak obojczyka. Cramer: Bilans energii u noworodka. Leczenie operacyjne oderwania siatkówki. Volhard: O przewlekłym rozroście nieprawidłowym i o nerwicach odżywczych skóry w związku z przyczynkami kazuistycznymi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 28. Kolle: Czynne uodpornienie przeciw dżumie za pomocą osłabionych hodowli. Sachs: Dalszy przyczynek do amaurotycznego rodzinnego niedołęstwa umysłowego. szczególne schorzenie szarej istoty ośrodkowego układu nerwowego. Feldt: Rozpoznanie za życia złośliwych guzów jamy piersiowej. Nordmann: Śródbrzuszne skręcenie sieci. Silberschmidt: Wpływ ogrzewania na krzepnięcie mleka krowiego (dok.).

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Ueber ein ex tempore bereitetes Eisenwasser. Dr. Alfred Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 25 Lipca 1903. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie i z pracowni patologii ogólnej prof. Łukjanowa w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o precypitynach, hemo- i antyhemolizynach*).

(Praca nagrodzona na Konkursie imienia Dra Teodora Dunina w Warszawie).

Napisał

Dr. F. Majewski,

elew kliniki.

Nauka o wytwarzaniu się w ustroju zwierzęcym swoistych środków obrony w walce przeciwko drobnoustrojom stanowi dziś najbardziej interesującą część medycyny doświadczalnej. O donosłości praktycznej tego działu nauki lekarskiej nie możemy jeszcze powiedzieć ostatniego słowa. O ile się jednak zdaje, przyszłość leczenia chorób zakaźnych zależy najzupełniej od rozwoju tej części wiedzy naszej.

Z biegiem czasu, w miarę bliższego zaznajomienia się ze sposobami oddziaływania ustroju na zakażenie, przekonaliśmy się, że na czynność tę składa się cały szereg objawów, nader skomplikowanych i subtelnych, a przytem tak zasadniczych, że dalszy rozwój nauki o odporności zależy przedewszystkiem od dostatecznego poznania poszczególnych spraw wchodzących tu w grę.

W ostatnich latach zaczęto badać zachowanie się ustroju zwierzęcego nie tylko względem przenikających do jego wnętrza drobnoustrojów, zdolnych wywołać tę lub inną sprawę chorobową, ale tak samo zachowanie się jego względem tworów komórkowych, pochodzących z innych ustrojów zwierzęcych. Okazało się z tych badań, że ustrój zwierzęcy oddziaływa w sposób analogiczny tak na przenikające do jego istoty drobnoustroje i toksyny, jak i na twory komórkowe i ciecze zwierzęce i walczy jednakową bronią ze szkodliwymi ich wpływami, wytwarzając w sobie własności uodporniające.

Do rzędu jeszcze niedostatecznie zbadanych objawów odporności należy sprawa o swoistości precypityn.

Z inicyatywy mojego szefa, profesora Kadera, spędziłem kilka miesięcy w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersbugu dla zapoznania się praktycznego z obecnym stanem nauki o seroterapii i cytotoksynach. Dyrektor Zakładu, prof. Łukjanów, zaproponował mi zajęcie się sprawą precypityn. Publikacya niniejsza jest wynikiem pracy nad tą sprawą. Daleki byłem od myśli opracowania jej w sposób wyczerpujący i wszechstronny: kilka miesięcy — za krótki na to czas.

*) Praca niniejsza została ukończona przed 1-szym lipca 1902 r.

Po ukończeniu jednak pracy mojej, kiedy się już okazało możebnem zestawienie całego uzyskanego w tym kierunku materyału, przekonałem się, że dają się z niego wyprowadzić wnioski godne uwagi tem bardziej, że mogłem je połączyć z niektóremi, również nie pozbawionemi znaczenia, obserwacyami z dziedziny hemo- i antyhemolizyn.

Badanie precypityn zapoczątkował Kraus w r. 1897. aczkolwiek sama nazwa „precypityny“ weszła w użycie dopiero później. Kraus dowiódł, że surowica krwi zwierząt, uodparnianych przecinkowcami cholery i laseczników duru brzusznego, wywołuje tworzenie się osadów w odpowiednim przesączu hodowli pomienionych gatunków drobnoustrojowych, t. j. działa na przesącz zupełnie swoiście.

W roku 1899 ogłoszona została praca Czystowicza, która wykazała analogiczne zachowanie się ustroju zwierzęcego (królika resp. innych zwierząt) w stosunku do innej, użytej przez niego cieczy, jako szczepionki, a mianowicie surowicy węgorza.

Następnie Bordet wykazał, że królik, szczepiony odwłóknioną krwią kury, lub mlekiem krowiem, wypracowuje odpowiednie precypityny. Myersowi udało się otrzymać precypityny, osadzające globulinę surowicy kozy i krowy, a także białko jaja kurzego i pepton Wittego.

Deutsch, Uhlenhut, Wassermann i Schütze Ziemke i inni dowiedli w całym szeregu prac na królikach, których szczepiono krwią ludzką lub jej surowicą, możności używania swoistych precypityn w celu sądowo-lekarskiego rozpoznania pochodzenia plam krwawych. Leclainche i Vallée, Zülzer przekonali się, że też same t. j. wytworzone przez zastrzyknięcie krwi i surowicy precypityny dają odczyn i z moczem ludzkim, zawierającym białko. Schütze otrzymał analogiczne precypityny, używając do szczepienia białkowej substancyi, zawartej w mięśniach. Stern, Leclainche i Vallée, Mertens, Dieudonné, Nuttal i Dinkelspiel posiłkowali się w tym samym celu z powodzeniem moczem, zawierającym białko, i przesiękiem; ostatni dwaj autorowie oprócz tego — łzami i wydzieliną błony śluzowej nosa, a Biondi wyciągiem nerek; pod wpływem szczepień temi substancyami zwierzęta wytwarzają precypityny, wywołujące strąt w odpowiednich, do szczepienia używanych cieczach.

Kowarski przekonał się, że zwierzęta oddziaływają wytwarzaniem swoistych precypityn względem szczepionki nawet w tym przypadku, jeżeli im się zastrzykuje substancye białkowe, zawarte w różnych rodzajach ziaren zbożowych.

Majewski wykazał obecność precypityn w surowicy prawidłowej niektórych zwierząt; niektóre z badanych surowic wywoływały strąty większe w przesączach hodowli laseczníka okrężnicy, niektóre zaś w przesączu hodowli gronkowca

białego (*staph. alb.*). Nie zawsze jednak odczyn ustroju posiada własności ściśle swoiste. Tak np. Wassermann i Schütze, Stern, Grünbaum i Nuttal przekonali się, że precypityny, wytworzone pod wpływem szczepień ludzką surowicą, dają odczyny nie tylko z nią, ale również z surowicą niektórych gatunków małp, jak również z surowicą innych zwierząt (Linoissier i Lemoine, Strube i inni).

Czynione były też usiłowania w celu wykrycia samej natury precypityn. W tym kierunku zasługują na uwagę prace Leblanca, Nolfa, Michaelisa i Jacobiego i Eisenberga. Leblanc udowadnia, że zastrzykiwanie albuminy wywołuje tworzenie się precypityn dla albuminy, a zastrzykiwanie globuliny — dla globuliny. Nolf przeciwnie utrzymuje, że zastrzykiwanie albuminy wcale nie wywołuje tworzenia się precypityn. Michaelis przekonał się, że po zaszczepieniu globuliny występuje tworzenie się substancyi osadzających tylko glubolinę, ale nie albuminę i że odwrotnie szczepienie zwierzęcia albuminą wywołuje w ustroju pojawianie się substancyi, precypitującej nie tylko albuminę, ale również i globulinę. Jacobi stwierdził, że rycyna strąca się przy pomocy antyrycyny, co pozwala przypuszczać, że precypityny pod względem swojej budowy stoją w blizkim związku z antytoksynami. Eisenberg starał się głębiej wniknąć w chemizm precypitacyi i rządzące nią prawa.

Po przytoczeniu tego krótkiego przeglądu główniejszych prac na temat precypityn i odstępując od przytaczania nawet krótkiej historyi rozwoju nauki o hemolizynach w naszej literaturze, już referowanej przez innych autorów (Klecki, Sieradzki, Rzętkowski i Eisenberg), przystępuję do opisu badań własnych.

Wobec tego, że część badaczy określała wpływ surowicy zwierzęcia szczepionego cieczami ustroju ludzkiego li tylko na szczepionkę; część zaś badała wprawdzie wpływ takiej surowicy i na ciecze ustroju ludzkiego, ale ograniczając się do badania jednej tylko cieczy, np. przy szczepieniu moczem białkowym tylko na surowicy krwi, postanowiłem przeprowadzić doświadczenia, mające na celu przekonanie się, o ile pod wpływem różnych cieczy ustroju ludzkiego tak fizyologicznych, jak i patologicznych wytwarzają się w surowicy zwierzęcia szczepionego hemolizyny, antyhemolizyny i precypityny i czy wywierają one wpływ nie tylko na szczepionkę, ale i na inne ciecze ustroju.

Postępując w ten sposób, sądziłem, że może uda się wykryć pewne analogie pomiędzy tak zw. czynnemi ciałami białkowemi ustroju zwierzęcego. W celu zaś zbadania indywidualnych właściwości cieczy ustroju ludzkiego, przeprowadziłem doświadczenia równoległe na zwierzętach, będących z człowiekiem w bliższem lub dalszem powinowactwie rozwojowem. Wszystkie szczepienia wykonywałem na królikach. Wstrzykiwania stosowałem podskórnie w okolicy brzucha. Jedną seryę królików szczepiłem podskórnie surowicą krwi ludzkiej (czasami z domieszką nielicznych czerwonych ciałek krwi), otrzymywaną ze sznurka pępkowego po porodzie. Szczepień takich w ciągu pięciu tygodni dokonałem na każdem zwierzęciu tej seryi 6, w dawkach wzrastających od 4—8 ctm. sz., razem 30 ctm. sz.

Drugiej seryi królików zastrzykiwałem przesięk, wypuszczony zapomocą sączka *à demeure* z obrzękłych kończyn dolnych u chorego, dotkniętego osłabieniem mięśnia sercowego. Przesięk ten przesączony przez filtr Chamberlanda, wprowadziłem każdemu ze zwierząt podskórnie cztery razy w ciągu 4 tygodni w dawkach od 6—10 ctm. sz.

Trzeciej kategoryi królików zadawałem podskórnie przesączony przez filtr Chamberlanda mocz, zawierający białko i pochodzący z przypadku przewlekłego miąższowego zapalenia nerek (klinika prof. Sirotynina). W ciągu 4 tygodni wprowadziłem pod skórę 4 razy mocz, o zawartości 0,7% białka, w ilości od 5—9½ ctm. sz., razem 30 ctm. sz. każdemu ze zwierząt.

Czwartą seryę królików szczepiłem w ciągu 2 tygodni dwukrotnie (6 i 10 ctm. sz.) odwłóknioną krwią ludzką.

W celach kontroli miałem seryę królików pod każdym względem zdrowych i prawidłowych. Każda z surowic królików, szczepionych wyżej wymienionemi cieczami, służyła mi jako odczynnik na następujące surowice zwierzęce i ciecze ustroju ludzkiego:

1) surowica krwi ludzkiej;

2) przesięk z obrzękłych kończyn dolnych przy osłabieniu mięśnia sercowego, używany do szczepienia królików;

3) mocz zawierający białko (*nephritis parenchymatosa chronica*) stosowany do szczepień;

4) ciecz z urazowego wodniaka pochwy jądra (*hydrocele*);

5) płyn przesiękowy z osierdzia, wydobyty przy sekcyi;

6) ciecz komór mózgowych, otrzymana również ze zwłok ludzkich;

7) ślina ludzka;

8) wyosobnione czerwone ciałka krwi ludzkiej;

9) surowice krwi zwierzęcej: *a*) małpy z gatunku *Macacus resus*, *b*) koni, *c*) krowy, *d*) psów, *e*) świnek morskich;

10) wyosobnione czerwone ciałka krwi zwierząt; małpy z gatunku *macacus resus*, konia, krowy, psa, świnki morskiej i gołębia.

Przecięk i mocz białkowy, używane do doświadczeń, były przesączone przez filtr Chamberlanda. Krew otrzymywałem z żył usznych królików, albo w razie potrzeby większej jej ilości z tętnicy szyjnej, u innych zaś zwierząt z żyły lub tętnicy szyjnej przy zachowaniu wszelkich wymagań aseptyki. Po samorodnem skrzepnięciu krwi i oddzieleniu się surowicy odciągałem tę ostatnią sterylizowaną pipetą i w miarę potrzeby centryfugowałem, jeżeli obawiałem się przedostania się do niej przy odciąganiu czerwonych ciałek krwi.

Posiłkując się wyżej wymienionym materyałem, wykonałem cały szereg doświadczeń. Z szeregu analogicznych doświadczeń, dających analogiczne wyniki, podaję jednak tylko po jednem. Wyniki, nie dające się uogólnić z innymi, przytaczam osobno.

Dla łatwiejszego oryentowania się wśród otrzymanych wyników, oznaczałem w dalszym ciągu pracy i w tablicach badane zwierzęta krótkiemi nazwami. A więc: króliki, szczepione podskórnie surowicą, będą oznaczone literą *S;* szczepione przesiękiem — literami *Tr;* otrzymujące mocz *U;* otrzymujące krew odwłóknioną, *Hm*; prawidłowe, t. j. użyte do kontroli, *N.*

W celu wykrycia precypityn w surowicach krwi królików odczynowych należących do pierwszych trzech kategoryi t. j. *S*, *Tr* i *U*, wlewałem do próbówek o jednakowej

średnicy po 1 ctm. sz. fizyologicznego 0,85% rozczynu soli kuchennej i dodawałem po 5 kropel surowicy odczynowej i tyleż kropel cieczy badanej. Mięszaninę tę pozostawiałem w ciągu 5 godzin w ciepłocie pokojowej, poczem obserwowałem otrzymane męty. Wyniki tych doświadczeń przedstawia niżej umieszczona *tablica I*, w której wyrażony jest wpływ surowic pierwszych trzech kategoryi królików odczynowych i surowicy królików użytych do kontroli, na surowicę człowieka i różnych zwierząt, przesięk i mocz białkowy. W tablicy tej + oznacza wyraźny męt, d+ męt większy niż +; — + męt widoczny, ale mniejszy niż +; ⊕ opalescencyę; — oznacza brak mętu i opalescencyi.

Tablica I.

	Surowica człowieka	Przesięk	Mocz białkowy	Surowica małpy	Surowica konia	Surowica krowy	Surowica kozy	Surowica psa	Surowica świnki morskiej
N	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	d+	+	—	—	—	—	—	—	—
Tr	+	d+	—	—	—	—	—	—	—
U	±	±	±	—	—	—	—	—	—

Z powyższego doświadczenia wynika: 1) króliki, szczepione surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem oraz moczem zawierającym białko, wytwarzają w swej surowicy substancye, mające własności precypitacyjne; 2) surowice te są swoiste, t. j. posiadają precypityny, działające tylko na ciecze ustroju ludzkiego; natomiast w surowicach innych zwierząt, nawet małpy, wpływu precypitacyjnego nie wykazują.

Co do małp wyniki moje różnią się od wyników, otrzymanych przez innych autorów, jak: Wassermann, Schütze, Stern, Grünbaum i Nuttal. Możebnem jest, że nieposlednie znaczenie posiada tu gatunek małp, używanych do doświadczeń i że egzemplarz mnie oddany do dyspozycyi z gatunku *macacus resus* znajduje się istotnie w bardziej dalekiem powinowactwie rozwojowem z człowiekiem, niż gatunki badane przez wyżej wymienionych autorów.

3) Surowice trzech pierwszych kategoryi królików posiadają własności wyborcze, t. j. wywołują męty i osady większe w tej cieczy, którą królik był szczepiony; 4) ponieważ każda z surowic odczynowych w różnych cieczach ustroju ludzkiego wywoływała nie jednakowy męt, lecz najwyraźniejszy w tej właśnie cieczy, którą odpowiedni królik był szczepiony, wynika z tego, że we wszystkich tych trzech cieczach, tj. w surowicy, przesięku i moczu białkowym zawarte są różne substancye, które strącają się przez różne odpowiednie precypityny, wytworzone sztucznie pod wpływem szczepień w ustroju królików.

Niektórzy autorowie, jak n. p. Biondi, zapatrują się na rolę precypityn przy tworzeniu się osadów, jak na zaczyny, które jedną tylko obecnością swoją sprawiają to, że się męt pojawia; inni, jak n. p. Strube, znajdują zapatrywanie takie mylnem.

W celu przekonania się, jakie istotne znaczenie ma ilość dodanej surowicy odczynowej, dodawałem do stałej ilości surowicy krwi ludzkiej i przesięku (po 5 kropel), rozcieńczonej za pomocą 1 ctm. sz. (0,85% rozczynu NaCl.), różne ilości surowic odczynowych (od 1—5 kropel) i mogłem się przekonać, że zarówno w surowicy, jak i w przesięku zmętnienia zwiększały się równolegle ze zwiększającą się ilością dodawanych surowic odczynowych.

Tablica II.

	Surowicy krwi ludzkiej kropel					Przesięku 5 kropel				
Ilość kropli odczynowych	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
N	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	+	<+	<+	<+	<+	⊕	+	<+	<+	<+
Tr	⊕	±	+	<+	<+	⊕	+	<+	<+	<+
U	—	—	⊕	±	+	—	⊕	±	+	<+

<+ oznacza męt większy od poprzedzającego w tym samym rzędzie poziomym.

Przy porównaniu wyników, umieszczonych w ostatnim poziomym rzędzie tablicy, mogłem zauważyć, że surowica królika, szczepionego moczem białkowym, dodana w jednakowej ilości do 5 kropel surowicy ludzkiej, lub do takiej samej ilości przesięku, zawsze w tym ostatnim wywoływała większe męty, niż w surowicy ludzkiej. Z tego wynika, że substancye, wywołujące tworzenie się precypityn, znajdujące się w przesięku i moczu białkowym, są sobie bliżej powinowate, niż substancye moczu białkowego i surowicy krwi.

Następnie przeprowadziłem analogiczne doświadczenia: 1) z cieczą z urazowego wodniaka pochwówki jądra (*hydrocele*); 2) z ludzką śliną zmięszaną; 3) z płynem przesiękowym z osierdzia; i 4) cieczą komór mózgowych.

Niżej przytoczona Tablica III. przedstawia wyniki, otrzymane z doświadczeń z cieczą z wodniaka i śliną ludzką. Doświadczenia te wykonywałem podług wzoru, podanego wyżej, z tą tylko różnicą, że przy badaniu śliny ludzkiej brałem ją nie w równej ilości z surowicami odczynowemi, ale w trzy razy większej.

Tablica III.

	Ślina	Płyn z wodniaka pochwy jądra		
Stosunek ilości owy surowic do cieczy badanej (krople)	5/15	1/1	3/3	5/5
N.	—	—	—	—
S.	+	+	+	+
Tr.	d+	±	<±	<±
U	±	—	—	±

Przy badaniu płynu z wodniaka największe męty, jak to okazuje Tablica III., otrzymałem przy zastosowaniu odczynowej surowicy *S.*, t. j. pochodzącej z królików, szczepionych surowicą ludzką. Najsłabszą zdolność precypitacyj-

ną wykazała surowica *U.*, pochodząca z królików, szczepionych moczem białkowym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w danym razie mieliśmy do czynienia z płynem z wodniaka pochodzenia urazowego, a więc i zapalnego, przyjdziemy do przekonania, że wysięk zapalny i surowica krwi są cieczami sobie bliżej pokrewnemi, niż wysięk zapalny i przesięk lub mocz, zawierający białko.

Przy badaniu wpływów surowic odczynowych na ślinę ludzką okazało się, że tylko prawidłowa surowica królika (użyta do kontroli) niezdolna jest wywoływać w niej precypitatów. Trzy inne kategorye surowic, otrzymanych z królików, szczepionych podskórnie surowicą ludzką, przesiękiem i moczem białkowym wywołują męty; największe przytem precypitujące działanie wykazała surowica królików, szczepionych przesiękiem.

Wynika ztąd, że jeżelibyśmy i tu chcieli ciecze, zastrzykiwane królikom, ugrupować na zasadzie podobieństwa do śliny ze składu substancyj, ulegających precypitacyi za pomocą naszych odczynowych surowic w jeden szereg stopniowy, to na pierwszem miejscu musielibyśmy postawić przesięk, dalej surowicę krwi, a na końcu dopiero mocz białkowy.

Co się tyczy doświadczeń z płynem przesiękowym z osierdzia i cieczy komór mózgowych, to z powodu niewielkiej ilości badanego materyału otrzymanych wyników uogólniać nie czuję się w prawie. Przekonać się jednak mogłem, że w obu tych cieczach surowica królików kategoryi *Tr.* wywoływała najwyraźniejsze zmętnienia.

Dalsze doświadczenia moje tyczyły się sprawy hemolizyn; a mianowicie interesowało mnie pytanie, czy surowica królików, szczepionych surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem, moczem białkowym, wreszcie odwłóknioną krwią ludzką, będzie posiadała własności hemolityczne w stosunku do czerwonych krążków krwi człowieka i zwierząt (małpy, konia, kozy i psa).

Badania moje przeprowadzałem sposobem, stosowanym w pracowni prof. Łukjanowa.

W celu otrzymania czerwonych ciałek, centryfugowałem krew odwłóknioną. Po oddzieleniu surowicy przemywałem osad czerwonych ciałek krwi kilkakrotnie fizyologicznym 0,85% roztworem soli kuchennej. W ten sposób przemyte ciałka czerwone krwi rozprowadzałem taką ilością wyżej wymienionego roztworu NaCl, ażeby otrzymać 5% ich zawiesinę. Do 1 sz. ctm. tej zawiesiny dodawałem albo surowicy normalnej krwi królika (w celach kontroli), albo surowicy krwi królików, szczepionych surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem, moczem białkowym i krwią ludzką odwłóknioną, w ilości od 1 — 5 kropel. Próby umieszczałem następnie w termostacie na 2 godziny przy cieplocie 37,5° C. Po upływie tego czasu obserwowałem, o ile nastąpiło rozpuszczenie czerwonych ciałek w krwi. Wyniki notowałem na tablicach w sposób następujący: + oznacza wyraźny objaw hemolizy, ⊕ ślady tylko, — brak zupełny hemolitycznego działania, agl. oznacza aglutynacyę. Wyniki tych doświadczeń przedstawia Tablica IV., w której podane są własności hemolityczne badanych surowic królika w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka, małpy, konia, kozy i psa.

Z badań tych wynika, że:

Tablica IV.

Do 1 sz. ctm. zawiesiny czer. ciałek odnow. surowic kropli		N	S. H.	Hm.	Tr.	U.
Czerw. ciałka krwi człowieka	1	⊕	—	agl.	—	⊕
	2	⊕	+	agl.	—	⊕
	3	⊕	+	agl.	—	⊕
	4	⊕	+	agl.	—	+
	5	+	+	agl.	—	+
Czerw. ciałka krwi małpy	1	—	—	agl.	⊕	⊕
	2	—	—	agl.	⊕	⊕
	3	+	+	agl.	⊕	⊕
	4	+	+	agl.	⊕	⊕
	5	+	+	agl.	+	+
Czerw. ciałka krwi konia	1	+	—	agl.	+	+
	2	+	+	agl.	+	+
	3	+	+	agl.	+	+
	4	+	+	agl.	+	+
	5	+	+	agl.	+	+
Czerw. ciałka krwi kozy	1	—	—	—	+	+
	2	+	+	—	+	+
	3	+	+	—	+	+
	4	+	+	—	+	+
	5	+	+	—	+	+
Czerw. ciałka krwi psa	1	—	⊕	—	—	+
	2	—	⊕	—	—	+
	3	—	⊕	—	—	+
	4	—	⊕	—	—	+
	5	—	⊕	—	—	+

1) Normalna surowica krwi królika posiadała, wprawdzie w słabym stopniu, własności hemolityczne w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka; w większym stopniu na czerwone ciałka krwi małpy, w jeszcze większym na czerwone ciałka krwi konia i kozy, gdy tymczasem względem erytrocytów psa własności hemolitycznych nie okazała.

2) Najwyraźniejsza hemoliza wystąpiła przy zetknięciu

się czerwonych ciałek człowieka z surowicą królików, szczepionych surowicą ludzką, aczkolwiek po dodaniu 5 kropel surowicy do 1 ctm. sz. zawiesiny 3%-owej ciałek czerwonych całkowite ich rozpuszczenie nie nastąpiło. Ciałka krwi małpy, konia i kozy pod wpływem tej samej surowicy zachowywały się tak, jak i pod wpływem normalnej surowicy; wyjątek stanowiły ciałka krwi psa, które uległy hemolizie w nadzwyczaj słabym stopniu.

3) Surowica krwi królików, szczepionych przesiękiem, nie okazała wpływu hemolitycznego ani na czerwone ciałka krwi człowieka, ani na takież ciałka psa, a w stosunku do innych zwierząt zachowywała się, jak normalna surowica królika. Ztąd też swoistego działania przypisać tej surowicy nie można.

4) Surowica krwi królików, szczepionych moczem białkowym, okazała silniejszy wpływ hemolityczny na wszystkie gatunki czerwonych ciałek krwi z wyjątkiem czerwonych ciałek krwi małpy, aniżeli normalna surowica. Ztąd możnaby wnosić, że zastrzykiwanie moczu białkowego nie pozostaje bez wpływu na fizyologiczne własności hemolityczne krwi królika i działa w znaczeniu czynnika zwiększającego tę własność.

5) Surowica królików, szczepionych odwłóknioną krwią ludzką, nie rozpuszczała zupełnie ani czerwonych ciałek krwi człowieka, ani zwierząt badanych; posiadała natomiast w znacznym stopniu własności aglutynacyjne w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka, małpy i konia.

Na mocy li tylko przytoczonych doświadczeń wyjaśnić nie mogłem przyczyny tego zjawiska. Być może, iż wskutek niedostatecznej ilości szczepień, lub krótkiego ich czasu (2 tygodnie), swoiste hemolityczne substancye wytworzyć się jeszcze nie zdołały, albo że brakowało w samej surowicy aleksyny.

Natomiast normalna surowica królika, odznaczająca się niewielką własnością hemolityczną względem czerwonych ciałek krwi ludzkiej, pod wpływem tych szczepień traciła tę własność zupełnie, nabierała zaś wybitnej własności aglutynującej, i to, o ile się zdaje, nie swoistej, gdyż surowica ta aglutynowała nietylko ludzkie ciałka czerwone, ale też i ciałka innych zwierząt, jak np. małpy i konia. (Dok. n.).

II. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i z ich gałęzi.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie).

Metoda własna tracheoskopii oddała mi tu prawdziwe usługi i ułatwiła znacznie postępowanie nawet tam, gdzie ciała obcego już dojrzeć nie mogłem, tj. gdy ono się znajdowało w dolnej gałęzi oskrzela prawego; pozwoliła mi ona widzieć nawet kaniulę uwięzłą w oskrzelu lewem. Znaczenie tracheoskopii jest wobec ciał obcych tem większe, że wpadają one do oskrzeli przeważnie po stronie prawej, a znacznie rzadziej dostają się na stronę lewą. U mnie dotychczas na dwa ciała w samej tchawicy, 7 w oskrzelu prawem, a 3 w jego gałęzi dolnej, znalazło się jedno tylko w oskrzelu lewem; jeżeli jednak do tych przypadków doliczę i te, w których mogłem stwierdzić ciało obce, ale nie miałem sposobności go wydobywać, to wypadnie dodać dwa w oskrzelu prawem, 2 w gałęzi prawego, a 1 w gałęzi lewego tak, że razem przypada dwa ciała w tchawicy, 14 po prawej, dwa po lewej i to 10 razy w oskrzelu głównem, 6 razy w jego gałęzi. Że jednak tracheoskopia nie jest zupełnie wystarczającą, sam uznać muszę: wyjmowanie ciał obcych na ślepo z lewego oskrzela, lub z gałęzi oskrzelowych, może być łatwo przy ciałach ostrych połączone ze zranieniem, które czasem stać się może i niebezpiecznem. W moich przypadkach zajść to mogło przy strzałce tkwiącej w dolnej gałęzi prawego oskrzela, albo przy szpilce podwójnej, zwłaszcza, gdyby nie w prawem, lecz w lewem oskrzelu była utknęła; przytem we wszystkich trzech przypadkach ekstrakcyi z dolnej gałęzi ciało obce wymykało mi się kilka razy ze szczypczyków. To też z radością witam nową metodę Killiana, która nam umożliwia dziś oglądanie gałęzi oskrzeli po obu stronach, a nawet początków odchodzących od nich gałązek oskrzelowych, i to nietylko po tracheotomii, lecz także na drodze naturalnej, tj. przez nienaruszoną krtań i tchawicę. Łatwo pojąć, że badanie tego rodzaju jedynie po znieczuleniu kokainowem jest możebnem; kokainie też zawdzięczamy cały rozwój naszego badania w najnowszych czasach. Początek dał do tego Kirstein, który w roku 1895 próbował badania krtani wprost (autoskopia) zapomocą prostych rurek wydłużonych na końcu w rynienkę, którą się nagłośnię odchylało. Metoda ta nie rozszerzyła się, gdyż kokainowanie krtani do każdego badania konieczne nie mogło zachęcać do częstszego jej używania; potrzeby zaś patrzenia wprost nawet przy operacyi nie odczuwał chyba żaden wprawny laryngolog. Zawsze jednak metoda ta stanowiła nowy nabytek rozpoznawczy, który czasem mógł się przydać. Później sam Kirstein zmodyfikował swoją metodę w ten sposób, że obecnie zapomocą odpowiedniej szpatułki ugniata korzeń języka ku przodowi, a przez to odchyla i nagłośnię, zdobywając dla wzroku (choć niezawsze) drogę do krtani. Tu wspomnieć muszę, że jeszcze przed laty próbował Vóltolini w ten sposób zaglądać do krtani, choć mu się to częściowo tylko udawało. W roku 1897 Killian w jednym przypadku ciała obcego skombinował autoskopię Kirsteina w jej formie pierwotnej z moją tracheoskopią w ten sposób, że wprowadził po zakokainowaniu krtani ezofagoskop Mikulicza przez szparę głośni do tchawicy i pod kontrolą wzroku wyjął odłamek kości z prawego oskrzela. W ten sposób stworzył nową metodę badania tchawicy, którą nazwał tracheoskopią górną w odróżnieniu od mojej, jako dolnej. W badaniach na tej drodze miał Killian wielkie ułatwienie z użycia elektroskopu Kaspera, lub lampki czołowej Kirsteina, w których z lampki żarowej pada światło przez soczewkę na zwierciadełko płaskie z otworem dla oka, a ztąd odbite promienie równoległe pozwalają na silne oświetlenie nawet w znacznej odległości i przez wązką rurkę. To też Killian używa dzisiaj do górnej tracheoskopii rurek od 10 do 20 ctm. długich, a od 5 do 11 mm. szerokich zależnie od wieku chorego, stosuje bowiem tracheoskopię górną nawet u małych dzieci w uśpieniu chloroformowem. Nie zadowolnił się on jednak samą tracheoskopią, ale w odpowiednich przypadkach posunął się dalej, wprowadzając rurki do oskrzeli, a nawet do ich gałęzi, bądźto przez krtań (bronchoskopia

górna), bądź też przez przetokę tchawiczą (bronchoskopia dolna). Rurki te odpowiednio temu celowi muszą być węższe i dłuższe; dla dorosłych są 7 do 9 mm. szerokie, a 30 do 35 ctm. długie. Z pomocą bronchoskopii wydobył też Killian już niejedno ciało obce z oskrzeli, nawet drugorzędnych. Nie jest jednakże bronchoskopia górna łatwą i obojętną dla chorego tak, że sam Killian obok silnego zakokainowania radzi u osób drażliwszych przedtem zastrzyknąć morfinę podskórnie, u bardziej jeszcze drażliwych, równie jak i u dzieci, wykonywać bronchoskopię górną jedynie w uśpieniu chloroformowem. Łatwiejszą o wiele jest bronchoskopia dolna. Jako przykład trudności, na które bronchoskopia górna natrafia, przytoczę przypadek, w którym chłopiec 12-letni wciągnął przed miesiącem ołowianą plombę do dolnej gałęzi prawego oskrzela, co dotąd żadnych następstw za sobą nie pociągnęło. Chciałem wykonać u niego tracheotomię i wyjąć przy mojej tracheoskopii ciało obce, co pewnie odrazu bez truduby się udało. Zawieziono jednak chłopca do Wiednia, a tam Herman Schrötter wydobył plombę bez tracheotomii przy pomocy górnej bronchoskopii. Zanim jednak doszedł do celu, sześć razy bronchoskopię powtarzać musiał, a po każdej następował dłuższy odpoczynek tak, że dopiero po miesiącu udało mu się ciało obce ujrzeć i wydobyć. A jednak H. Schrötter pisze, że każdemu życzy mieć tak chętnego i poddającego się chorego, jakim był ów chłopiec; a ja dodam, że w jego wieku wszelkie zabiegi tego rodzaju były z powodu giętkości kręgosłupa łatwiejsze, niżby były u dorosłego. Jeżeli więc witam bronchoskopię, jako nowy ważny nabytek rozpoznawczy, to jednak przestrzedz muszę przed jej nadużywaniem. Słusznie można ją nazwać bezkrwawą operacyą rozpoznawczą; a jako taka powinna ona mieć ścisle wskazania. Przy wydobywaniu ciał ostrych, któremi łatwo skaleczyć można, bronchoskopia może oddać istotne usługi, w przeważnej jednak liczbie przypadków można i bez niej dojść do celu; nie należy zatem koniecznie silić się na nią, a przez to zwlekać i narażać chorego na zapalenie płuc, które przy ciele obcem w oskrzelu łatwo występuje, a w końcu prowadzić może do ciężkich następstw (*bronchitis purulenta, bronchiectasia, abscessus, gangraena pulmonum*). Lepiej wykonać choremu tracheotomię, która przecież nie jest operacyą ciężką, albo próbować wydobycia ciała obcego na drodze górnej tracheoskopii, która, choć nie pozwoli dojrzeć go w oskrzelu, przecież po większej części wystarczy do wyjęcia go. Że tak jest, poucza następujący przypadek, który mi się przed kilku tygodniami wydarzył. U chorej z gruźlicą krtani rozpoczął asystent mój Dr. Nowotny wyskrobanie nacieków skrobaczką Herynga, przyczem u narzędzia, które musiało przy oczyszczaniu już zostać nadłamane, odłamał się koniec blizko pięć ctm. długi i wpadł do dróg oddechowych. Chora zakokainowana nie zakaszlała nawet; przyszedłszy zaraz po tem wydarzeniu, znalazłem ją spokojnie siedzącą. Auskultacya nie dawała też żadnych wskazówek co do obecności ciała obcego w drogach oddechowych i dopiero przy badaniu zapomocą promieni Röntgena spostrzegliśmy po prawej stronie mostka i w pewnem od niego oddaleniu poniżej trzeciego żebra ostry wązki cień przebiegający skośnie na dół i na zewnątrz, odpowiadający brakującemu końcowi narzędzia. Nie ulegało wątpliwości, że odłamany kawałek utknął w prawem oskrzelu i oparł się dolnym końcem o jego podział. Zakokainowawszy chorą powtórnie, założyłem jej przez krtań tracheoskop 20 ctm. długi, a następnie w leżącej pozycyi wprowadziłem szczypczyki oskrzelowe Killiana 30 ctm. długie do prawego oskrzela i zaraz uchwyciłem niemi, choć na ślepo, za ciało twarde, które jednak przy wydobyciu opór mi stawiało. Domyślając się po kilku próbach, że jest oparte o ścianę oskrzela, uchwyciłem je ponownie lekko i obróciłem szczypczyki o 90°, a następnie zacisnąwszy je silniej, wydobyłem z łatwością odłamany koniec narzędzia. Działałem tu na ślepo, przez długą rurkę bowiem widziałem tylko klin podziałowy tchawicy, nie mogłem jednak przy użyciu zwykłego reflektora wglądnąć w prawe oskrzele, a zatem i zobaczyć ciała obcego; byłem jednak spokojny, że przy ostrożnem postępowaniu nie mogę niem chorej skaleczyć. W podobnych też przypadkach uważam za stosowne raczej wyjmować ciała obce na drodze górnej tracheoskopii, niż zwlekać z ich wyjęciem, siląc się koniecznie na przeprowadzenie bronchoskopii, choćby ona na znaczne trudności napotykała. Natomiast w przypadkach, gdzie ostre ciało obce mogłoby przy wydobywaniu łatwo sprowadzić zranienie, równie jak i w przypadkach, w których istnieje uzasadnione podejrzenie obecności ciała obcego w dolnych drogach oddechowych, niema jednak pewności, bronchoskopia górna oddać może istotne usługi i tu jest ściśle wskazaną. O wiele łatwiej przeprowadzić można bronchoskopię dolną u chorych, którzy już przedtem przebyli tracheotomię, albo też u których z powodu trudności w przeprowadzeniu bronchoskopii lub nawet tracheoskopii górnej, tracheotomia okazała się konieczną. Że i tu może ona być bardzo przydatną, lecz w wielu razach nie jest koniecznie potrzebną, łatwo już ocenić z podanej powyżej mojej kazuistyki. Wogóle co do ciał obcych w drogach oddechowych i metod ich wydobywania nie można stawiać szablonowych reguł; tu trzeba wybierać metodę odpowiednią nietylko według rodzaju i siedziby ciała obcego, ale także według natury i stanu chorego. W jednym przypadku należy próbować wydobycia ciała obcego na drodze bronchoskopii, w innym tracheoskopii górnej, a w innym wprzód wykonać należy tracheotomię, by następnie wydobyć ciało obce przy pomocy bronchoskopii, lub tracheoskopii dolnej. Pamiętać tylko należy, że o ile czasem wydobycie ciała obcego pod ścisłą kontrolą wzroku jest bardzo pożądanem, o tyle w innych razach może być dokonanem łatwo i na ślepo, a również, że bronchoskop jest znacznie węższy od tracheoskopu, co stanowi też pewne utrudnienie. Zawsze zadaniem lekarza jest wydobyć ciało obce możliwie najprędzej i na drodze dla chorego najłatwiejszej i najbezpieczniejszej. Przy sposobności tej wspomnieć chcę jeszcze o górnej tracheoskopii i dolnej bronchoskopii w tej modyfikacyi, w jakiej ja ich dotąd używam i w jakiej pierwszą z nich zastosowałem w ostatnim z moich przypadków do wydobycia ciała obcego. Posługując się dotąd reflektorem, a nie lampką czołową Kirsteina, kazałem sobie porobić do bronchoskopii dolnej rurki długie, na 15 ctm., a do tracheoskopii górnej na 20 ctm., a odpowiadające szerokości kaniul tchawiczych Nr. 3, 4, 5 (według skali używanej przez Reinera). Pierwszych używałem dotąd wyjątkowo, tj. w zwężeniach oskrzeli, drugich nieco częściej w zwężeniach tchawicy, obok niezwężonej, przynajmniej znacznie, krtani. Nie miałem dotąd przypadku, w którymby mi pierwsze oddały istotną przysługę;

zwężenia bowiem oskrzeli są rzadkie; natomiast ostatnie służyły mi już niejednokrotnie tak do celów rozpoznawczych, jak i terapeutycznych I tak, w najczęstszych u mnie (z pominięciem ugnieceń przez wola) zwężeniach tchawicy w twardzieli mogłem nieraz zapomocą tracheoskopii górnej dokładnie zbadać tchawicę, a zarazem samą rurką tracheoskopijną zeskrobać miękką ziarninę z jej ścian, albo też usuwać ją pod kontrolą wzroku ostrą łyżeczką, lub szczypczykami, z tchawicy bez tracheotomii. Tak więc rurki te służą mi nietylko w celach rozpoznawczych, ale także do zabiegów operacyjnych, a nawet wprost do rozszerzania i kilka już razy udało mi się usunąć przez kilkakrotne użycie tych rurek zwężenie tchawicy w twardzieli. Jeżeli jednak postępowanie takie dotąd mi wystarczało, to nie myślę się przecież na nie ograniczać, lecz w przypadkach, w których będę widział istotną potrzebę, nie omieszkam posługiwać się bronchoskopią górną, czy dolną, równie jak i lampką czołową Kirsteina. Będąc podczas Zielonych Świątek w Heidelbergu na Zjeździe południowo-niemieckich laryngologów, zrobiłem umyślnie wycieczkę do Freiburga, by naocznie u Killiana przekonać się o wartości bronchoskopii. Dokładność, z jaką przy lampce czołowej Kirsteina oskrzela i ich gałęzie oglądać można, przeszła moje oczekiwania. Widziałem odchodzące od nich gałązki trzeciorzędne, których otwory rozszerzały się przy wdechu, a zwężały przy wydechu bardzo wybitnie, choć przy zupełnie lekkiem oddychaniu. Podnoszę tę okoliczność, bo stwierdza ona stanowczo to, co dotąd *a priori* tylko stwierdzić było można i tłómaczy nam, dla czego przy chorobowem zwężeniu tych gałązek oskrzelowych wydech zazwyczaj znacznie więcej bywa utrudniony niż wdech; jako przykłady przytoczyć mogę dychawicę (astmę) i dławiec oskrzeli. W Wiedniu następnie miałem sposobność oglądać u Schröttera przypadek zwężenia obu oskrzeli, w którym jedynie bronchoskopia pozwalała poznać istotę cierpienia. To też zaprowadzam obecnie bronchoskopię u siebie, a jeżeli nie zamierzam stosować jej często, gdyż, jak podniosłem powyżej, wymagam do tego ścisłego wskazania, to jednak zastosuję ją stanowczo tam, gdzie to wskazanie znajdę. Częściej prawdopodobnie stosować będę bronchoskopię dolną, jako łatwiejszą i nie męczącą tyle chorego, a mając przeważnie chorych, u których zachodzi potrzeba tracheotomii, albo już zaszła, będę miał do tego dosyć sposobności.

III. Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał

Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Dokończenie).

Przedstawiwszy pokrótce kliniczną formę nowej choroby, postaram się zwięźle scharakteryzować bakteryologicznie wywołujące ją drobnoustroje. Należą one do grupy bakteryj durowych i okrężnicowych, to też następująca tablica, zestawiająca ich własności, najlepiej uzmysłowi ich naturę.

	Bact. typhi	Bact. paratyphi *a*	Bact. paratyphi *b*	Bact. enteritidis
Ruchliwość	żywa	bardzo żywa	bardzo żywa	dość żywa
Kolonie na żelatynie	typowe	typowe	jak bact. coli	jak bact. coli
Kolonie na żel. Piórkowskiego	typowe	jak bact. coli	jak bact. coli	jak bact. coli
Hodowla bulionowa	typowa	typowa	typowa	z powłoczką powierzchowną
Odczyn indolowy	ujemny	ujemny	ujemny	ujemny
Wzrost na ziemniaku	przejrzysty	przejrzysty	jak bact. coli	przejrzysty lub jak coli
Mleko	bez zmian	bez zmian	przeźroczyście	przeźroczyście
Cukier gronowy	nie zmienia	wytwarza gaz	wytwarza gaz	wytwarza gaz
Indygosiarkan sodowy	bez zmian	redukcya	redukcya	
Agar Rothbergera	bez zmian	redukcya	redukcya	redukcya
Serwatka Petruschkyego	kwas	kwas	kwas potem alkali	bez zmian
Agar Drigalski-Conradiego	kolonie niebieskie, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, mniej przejrzyste

Jak wynika z dotychczasowych badań, zakażenia rzekomodurowe mają za przyczynę dwa odrębne, choć blizko pokrewne rodzaje bakteryi, oznaczane jako rzekomodurowe typu *a* i *b*. Podobnie, jak bakterye durowe są to bakterye krótkie, czasem biegunowo się barwiące, nie barwiące się metodą Grama, dokoła orzęsione, nie tworzące indolu w pożywkach peptonowych, nie ścinające mleka. Oba szczepy różnią się od bakteryj durowych żywszą ruchliwością, zdolnością rozszczepiania cukru gronowego, przyczem wytwarzają gaz; dalej zdolnością redukcyi barwików, jak n. p. indygosiarkanu sodowego, lub czerwieni neutralnej Ehrlicha w agarze Rothbergera, która przechodzi w kolor żółty i okazuje fluorescencyę; dalej oba szczepy na żelatynie Piórkowskiego nie tworzą charakterystycznych dla bakteryj durowych nitkowatych wypustek, lecz kolonie okrągłe ściśle odgraniczone. Pomiędzy sobą oba szczepy różnią się tem, że typ *a* na agarze, płytkach żelatynowych i ziemniaku rośnie delikatnie, jak prątek Ehrlicha, typ *b* okazuje wzrost zbliżony do *bacterium coli,* a zatem grube nieprzejrzyste pokłady; dalej typ *a* w serwatce Petruschkyego wytwarza kwas podobnie, jak bakterye durowe, typ *b* tylko z początku wytwarza kwas, potem odczyn zwolna przechodzi w wybitnie alkaliczny; wreszcie typ *a* nie zmienia mleka, pod wpływem szczepu *b* mleko po pewnym czasie przeźroczyścieje, przyjmując odczyn zasadowy. Jak widzimy z tego rozbioru bakterye rzekomo-durowe stoją co do swych własności morfologicznych i biochemicznych w pośrodku między durowemi, a okrężnicowemi; typy takie znano już dawniej, nazywano ogólnie rzekomo-okrężnicowymi paracoli); sądzę jednak wbrew zdaniu Schmidta, że nazwa „rzekomo-durowych“ dla naszych bakteryj jest najodpowiedniejsza, ponieważ wskazuje na powinowactwo zakażeń przez nie wywołanych. Co się tyczy własności biologicznych, to szczepy nasze bardzo wybitnie ulegają aglutynacyi pod działaniem surowicy chorych nimi zakażonych, lub zwierząt przeciw nim uodpornionych. Działanie to jest dość ściśle swoiste: przy zakażeniach szczepem *a* surowica działa swoiście tylko na ten szczep, nie działa na *b*, ani na bakterye

durowe i naodwrót. Bakterye rzekomo-durowe są równie, jak durowe, szeroko rozsiane po zakażonym ustroju: wyhodowano je ze krwi, z różyczki, ze stolca, z moczu w dwóch przypadkach bakteryomoczu, wreszcie ze śluzu pochwy i macicy. Metody hodowania z natury rzeczy są tu tesame, co w durze prawdziwym; dalsze badania wykażą, czy występowanie ich w pewnych sokach, lub wydalinach jest również stałe, jak bakteryj durowych. Surowica chorych, dotkniętych zakażeniem, aglutynuje w swoisty sposób i to na ogół bardzo silnie; wartości $^1/_{1000}$—$^1/_{10\cdot000}$, rzadkie przy durze, tutaj spotykamy wcale często; a Stern opisał przypadek, w którym aglutynacya dochodziła $^1/_{40\cdot000}$. Tutaj będzie chyba miejsce zastanowić się nad znaczeniem, jakie te fakty mają dla oceny serodyagnostyki duru. Z jednej strony pokazują one, że część ujemnych odczynów przy próbie Widala bezwątpienia należy odnieść do zakażeń rzekomodurowych, to też na przyszłość do ścisłej analizy bakteryologicznej niejasnych zakażeń trzeba będzie wobec ujemnego odczynu Widala spróbować serodyagnostyki wobec obu szczepów rzekomo-durowych. Ale nie na tem koniec: doświadczenia serodyagnostyczne, zebrane w przypadkach duru rzekomego, ograniczają też w wysokim stopniu znaczenie rozpoznawcze dodatniego wyniku próby Widala. Stwierdzono mianowicie, że surowica chorych rzekomo-durowych, aglutynująca swoisty szczep w rozcieńczeniach $^1/_{500}$—$^1/_{40\cdot000}$, równocześnie aglutynuje bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{50}$—$^1/_{320}$. Fakt ten bynajmniej nie jest jednak odosobniony: wiadomo, że surowica chorych durowych aglutynuje silniej różne szczepy okrężnicowe, niż surowica prawidłowa. Opisano dalej we Francyi chorobę papug, przenoszącą się w rzadkich przypadkach na ludzi, t. zw. *psittacosis*, wywoływaną przez bakteryę z grupy durowych i okrężnicowych, t. zw. *bac. psttacosis* Nocard; otóż surowica tych chorych, aglutynuje bakterye durowe dość silnie, a naodwrót surowica chorych durowych aglutynuje bakterye zarazy papuziej. Dalej wykazano, że surowica chorych, dotkniętych zatruciem mięsnem, wywołanem przez *bac. enteritidis* Gaertner, aglutynuje bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{70}$ do $^1/_{200}$, a zatem równie silnie, jak swoiste bakterye tego zakażenia. Podobne fakty znane są co do swoistych surowic ochronnych, uzyskanych ze zwierząt uodpornionych przeciw wspomnianym bakteryom. Zgodnie z obecnym stanem naszych wiadomości tłómaczymy te odczyny jako odczyny grupowe, będące wyrazem powinowactwa odnośnych bakteryj; możemy sobie wyobrazić, że skład biochemiczny danego szczepu bakteryi nie przedstawia się jednolicie, lecz jako zbiór pewnych części składowych w różnych stosunkach. Bakterye pokrewne mają oczywiście pewne części składowe wspólne; im pokrewieństwo bliższe, tem ich więcej. Tak np. wyobraźmy sobie skład bakteryj durowych symbolem: 50 A + 30 B + 15 C + 5 D, rzekomo-durowych: 30 A + 50 B + 15 C + 5 D, *b. enteritidis* 15 A + 30 B + 50 C + 5 D, *b. coli* 5 A + 15 B + 30 C + 50 D. Surowica swoista przeciwdurowa będzie zawierała aglutyniny dla każdej składowej części w odpowiednim stosunku, a z natury rzeczy będzie też aglutynowała bakterye pokrewne w miarę zbliżonego składu biochemicznego, oczywiście słabiej, niż bakterye swoiste. Tę aglutynacyę nieswoistą, będącą wyrazem powinowactwa danych szczepów, nazywamy spółaglutynacyą (*Mitagglutination*), lub według Pfaundlera aglutynacyą grupową (*Gruppenagglutination*). Zrozumiemy łatwo, że stosunki te mają wielkie znaczenie dla oceny serodyagnostyki duru; możemy otrzymać dodatni wynik próby Widala w przypadku, nie będącym wcale durem, co więcej w przypadku klinicznie zupełnie dur przypominającym. Zarówno dur rzekomy, jak zatrucie mięsne, wywołane przez *b. enteritidis* Gaertner, jak choroba papuzia, mogą niczem się nie różnić od prawdziwego duru; dodatni wynik próby może rozpoznanie nasze na fałszywe sprowadzić tory. Jakież tedy będzie nasze stanowisko wobec próby Widala? W każdym razie dalekimi będziemy od przeceniania jej znaczenia, od przypisywania jej roli rozstrzygającej w rozpoznaniu. Aglutynacya jest tylko jednym z objawów duru, z objawów co prawda swoistych, ale z natury swej nader zawiłych, i tylko dokładna analiza tego zjawiska uprawnia do wyciągania zeń jakichkolwiek wniosków. Brak jego nie wyklucza rozpoznania duru, obecność niekoniecznie dowodzi istnienia tej choroby. Oczywiście kliniczne i praktyczne znaczenie próby na tem bardzo musi ucierpieć; co najwyżej dodatni wynik z zastrzeżeniami wyżej wspomnianemi można uznać za dowód, że mamy do czynienia z zakażeniem z grupy duru; szczegółowe rozpoznanie możliwe będzie zawsze tylko przez wykazanie swoistych zarazków, lub też przez odczyn surowicy, dokonany we wszystkich ważniejszych przedstawicielach grupy durowo-okrężnicowej, przyczem szczep najsilniej aglutynowany uznamy za sprawcę zakażenia.

Co się tyczy częstości zakażeń rzekomo-durowych, trudno na razie coś stanowczego orzec; rozpoznanie tych przypadków możliwe jest tylko na podstawie ścisłych badań bakteryologicznych; to też z pewnością wiele przypadków, jak dawniej, tak i teraz uchodzi za dur prawdziwy. Nadto do porównania częstości możemy z drugiej strony opierać się również tylko na ściśle rozpoznanych przypadkach duru. Dotąd posiadamy tylko dwie niezbyt wielkie statystyki, odpowiadające tym wymaganiom: Schottmüller na 68 przypadków podejrzanych o dur znalazł pięć przypadków duru rzekomego, Ruediger na 30 badanych przypadków 2 przypadki duru rzekomego. Bądźcobądź wobec pokaźnej liczby około 100 przypadków, znajdującej się w piśmiennictwie w ostatnich trzech latach, można przypuszczać, że nie są one zbyt rzadkie. Z pomiędzy obu typów rzekomo durowych typ *b* jest znacznie bardziej rozpowszechniony i tylko nieliczne przypadki, opisane przez Schottmüllera, Briona, Kaysera i kilku innych, mają za przyczynę bakterye typu *a*.

Wobec wielkiej różnorodności biologicznej licznych bakteryj, przynależnych do grupy durowo-okrężnicowej, nasuwa się pytanie, czy oprócz wyżej wymienionych i inne z nich nie są zdolne wywoływać obrazu duru. Niektóre badania bakteryologiczne za tem zdają się przemawiać. Wiadomo zdawna, że niektóre z epidemii zatruć mięsnych przebiegają wśród typowych objawów durowych, podczas gdy inne bardziej się zbliżają do obrazu cholery. Podobieństwo do duru w niektórych epidemiach było tak wielkie, że poważni klinicyści sprzeczali się co do przynależności przypadków. Głośna przed laty 25 epidemia w Kloten, wywołana przez spożycie mięsa chorego cielęcia, składała się z przeszło 600 przypadków typu durowego, z wysoką gorączkę, obrzękiem śledziony i obfitą wysypkę pod koniec pierwszego tygodnia; łagodny przebieg i obfita wysypka zbli-

żają je do opisanych wyżej przypadków duru rzekomego. W dwóch przypadkach sekcyjnych zmiany anatomiczne w jelitach odpowiadały zupełnie durowi. Podobnie przedstawiają się epidemie w Andelfingen i Wüzenlos. Jakie bakterye te epidemie wywołały, nie wiemy; wnosząc z całego długiego szeregu innych epidemij, jest to albo *b. enderitidis* Gärtner, albo który z jego pokrewnych, albo też, za czemby obraz kliniczny przemawiał, któryś ze szczepów rzekomo durowych. W każdym razie na szczegół ten będzie należało zwrócić baczną uwagę pod względem higienicznym, o ile że epidemie takie wybuchają nagle, dotykają wielu osób, a szerzą się także i bezpośrednio z chorych na ich otoczenie. Znamy jednak z piśmiennictwa przypadki o typie durowym, bakteryologicznie ściśle zbadane, a wywołane przez bakterye z obchodzącej nas grupy. Craig i White opisują przypadek klinicznie zupełnie zbliżony do duru, a zakończony zejściem śmiertelnem w 16-tym dniu choroby; sekcya wykazała silny obrzęk śledziony, ogólne zapalne zaczerwienienie błony śluzowej jelita cienkiego z odosobnionemi tylko wyspami prawidłowemi, brak zajęcia przyrządu chłonnego. Ze śledziony wyhodowali ci autorowie *b. enteritidis* Gaertnera, a zatem bakterye, znajdowane zwykle przy zatruciach mięsnych. Gwyn w przypadku swym wyhodował ze krwi bakterye, do durowych podobne, żywo ruchliwe, nie ścinające mleka, nie tworzące indolu, ale fermentujące cukier gronowy, lewulozę, mannit, nie zmieniające cukru mlecznego, na serwatce Petruschkyego tworzące kwas, podobnie, jak durowe; surowica tego chorego aglutynowała te bakterye w rozcieńczeniu $^1/_{200}$, była nieczynna wobec bakteryj durowych. Dalej w kilku innych przypadkach z ognisk powikłań podurowych wyhodowano bakterye odmienne od durowych, wobec czego jest możliwem, że i sama poprzednia choroba nie była durem. Petruschky w przypadku typu durowego z 6 plam uzyskał czyste hodowle *b. faecalis alcaligenes*, jednego z najbliższych pokrewnych bakteryj durowych. Burdach w przypadku podobnym wyhodował ze krwi i stolca bakterye, tworzące zasadę w serwatce Petruschkyego i fermentujące cukier gronowy.

Odrębne zupełnie stanowisko zajmuje przypadek, opisany niedawno z kliniki Neussera przez Schmidta: u pacyenta, dotkniętego kamicą żółciową, nagle występują dreszcze z wysoką gorączką; tor gorączki, dosięgającej 42° C. przerywany, wybitnie posoczniczy; nieznaczne przypadłości podmiotowe, brak bólu głowy, zajęcie sensoryum, bolesność członków. Tętno przyspieszone, rozlany nieżyt oskrzeli z obfitą wydzieliną, potem objawy surowiczego wysięku opłucnowego. Łaknienie dobre, brak objawów żołądkowych, stolce biegunkowe durowe. Brak wysypki, znaczny obrzęk śledziony, w nerkach miąższowe krwotoczne zapalenie. We krwi zmniejszona liczba ciałek czerwonych, prawidłowe stosunki ciałek białych. Brak odczynu dyazowego w moczu. Śród tych objawów po dwumiesięcznem trwaniu choroby zejście śmiertelne. Sekcya wykazuje kamicę żółciową z następowem zapaleniem dróg żółciowych i woreczka żółciowego; rozsiane ropnie wzdłuż dróg żółciowych; na zastawce trójdzielnej świeże zapalenie z naroślami, ropiejący zator w jednej z większych gałęzi tętnicy płucnej. Rozsiane ogniska ropno-zapalne w płucach, włóknikowe zapalenie opłucnej, krwotoczne zapalenie nerek. Już za życia w moczu, wysięku opłucnowym i plwocinie, po śmierci zaś w nerkach, wysięku opłucnowym, płucach, treści woreczka żółciowego i naroślach zastawkowych wykazano bakterye, morfologicznie i biologicznie nie różniące się niczem od durowych, tylko nie ulegające aglutynacyi pod działaniem surowicy chorych durowych, względnie zwierząt uodpornionych przeciw durowi. Spostrzeżenie to nader ciekawe dowodzi według Schmidta, że bakterye blizko z durowemi spokrewnione, mogą w pewnych przypadkach wywoływać obraz chorobowy zupełnie od duru odrębny, a klinicznie i anatomicznie najbardziej przypominający zakażenie posocznicze. Od siebie chciałbym tylko dodać, że zdaniem mojem nie jest bynajmniej wykluczonem, że Schmidt miał do czynienia z prawdziwemi bakteryami durowemi; wspominałem już wyżej, że bakterye te, świeżo wyhodowane z ustroju, często są niewrażliwe na działanie aglutynin, a specyalnie w opisanym przypadku dwumiesięczne trwanie choroby dość im do takiego przystosowania dało sposobności. Rzecz oczywista, że nawet w takim razie spostrzeżenie to nie przestałoby być nader zajmującem, przedstawiając przykład całkiem odrębnej czynności patogenetycznej bakteryj durowych.

Streszczając dotychczasowe wywody, dochodzimy do wniosku, że oprócz bakteryj durowych cały szereg ich pokrewnych wywołuje u człowieka zakażenie, klinicznie bardzo zbliżone do duru prawdziwego; z lepiej znanych wskażę tu tylko na oba szczepy rzekomodurowe, *b. enteritidis* Gaertnera, *b. psittacosis* Nocarda, *b. faecalis alcaligenes* Petruschkyego. Jeżeli uwzględnimy, że mamy tu do czynienia z działaniem blizko spokrewnionych gatunków na jeden i ten sam ustrój, nie zdziwi nas, że jako wyraz tego wzajemnego oddziaływania otrzymamy obrazy chorobowe nader do siebie podobne. Można tu podobnie, jak wyżej przy aglutynacyi, mówić wprost o odczynie grupowym tych bakteryj, objawiającym się podobieństwem działania chorobotwórczego. Nie ulega wątpliwości, że zarówno klinika, jak bakteryologia w najbliższej przyszłości będą musiały jak najgorliwiej zająć się patologią i epidemiologią tych zakażeń, ze wszech miar ciekawych; zachodzi jednak pytanie, jakie praktyka ma obecnie wysnuć dla siebie wnioski z tych badań, dotąd przeważnie teoretycznych? Najważniejszym z tych wniosków jest wyłuszczony wyżej, że tylko ścisłe i dokładne badanie bakteryologiczne uprawnia do ścisłego rozpoznawania różniczkowego w tej grupie, a specyalnie, że próba Widala, dotąd uważana za rozstrzygającą, nadal tego znaczenia mieć nie może. Nie będzie można naturalnie wymagać od praktyki, żeby przy łóżku chorego w każdym podejrzanym przypadku występowała w całym rynsztunku nowoczesnej bakteryologii: obraz kliniczny, jak zresztą było i dotąd, w przeważnej części przypadków będzie rozstrzygał o rozpoznaniu. Że tu i owdzie przypadek duru rzekomego lub pokrewny będzie wzięty za dur prawdziwy, to jest prawdopodobne, ale na razie z punktu względów praktycznych niezbyt ważne. Wobec podobnej epidemiologii obu spraw, higieniczne postępowanie lekarza w obu przypadkach będzie jednakie; — wobec podobnego klinicznego przebiegu i działanie lecznicze różnić się nie będzie. W przypadkach wątpliwego rozpoznania czasem dodatni wynik próby Widala pozwoli wykluczyć inne zakażenia, jak pneumokokowe, lub gruźlicze, nie dając jednak ścisłego rozpoznania różniczkowego w grupie durowej. Jeżeli natomiast postęp nauki da nam w ręce skuteczniejsze środki walki przeciw tym za-

każeniom w postaci leczenia swoistego przyczynowego zapomocą surowic ochronnych, a spodziewam się, że czas ten może nie bardzo daleki, wtedy ścisłe rozpoznanie każdego przypadku stanie się koniecznością i obowiązkiem lekarza; przy ścisłej swoistości odczynu odporności surowica, skierowana przeciw bakteryom durowym, okaże się nieczynną wobec rzekomo-durowych itd Praktyczne rozwiązanie tej sprawy będzie leżało oczywiście w rozległej i odpowiedniej organizacyi pracowni bakteryologicznych, służących potrzebom praktyki, podobnie jak już je otworzono po wielu krajach Europy, w celu ułatwienia rozpoznawania i leczenia błonicy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc G. Heermann (Kiel). **Ueber den Méniere'schen Symptomenkomplex. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Sammelforschung. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskranheiten.** T. VII. Z. 1 i 2, 1903 Carl Marhold Halle a. S.).

Jest to zasługą autora, że podjął się szeregiem starannych poszukiwań wypełnić niektóre luki w naszych wiadomościach. Niestety nie można twierdzić, ażeby te jego usiłowania w celu wyświetlenia jednego z więcej jeszcze niejasnych zagadnień otyatryi były uwieńczone pożądanym skutkiem. Ściągając wszystkie postacie chorobowe, oznaczane przez innych autorów jako choroba Méniera i jako tak zw. objawy Ménierowskie pod jedno miano „zbiór objawów Méniera“ omawia H. na podstawie materyału zbiorowego 50 ciu przypadków etyologię, symptomatologię i leczenie tego cierpienia. Na zasadzie znanych wyników sekcyjnych przychodzi on do wniosku, że u osób z objawami Méniera znachodzono zawsze zmiany w narządzie usznym albo w sąsiednich częściach ośrodkowego układu nerwowego. Temu jednak sprzeciwia się dalsze zapatrywanie autora, zaliczającego do tej samej postaci przypadki, w których objawy te wystąpiły na podstawie neurastenii, błednicy i t. p i przebiegały bez upośledzenia słuchu. Albo bowiem zbiór ten objawów jest w związku przyczynowym z narządem usznym, naówczas muszą zawsze przytem istnieć zaburzenia w czynności słuchowej, a przypadki wymienione tu nie należą, albo też ta postać chorobowa może wystąpić zupełnie niezależnie od narządu słuchowego, a wtenczas należałoby tu zaliczyć także takie przypadki, w których nekroskopia nie wykazuje żadnych zmian w uchu, ani w sąsiedniej części układu nerwowego.

Praca ta, według naszego zdania, nie zdołała wyświetlić panującego w tej sprawie dotychczas zamieszania i sprzeczności. Przeciwnie, usiłowanie autora, by chorobę Méniera i powstające przy różnych cierpieniach objawy Ménierowskie zlać w jedno, może się raczej przyczynić do tem większego zamętu. O wiele racyonalniejszem wydaje nam się zapatrywanie v. Frankl-Hochwarta, który odróżnia „objawy rzekomo Ménierowskie“, występujące na podstawie różnych innych chorób bez zaburzenia słuchu, od postaci chorobowej, występującej w zależności od zmian w obwodowym lub ośrodkowym zakresie narządu słuchowego.

Powyższe uwagi nasze nie pozbawiają jednak zasług autora, że ważną tę sprawę biegle zresztą opracował i w nowem przedstawił świetle. Symptomatologia i leczenie skreślone są krytycznie i pouczająco. Na podstawie swoich doświadczeń chininę uważa H. za lek w tej chorobie szkodliwy, który ze stanowiska otyatrycznego radzi bezwzględnie usunąć. Z przetworów bromowych nie uważał skutków dodatnich. Sulfonal działał w 3 przypadkach cudownie na dokuczliwe podmiotowe wrażenia słuchowe; tabliczki tyroidyny dały dobre wyniki w 2 przypadkach z obrzmieniem gruczołu tarczykowego. Wogóle leczenie specyalne może mieć wyniki zadawalniające tylko w połączeniu z leczeniem ogólnem.

Autor kończy swoją monografię kilku trafnemi uwagami o znaczeniu choroby Méniera w sprawie ubezpieczenia od wypadków i na starość. *Spira.*

V. Wyciągi.

Strauss. **Przyczynek do kazuistyki i statystyki płodu skamieniałego** (*lithopaedion*). (*Arch. f. Gyn.* tom 68, zeszyt 3, 1903). Wieloródka uległa przed 5 laty ciąży trąbkowej. W drugim miesiącu ciąży prawdopodobnie dostało się jajo płodowe do jamy brzusznej i tu rozwijało się dalej. Od 8-go miesiąca ciąży chora nie odczuwała ruchów płodu. Wtedy również miał wystąpić krwotok, trwający prawie cztery tygodnie, przyczem odchodziły błony z macicy. Od tego czasu miesiączka występowała regularnie, mimo że brzuch zupełnie się nie zmniejszał. Nie zasięgała porady lekarza, gdyż nie miała dolegliwości. Dopiero teraz, t. j. po czterech latach, zgłosiła się z powodu dolegliwości w brzuchu, występujących od czasu do czasu. Przy operacyi wyjęto po oddzieleniu bardzo licznych zrostów, guz twardy, wielkości głowy dorosłego człowieka. Osłona guza prawie zupełnie zwapniała, a po jej otwarciu znaleziono płód dojrzały, wolny, 53 ctm. długi. W jaki sposób płód dostał się do jamy brzusznej, jakim sposobem w niej dalej się rozwijał i dlaczego ostatecznie obumarł, to są pytania, które autor szczegółowo omawia, obracając się jednak tylko w przypuszczeniach, dotychczas już znanych. Zejścia jaja płodowego, leżącego dłuższy czas w jamie brzusznej, są rozmaite: gnicie, połączone z ropieniem lub bez ropienia, wessanie (w pierwszych dwóch miesiącach), mumifikacya, inne zwyrodnienia i wreszcie wytworzenie się płodu skamieniałego. To ostatnie może się wytworzyć tylko z jaja zupełnie zamkniętego, w którem płód obumarł. Szukając w piśmiennictwie, znalazł autor 49 przypadków prawdziwych płodów skamieniałych z dojrzałym płodem. Nadto podaje 72 przypadków rozmaitych innych zejść jaja płodowego, zatrzymanego w jamie brzusznej. Czas pozostawania tych guzów skamieniałych w brzuchu wahał się od lat dwóch do 56. Objawy są tesame, jakie zwykły występować i przy innych guzach dużych ustalonych. Zależą one zresztą od umiejscowienia guza i jego stosunku do innych narządów brzusznych. Rozpoznanie ułatwiają wywiady, pewne wyczuwanie części drobnych płodu i ostatecznie prześwietlanie promieniami Röntgena. Rokowanie co do życia jest dobre; co do wyzdrowienia gorsze, szczególnie jeżeli przyjdzie do zropienia, co może nastąpić nawet po kilkunastu latach. Zwykle stosuje się leczenie operacyjne, wytworzenie się płodu skamieniałego jest wprawdzie najlepszem zejściem późnej ciąży zamacicznej; ponieważ jednak nie można nigdy napewno przewidzieć zejścia, radzą niektórzy nie czekać dłużej nad 5—6 miesięcy po obumarciu płodu. Inni operują dopiero wtedy, gdy guz taki wywołuje objawy zagrażające życiu chorej. Wreszcie autor omawia wskazania do operacyi przy ciążach trąbkowych w ogólności.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ephraim. **Przypadek godny uwagi martwaka nosa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 17). Autor opisuje przypadek wielkiego martwaka kiłowego w lewym przewodzie nosowym, który po wydobyciu z nosa okazał się lewą połową trzonu kości klinowej, zawierającą podstawę wyrostka skrzydlastego i cały przewód *vidianus*. Zaburzeń wzrokowych, słuchowych, mowy, jak również żadnych innych zboczeń po usunięciu martwaka nie było. Zajmującem w tem spostrzeżeniu jest to, że mimo zupełnego zniszczenia nerwu skalistego powierzchownego większego (*n. petrosus superficialis major*) nie było śladu porażenia podniebienia miękkiego, fakt, przemawiający niedwuznacznie za zapatrywaniem Rethiego i innych, że nerwem ruchowym podniebienia nie jest nerw twarzowy, lecz nerw błędny, a zatem, że należy porzucić szemat Erba o porażeniu nerwu twarzowego. *Spira.*

Menzel (Wiedeń). **Leczenie zapadających się skrzydeł nosowych przy oddechaniu** (Nasenflügelansaugung). (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 18). W stanie prawidłowym skrzydła nosowe pozostają otwarte i nie zapadają się dzięki napięciu mięśni, stałości i stężeniu chrząstek tych skrzydeł. Jeżeli zaś czynniki te straciły swoją stałość, jeżeli chrząstki są za miękkie, mięśnie za mało rozwinięte, albo niesprawne, to skrzydła nosowe zapadając się, zaciągają przy każdym wdechu. Podobny stan powstaje w pewnych postaciach porażenia nerwu twarzowego. Wskutek przymusowego oddechania ustami przychodzi wtedy do wysychania ust i gardła, do zmian zapalnych błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych i do innych następstw niedrożności nosa, jak dychawica, migrena itp. Zastosowane dotychczas w takich przypadkach różne protezy nosowe mają wiele niedogodności. Autor użył za-

tem w dwóch takich przypadkach protezy parafinowej sposobem Gersunyego, wstrzykując mięszaninę waseliny i miękkiej parafiny do bruzdy skrzydła nosowego i to z tak dobrym skutkiem, że poleca tę metodę do szerszego zastosowania w podobnych przypadkach. *Spira.*

Schulhof. **Ostra niedrożność jelit, wywołana glistami** (ascaris lumbricoides). (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 24, 1903). Nie każde otwarcie jamy brzusznej wyjaśnia nam przyczynę niedrożności jelit. Przypadek taki spostrzegał S. Przywieziono kobietę z następującymi objawami: od dwóch dni brak stolca i wiatrów, bole brzucha, wymioty. Po bezskuteczności wlewań wysokich, przy tętnie 100, małem, otworzono jamę brzuszną i stwierdzono, że jelita są niezmienione i ulegają żywemu ruchowi robaczkowemu; można było w nich wyczuć i dojrzeć białe, lśniące wałeczki, kilkakrotnie skręcone; woreczek żółciowy silnie powiększony, przy dotknięciu twardy, również biało lśniący, przyrośnięty do prawego zgięcia okrężnicy. Zamknięto jamę brzuszną, a przy końcu szycia powłok chora poczęła wymiotować, przyczem oddała dwie glisty, a dnia następnego znowu trzy glisty. Wieczorem tego dnia był stolec, w którym znaleziono trzy glisty; od tej chwili stolec był regularny, zawierający glisty tak, że ogółem odeszło 22 glist. Przypadek więc wyjaśnił się: pokręcone biało lśniące wałeczki w jelitach były to glisty, które zatkały światło jelita, a nawet zawędrowały do woreczka żółciowego. Przez obmacywanie jelit i woreczka żółciowego podczas operacyi wywołano drażnienie glist, które następnie poczęły wywędrowywać z przewodu pokarmowego. Chora opuściła szpital zupełnie zdrowa. *B. Żmigród.*

Spluwaczki higieniczne. (Wedle opinii Najwyższej Rady zdrowia). (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 25, 1903). Najwyższa Rada zdrowia wydała opinię, jakim warunkom mają zadość czynić spluwaczki, ażeby mogły służyć swemu przeznaczeniu i mogły być uznane ze stanowiska sanitarnego za odpowiednie. W szczególności odróżnić należy spluwaczki dla chorych leżących i dla chodzących. Spluwaczki dla chorych leżących mają być lekkie i łatwo uchwytne, by osoba chora mogła je bez trudu i przy ustach przytrzymać, lecz nie powinny być zrobione z materyału łatwo łamliwego. Otwór, do którego chory wykrztusza, winien być dość szeroki, lecz tak zrobiony, by treść nie wypływała z naczynia, gdy chory trzyma je przy ustach. Naczynie takie winno się dać łatwo opróżnić i oczyścić; opróżnianie i oczyszczanie tak mają się odbywać, by ręce i reszta ciała, lub ubranie osób, mających do czynienia z tem naczyniem, względnie osób otaczających, nie zanieczyszczały się tą plwociną.

Aby uniemożliwić zakażenie plwociną podczas wypróżniania i czyszczenia spluwaczek, koniecznem jest, by spluwaczka była napełniona płynem odkażającym, lub też ma być spluwaczka wraz z plwocinami wyparzona parą wodną, lub wyjałowiona przez wyżarzenie, albo wreszcie spalona. Takie odkażenie parą wodną, lub wyżarzenie jest nader kosztowne i wymaga osobnych urządzeń. Najprostsze i nieszkodliwe usuwanie plwocin osób chorych, podejrzanych o gruźlicę, jest wylewanie plwocin do dołów kloacznych i kanałów, w których prątki gruźlicze przez rozmnażanie się tamże saprofytów szybko giną. Z tego względu zupełnie wystarcza, jeżeli treść spluwaczek razem z płynem, przeznaczonym do ich czyszczenia, będzie wlaną do dołu kloacznego i kanałów.

O wiele trudniej spełnić warunki dotyczące spluwaczek, przeznaczonych dla osób chodzących; spluwaczki takie zwykle są rozstawione w różnych miejscach tak w przestrzeniach zamkniętych, jak i wolnych. Naczynia te mają być tak umieszczone i mieć taką formę, ażeby nie były wywrotne i ażeby do nich łatwo można było wykrztuszać i jednocześnie uniknąć zanieczyszczenia zewnętrznej ich powierzchni, względnie otoczenie plwocinami. Do tych warunków należy dodać, ażeby cena spluwaczek była nizka. By wypełnić wszystkie wymagania, umieszczano pierwotnie spluwaczki nie na podłodze, lecz na pewnem podwyższeniu, następnie tak je sporządzano, że składały się z dwóch części: lejkowatego wkładu do chwytania plwocin i ze zbiornika, w którym gromadzi się plwocina, spływająca z lejka. Ta budowa wymaga, by górny otwór lejka był szeroki, by doń łatwo było spluwać, a sam kształt lejka by ułatwiał spływanie plwociny do zbiornika, lub też by przez ciągle spływającą wodę plwociny były z lejka wydalane i spływały do kanału, co możebne tylko przy istnieniu wodociągów i kanalizacyi. Jeżeli spluwaczki znajdują się w miejscach, gdzie dużo jest much, to mają posiadać nakrywę, która automatycznie ma się otwierać i zamykać w chwili użycia spluwaczki. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Doc. F. Tauszk (Budapeszt). **Chloreton, nowy lek nasenny.** (*Mag. Orv. Lap.* Nr. 1, 1903). Chloreton, stosowany często w Ameryce i Anglii (Trichlorbutylalkohol), jest ciałem białem, krystalicznem, o woni przypominającej kamforę, rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze i chloroformie, trudno w wodzie. Podaje się najlepiej w kapsułkach żelatynowych, lub w papierze woskowanym. Używa się go przedewszystkiem jako leku nasennego. Chwalą go też w dychawicy, padaczce i krztuścu. Bywa też polecany w chirurgii zamiast kokainy, dalej w zapaleniu błony śluzowej nosa, oskrzeli, bolesnej miesiączce i t. d. T. badał działanie kojące i nasenne w 22 przypadkach. Najlepiej podać w nocy na ½—1 godz. przed ułożeniem się spać w dawkach 0·5—1·0. Ze snu budzą się chorzy wypoczęci bez wszelkich nieprzyjemnych wpływów ubocznych. T. twierdzi, iż chloreton jest pewnym, dość szybko działającym lekiem nasennym, kojącym ból. *Baschkopf.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mezotan. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Płyn żółty, oleisty, przeźroczysty, pachnący słabo aromatycznie; w wodzie mało się rozpuszcza, natomiast mięsza się z alkoholem, eterem, chloroformem i oliwą. Mezotan, stosowany miejscowo, ma działać jako środek przeciwgośćcowy; również ma działać leczniczo i uśmierzająco na bóle w gośćcu mięśniowym. Skutecznym ma być mezotan w cierpieniach pokrewnych, np. zapaleniu opłucnej; natomiast nie działa w rzeżączkowem zapaleniu stawu i w neuralgii. Stosować najlepiej w mięszaninie pół na pół z oliwą; bolesne miejsce należy kilkakrotnie lekko posmarować; zawijanie nie jest konieczne. *Dr. T. Ż.*

Helmintol. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Tworzy bezbarwne kryształy; w wodzie rozpuszczalny do 7%. Działa podobnie jak urotropina; Rosenthal przypisuje mu jeszcze silniejsze działanie odkażające. Stosowany w rzeżączkowem zapaleniu tylnej części cewki moczowej, w nieżycie pęcherza i zapalenie gruczołu krokowego, już po kilku dniach sprowadza wyjaśnienie moczu, zmniejszenie parcia i innych dolegliwości. Stosuje się w ilości 3—4 grm. rozpuszczony w wodzie. Cena 1 grm. około 14 halerzy. *Dr. T. Ż.*

VII. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Tak uposażona szkoła, którejby żadna państwa nie dorównywała, winna była mieć i swego kuratora, który miał stanowić łącznik między samym instytutem, a najwyższemi przełożonemi władzami rządowemi; na takiego Jędrzej Śniadecki proponował Czackiego, o którego zatwierdzeniu przez cesarza wcale nie wątpił [19])

Czacki, nie godząc się na propozycye Śniadeckiego, ściągnął na siebie jego gniew tak dalece, że Śniadecki zamierzał wycofać się wogóle od wszelkiego w tej sprawie udziału. „Z ostatniego listu widzę“, pisze w uniesieniu dnia 8 maja 1804 r. z Wilna Sniadecki, „iż JWW. Pan Dobrodziey nie życzysz sobie szkoły tey na Wołyniu zakładać; w takim przypadku robienie planu jest niepotrzebne“. Wkrótce jednak ustąpił rozważnym tłomaczeniom Czackiego, a przyszedłszy sam do przekonania, że się w swoich odważnych planach zbyt daleko posunął, cofa się i przyznaje poniekąd racyę perswazyom Czackiego temi słowy: „Jeżeli to jest niepodobna, tedy wracam się do pierwszego mego projektu jako mniey kosztownego, funduy JWW. Pan Dobrodziey na Wołyniu Szkolę Lekarską w którey wszystkie Fizyczne y Matematyczne nauki iako medycynie pomocne będą umieszczone a która będzie osobną szkołą by naymniey od Uniwersytetu niezawisłą“ [20]). Zbliża się więc Śniadecki, przeszedłszy rozmaite koleje i przykrości, do projektu Czackiego i Kołłątaja, zastrzegając dla swojego jedynie zupełną niezawisłość od Uniwersytetu, co sta-

[19]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego bez daty.

[20]) Ibidem.

nowi jego zdaniem — rękojmię zdrowego rozwoju każdej szkoły.

Ważniejszem od względów formalnych, było pozyskanie sił nauczycielskich i środków potrzebnych do udzielania nauki. Pod tym względem istniały również różnice pomiędzy Jędrzejem Śniadeckim, a Czackim. Ten ostatni przeliczył się nieco, przypuszczając, że szkoła niższa od Uniwersytetu potrzebuje sił drugiego rzędu i że takie siły będzie mógł dostać za tanie pieniądze, a to tembardziej, że przyszła szkoła lekarska ma mieć swoją siedzibę w Krzemieńcu, „w kraiu tanim, gdzie korzec żyta # 6 mieć będzie“ [21]). Ztąd to pochodzi, że w jego i Kołłątaja projekcie są wyznaczone dla nauczycieli przyszłej szkoły wynagrodzenia tak nizkie, na jakie z pewnością żaden cokolwiek tylko szanujący się uczony nie zgodziłby się. Wedle ich projektu otrzymałby nauczyciel anatomii i fizyologii rocznej pensyi 400 rubli srebrnych z funduszu gimnazyum, podobnie jak i nauczyciel chirurgii i *artis veterinariae*. Nadto mieli pierwsi dwaj otrzymywać za udzielanie lekarskiej pomocy pannom, uczęszczającym do seminaryum żeńskiego, z funduszu tegoż seminaryum roczny dodatek w kwocie 100 r. s. tak, że ich pensya wynosiłaby po 500 r. s. rocznie. Pomocnikom anatomii i chirurgii wyznaczał projekt rocznie po 200 r. s. Taką samą sumę chcieli projektodawcy przeznaczyć rocznie na „prosekcye i preparata anatomiczne“, jakoteż dla pomocnika *artis veterinariae* i szpital bydlęcy [22]).

Śniadecki, który miał zagranicą sposobność przypatrzenia się urządzeniom szpitalnym, zakładom naukowym i ich kierownictwu, był odmiennego zdania, aniżeli wizytator szkół wołyńskich i jego doradca. Wiedząc dobrze, że tak nizkie pensye i tak niedostateczne wyposażenie zakładów lekarskich, jakie proponował Czacki, nie ściągną ani odpowiednich nauczycieli, ani też uczniów, proponował kwoty, które nie stały w żadnym stosunku do tych, jakich żądał Czacki. I tak wynosił jego „rozkład wydatków statecznych“ na szkołę lekarską“ 53.500 Złt. polskich. Pojedyncze wydatki przedstawiają się w następujący sposób:

„Na Prosektora y utrzymanie Gabinetu Anatomicznego	2500
Na Szpital służący za szkołę Praktyczną	30 000
Na utrzymanie Szpitala Bydlęcego Teatru Weterynarskiego, Kowala etc . .	20.000
Na Gabinet Patologiczny przy Szkole Praktyczney	1000 [23])“.

Kwota to na owe czasy olbrzymia, która przewyższa nawet tę, jakiej potrzebował uniwersytet wileński dla swojego wydziału lekarskiego. Urośnie ona jeszcze w oczach naszych tembardziej, jeżeli uwzględnimy, że niema tu jeszcze wliczonych pensyj profesorskich. Śniadecki nie podaje kwot, jakichby ewentualnie potrzeba było na opłacenie nauczycieli, gdyż co do tego punktu zachodziły zasadnicze różnice pomiędzy nim, a Czackim. Ten ostatni, jak widzieliśmy, proponował wynagrodzenia tak nizkie, na jakieby się z pewnością żaden profesor, przedstawiający jakąkolwiek tylko wartość, nie zgodził. Wychodząc zaś z założenia, że od wartości profesora pod względem pedagogicznym i innych jego zalet należy uczynić zależną stopę jego pensyi, sądzi Sniadecki, że „daleko będzie lepiey y taniey z każdym Profesorem osobny robić układ. Są objekta do których można dostać mnóstwo ludzi y dosyć tanio, są inne do których trudno iest kogo zyskać y trzeba go dobrze zapłacić. Nakoniec w tymsamym objekcie może bydź kilku ludzi zdatnych, ale nie równey wartości. Nakoniec młodzi ludzie dadzą się łatwiey y taniey godzić aniżeli zasłużeni y już w uczonym świecie znani“ [24]). Z tego powodu należy z każdym profesorem osobno zawrzeć umowę co do wysokości pobieranej pensyi. Przytem należy się wprawdzie starać o jak najtańsze ich pozyskanie, lecz pamiętać należy w każdym razie o stworzeniu dla niego warunków wygodnej egzystencyi. Miarodajnymi zaś mają być w pierwszym rzędzie zdolności ubiegającego się, jego sława i wiek, przedmiot, który będzie wykładał, ilość godzin tygodniowo wykładanych i t. d.

Wiedząc dobrze, że nauczyciel mający poza zawodem nauczycielskim jeszcze inne zajęcia, które mu mogą korzyści, lub szkodę przynieść, nie będzie pamiętał o swoich obowiązkach zawodowych, żąda Śniadecki od niego, by się całkiem od tych zajęć oderwał i oddał się jedynie i wyłącznie zawodowi wychowania. Ponieważ zaś „zatrudnianie się wychowaniem iest nayprzykrzeyszym rzemiosłem.... naynudnieyszym y nayniewdzięcznieyszym rodzaiem pracy... , trzeba uderzyć w sprężynę, która wszystkie postępki człowieka porusza, to iest w osobisty interes“. Zaopatrzywszy się w środki, pozwalające odpowiednio wynagrodzić trudny zawód nauczycielski, trzeba przedewszystkiem szukać zdolnych ludzi. Przy poszukiwaniach zaś tych należy pamiętać, że ludzi z ustaloną już sławą trudno wynajdzie dla obsadzenia wszystkich katedr i dlatego należy się na razie zadowolnić, o ile tego konieczność wymaga, młodymi, zdolnymi ludźmi, którzy na przyszłość wiele obiecują. Bodźcem ma być dla nich obok sławy przyszłej nadzieja zdobycia większej pensyi. Ztąd ta nierówność pensyi proponowana przez Sniadeckiego, która z jednej strony nie narazi skarbu na zbyt wielkie wydatki i zachęci młodych ludzi do energicznej pracy nad sobą, a z drugiej znowu strony pozwoli sprowadzić do Krzemieńca słynnych ludzi z najdalszych stron.

Przedmiot wykładany przez profesora, ma być przy wymiarze pensyi o tyle uwzględniony, o ile istnieją przedmioty, dla których trudno wogóle znaleźć kandydatów, lub też takie, które wymagają z powodu niebezpieczeństw, jakie im towarzyszą, pewnego poświęcenia własnej osoby. „Czyż można Professora Teologii, lub pisma Śgo, którym każdy Mnich bydź może, tak płacić iak y Professora Matematyki wyższey, Astronomii, Fizyki, Kliniki y t. p. do których zaledwo kilkunastu w całey Europie ludzi znaleść można, które poświęceniami całego wieku, y najczęściey stargania sił oddaney im osoby wymagaią“ [25]).

Profesor może swojemu zadaniu najlepiej odpowiedzieć, jeżeli będzie miał siły i dosyć czasu, by nad swojem własnem udoskonaleniem pracował. Jedno i drugie zaś będzie miało miejsce, jeżeli nie będzie zanadto przeciążony nauczaniem. Mając wielokrotnie sposobność kontrolowania czynności profesorów zagranicą, występuje Śniadecki przeciw zamiarowi Czackiego rozłożenia przedmiotów w ten sposób, by jeden profesor miał nauczać 20, lub nawet i 10 godzin tygodniowo. Coś podobnego uważa już z tego powodu za niemożliwe, lub też conajmniej za szkodliwe, gdyż „w Naukach doświadczalnych.... przygotowanie demonstracyi do iedney lekcyi wymaga czasem dwóch lub trzech dni czasu“. Obstawanie zaś przy ścisłem przeprowadzeniu takiego niekorzystnego rozkładu musiałoby jedną i drugą interesowaną stronę na szkodę narazić.

Równocześnie z wymienionymi tu ważnymi względami, należy pamiętać o narodowości kandydatów na stan nauczycielski. Pod tym względem istniała zupełna zgoda pomiędzy Czackim, a Sniadeckim. Obydwaj dążyli do obsadzenia wszystkich posad w pierwszym rzędzie Polakami, chociażby się to nawet z nieznaczną, lecz jedynie tylko nieznaczną, szkodą nowej szkoły stać musiało. Widząc, jakie scysye i przykrości miały miejsce w uniwersytecie wileńskim za czasów rektoratu Strojnowskiego z powodu powoływania obcych żywiołów, a jaki spokój i rozkwit panował w Krakowie z powodu obsadzenia katedr przez Polaków, błaga Śniadecki nadewszystko, żeby pierwszeństwo przed Niemcami dawano Polakom, a przedewszystkiem Wołynia-

[21]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel. list Czackiego do Jana Śniadeckiego z Krakowa dnia 21 kwietnia 1805.

[22]) X. Hugona Kołłątaja korespondencyja listowna. Kraków 1844, T. II.

[23]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jag. List Jędrz. Śniadeckiego do Czackiego z 3-go kwietnia 1803.

[24]) Tenżesam list.

[25]) Tenżesam kod., list bez daty do Czackiego.

nom. „Kollegium Lekarskie Krakowskie opatrzyło niemal wszystkie prowincye Koronne dobremi Doktorami, a w czasie potrzeby dostarczało woyskom bywszey Rzeczypospolitey potrzebną liczbę Chirurgów. Niektórzy uczniowie w Chirurgii y Medycynie z Krakowa aż do Litwy przeszli; Korona nie widziała żadnego Litwina. Tutajsze (wileńskie) Collegium Lekarskie zawsze było wypełnione samemi cudzoziemcami a kiedy wypadła potrzeba żadnego Rzeczpospolita ztąd ani Chirurga, ani medyka nie miała. Professor kliniki ziadał przez lat szesnaście płaconą sobie pensyę, a kliniki nie uformował; lekcyi, ieżdżąc za praktyką nie dawał, albo kiedy niekiedy zbutwiały przywieziony z Wiednia Sextern o Patologii kaczkowatym głosem czytał był śmiechem samych swoich uczniów, wszelako na końcu zebrawszy tu maiątek, po wyliczeniu nieskończonych swoich zasług, wziął emeryturę y do Wiednia poiechał. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy list następujący:

„Dnia 19 lipca b. r. przysłano na moje ręce 150 koron z następującym listem: „Wielmożny Panie Doktorze! Za poradą pp. Drów Flisa, Szurka i Męsowicza przesyłam na fundusz zaopatrzenia wdów i sierot po lekarzach dla Towarzystwa Samopomocy lekarzy kwotę 150 koron, na życzenie zmarłej w klinice panny Klementyny Kaczmarkówny, dla p. p. Drów Flisa, Szurka i Męsowicza przeznaczoną, a przez nich nie przyjętą. Ofiarodawczynią tej kwoty jest W. Panna Abakanowiczówna. Upoważniam Pana Doktora do ogłoszenia niniejszego listu w odpowiedniem czasopismie. Z poważaniem *M. Dembowska*".

W imieniu Wydziału Towarzystwa Samopomocy lek. składam za ten dar publiczne podziękowanie, przesłaną zaś kwotę złożyłem czekiem pocztowym L. 853,810 do kasy Towarzystwa Samopomocy.

Dr. Langie I sekretarz.

† Dr. Rudolf Trzebicky

profesor nadzwyczajny chirurgii U. J., prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, prymaryusz szpitala, członek Redakcyi „Przeglądu lekarskiego" i t. d. zakończył życie dnia wczorajszego. Życiorys podamy w jednym z następnych numerów.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. lipca.

* »Głos lekarzy«, organ stanu lekarskiego w Galicyi, Śląsku i Bukowinie, wyszedł w podwójnej objętości (Nr. 1 i 2), na dob ym papierze, wydany starannie i, zgodnie ze swojem założeniem, zawiera treść społeczno-lekarską. W artykule naczelnym »Nasz program« oświadcza Redakcya, że »Głos lekarzy« ma służyć do wymiany myśli, ma zastąpić »nieustający Wiec lekarski«, na którym Komitet redakcyjny, obejmując obowiązki przewodnictwa w dyskusyi, czuwać tylko będzie nad przestrzeganiem porządku dziennego i form parlamentarnych. Otwierając ramy dwutygodnika dla koleżeńskiego roztrząsania wszystkich spraw, dotyczących bytu lekarzy, Redakcya osobistego zdania narzucać nie zamierza, zastrzegając swemu zapatrywaniu tyle tylko znaczenia, ile go ma zdanie pewnej grupy, nie roszczącej sobie prawa do rozstrzygania, lecz pragnącej być wysłuchaną. Ogólnie rzeczy biorąc, Redakcya »Głosu lekarzy« zmierzać będzie »do ustalenia postulatów wszystkich lekarzy w całym kompleksie spraw ogół lub znaczne jego odłamy obchodzących; do obmyślenia środków i dróg w celu urzeczywistnienia naszych wspólnych żądań i do ścisłego zespolenia wszystkich w jednej zawodowej organizacyi«. W szczególności zaś Redakcya do swego programu zalicza wszystkie sprawy, wynikające ze stosunku lekarzy do społeczeństwa, do instytucyi pracodawczych, do ciał ustawodawczych, do rządu krajowego i państwowego, wreszcie sprawy wzajemnego stosunku lekarzy w zakresie ich działania zawodowego. Redakcya w dalszym ciągu zaznacza, że interesy zawodowe lekarzy bynajmniej nie są w rozdźwięku z interesami społeczeństwa, któremu zależeć musi na posiadaniu dostatecznej liczby odpowiednio przygotowanych lekarzy, przeto logicznie wnosi, że wszystkie czynniki społeczne przyłożyć powinny ręki do zabezpieczenia bytu lekarzy, a nowy organ w tem pośrednictwie między społeczeństwem a stanem lekarskim może odegrać rolę nadzwyczaj pożyteczną i w skutki obfitą.

W artykule redaktora naczelnego, Dr. Mikołajskiego, p. t.: »O potrzebie organu zawodowego dla lekarzy«, zebrane są wszystkie przekonywujące argumenta, które popierają twierdzenia autora, że »bez organu nie da się po prostu wytworzyć i utrzymać silna organizacya, łącząca wszystkich lekarzy«. Wszystkie zawody zdobywają się na czasopisma zawodowe, a tem więcej potrzebuje ich stan lekarski, pozbawiony możności częstego wiecowania. Tylko stała i ciągła wymiana myśli może doprowadzić do porozumienia, a porozumienie do jednomyślności, bez której niczego osiągnąć nie zdołamy. W dalszym ciągu wyjaśnia autor, dlaczego Izby lekarskie nie są wstanie spełnić tego zadania tak, że wytworzenie równoległej organizacyi stało się niezbędnem. Dr. Mikołajski sądzi, że wina leży po stronie członków Izb, krórzy nie popierają tych instytucyi (Izb); »Głos lekarzy« będzie orędownikiem usiłowań wydziałów wszystkich Izb rakuzkich, dążących szczerze do wydatniejszej działalności. Dalej autor podaje historyczny przebieg sprawy założenia polskiego organu społeczno-lekarskiego, następnie zapewnia o bezwzględnem wykluczeniu w wydawnictwie spraw politycznych, narodowościowych i religijnych, mogących przeszkadzać w dopięciu solidarnej i ogólnej organizacyi lekarzy. Jakby w uzupełnieniu programu oświadcza Dr. Mikołajski, że nie zamierza podejmować w czasopiśmie spraw osobistych między lekarzami, gdyż »Głos lekarzy« mieć będzie na oku sprawy ogólne, zadania bytu lekarzy, a nie nieporozumienia członków, które skutecznie załatwić mogą inne instytucye lekarskie.

Ze względu na to, że Redakcya rozesłała ten Nr. wszystkim lekarzom, nie streszczamy dalszych artykułów: »Przestroga dla młodzieży«; »Zjazd lekarzy we Lwowie«; »W ważnej sprawie«; »Dotychczasowe usiłowania w celu polepszenia doli lekarzy w Galicyi«; »Komisye lekarzy gminnych i okręgowych«; »Coraz więcej obowiązków, coraz mniej praw«; »Czy ogólny strejk lekarzy jest dopuszczalny?« »Reorganizacya Towarzystwa samopomocy lekarzy«; «Wiec medyków we Lwowie«; — wreszcie odcinek: »Eskulap obywatelem«, rubryka: »Korespondencye« i »Kronika«. Wszystkie te prace pouczające i godne przeczytania.

O koniecznej potrzebie polskiego organu sprłeczuo-lekarskiego, jesteśmy głęboko przeświadczeni i uznajemy, że wydawnictwo jego, ażeby było pożyteczne, musi być niezależne, niezwiązane z innym organem lub instytucyą, mającą statutem zastrzeżone inne zadania. Kto bywał na wiecach i walnych zebraniach lekarzy naszych, mógł się przekonać, ze większość dziwnym sposobem przeocza przeobrażenia społeczno-ekonomiczne, którym ulegają dziś narody, a tem samem nie przewiduje nieuniknionych następstw dla stanu lekarskiego; zaskakują nas dotkliwe niespodzianki, ciężko krzywdzące nasz byt, aczkolwiek są one już systematycznym wypływem nowego ustroju społeczno-ekonomicznego, któremu i państwo dziś podało rękę. Redakcya »Głosu lekarzy« przysłużyłaby się czytelnikom swoim, podając w charakterze informacyjnym kilka ogólnych rysów o organizacyi nowoczesnego społeczeństwa, którego stan lekarski stanowi cząstkę dotychczas nie wcielonę, pomimo istnienia Izb lekarskich. Na takiem tle zarysują się wybitniejszemi liniami nasze zadania samopomocy, zakreślą się granice samoistnego, nie naśladowanego, a godnego stanu lekarskiego, działania. »Co nas boli« wszyscy wiemy, bo wszyscy doświadczyliśmy tego, jak się to mówi, »na własnej skórze«. Dziś na porządku dziennym stoi zadanie dalsze: jak działać należy, ażeby usunąć te przyczyny, które ból wywołują? jak przystosować się do nowego porządku świata, łącząc samopomoc i samoobronę z zachowaniem tych zasad etycznych i altruistycznych, które intergralnie złączone są z naszym zawodem i z naszem powołaniem? Przygotowani na trudności, wynikające z przeprowadzenia tego dylematu, żywimy przekonanie, że Redakcya »Głosu lekarzy« wyjdzie z tych trudności zwycięzko, rękojmię dają nam zasadnicze myśli, wypowiedziane w Nr. 1. »Głosu lekarzy«, oraz przebijające z każdego wiersza uświadomienie celów ogólnej organizacyi naszego stanu lekarskiego.

* Wszystkie austryackie Izby lekarskie otrzymały d. 22 marca b. r. projekt proponowanych zmian ordynacyi lekarskiej z prośbą o na-

desłanie oceny projektu do d. 15 czerwca. D. 5 lipca odbyła się w Wiedniu konferencya Komitetu rewizyjnego ustawy Izb lekarskich, złożonego z delegatów Izb, z przybraniem doradcy prawnego, adwokata Voglera. Po należytem rozejrzeniu się w nadesłanych ocenach ułożył Komitet ostateczną redakcyę projektowanych zmian, które zostaną przedstawione do uchwały na jesiennym wiecu Izb lekarskich. Co do § 43 (zawieszenie prawa praktyki lekarskiej), to na 15 głosujących 10 oświadczyło się *za* a 5 *przeciw*; na tej podstawie zgromadzenie delegatów uchwaliło § 43 zatrzymać w projekcie i poddać go pod rozstrzygnięcie na wiecu Izb lekarskich w jesieni.

* Komitet berliński, zajmujący się badaniem raka, postanowił wydawać własny organ: »Zeitschrift für Krebsforschung«.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Dworzański K. (Kęty), Karpiński S. (Lisko), Mosler M. (Borszczów), Olpiński J. (Trembowla), Rokossowski W. (Sądowa Wisznia), Wojczyński M. (Zakopane), Dawidowicz E. (Stanisławów), Kolasiński A. (Wielopole Skrzyńskie), Mendlowski W. (Gliniany), Płochocki T. (N. Sącz), Rosenbaum J. (Stanisławów), Silberstein J. (Przeworsk), Frączkiewicz J. (Kraków), Walsleben T. (Krosno), Wilder J. (Drohobycz), Stokłosiński F. (Rawa), Muszkiet K. (Żółkiew), Waligórski Cz. (Drohowyże), Piaskiewicz W. (Kołomyja), Sobieszczański L. (Bohorodczany).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVI (28—VI—4—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 25, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 10 (2 zam.), z zapalenia płuc 3, z błonicy 1 (zam.), z krztuśca 1, z ospy 1, z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 3.

* Między 1 a 7 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 g.), dobromilskim (1 g.), horodeńskim (3 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (2 g.), kałuskim (1 g.), lwowskim (1 g.), mościskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (2 g.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. W. Serbski mian. został profesorem nadzwyczajnym psychiatryi i neurologii w Moskwie. Doc. Cohnheim mianowany profesorem nadzw. fizyologii w Heidelbergu. Doc. Oesterle otrzymał tytuł profesora farmakologii w Bernie.

Nekrologia. Dr. Jan Łukowski, lat 66, zmarł w Zytomierzu. Dr. F. Gumnicki, lat 60, zmarł w Bodzanowie. Dr. Edward Pivl, lekarz w Stryju, zmarł w 33 r. życia.

Bibliografia:

Przegląd higieniczny Nr. 7 Lachowicz: Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austryi, epidemiologiczne spostrzeżenia i wnioski co do jej zwalczania. Mańkowski: Zakład higieny w Bernie szwajcarskim (dok.).

— ***Kronika lekarska*** Nr. 13. Dudrewicz: Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego. Heiman: Przyczynek do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego. Rzeczniowski: Podstawy psychofizyologicznej teoryi histeryi (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Władysław Sterling: O ośrodkach korowych mięśni ocznych. Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.). Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 28. Wł. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morvana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (dok.). Karczewsk: Przypadek torbiela jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej (dok.).

— ***Postęp okulistyczny*** Nr. VI. Bochenek: Drogi nerwowe dla odruchów, wywołanych wrażeniami wzrokowemi. Rumszewicz: O utworach torbielowych w okolicy mięska łzowego.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. Sterling: W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Rzętkowski: O wydawaniu świadectw choroby przez lekarzy. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28. Srdinko: Příspěvek k srovnaváci anatomii a embryologii nadledviny (dok.). Jeništa: Flegmony krku (dok.). Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti v nemocnici německobrodské za prvé pětileti od r. 1898—1902 (c. d.).

— *La Presse medicale* Nr. 54. Gaucher: Język łuskowaty. Thiénot: Technika karmienia sztucznego.

Nr. 55. Brocq: Wysypka pośrednia między łupieżem różowym Giberta a łojotokiem łuszczycowatym. Kilka uwag o przebiegu i przedstawienie graficzne chorób skórnych. Mauté: Żywienie w przewlekłem zapaleniu nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28 Hansemann: Czaszka z obustronnem zrośnięciem stawów żuchwowych. Martini: Prątek dżumy i surowica dżumowa. Dunbar: Etyologia i leczenie swoiste nieżytów jesiennych. Pfeiffer i Friedberger: Bakteryobójcze działanie promieni radu *(radium)*. Immerwahr: Gorączka sienna i jej leczenie surowicą przeciwpyłkową Dunbara. Benninghoven: Działanie gonosanu w zapaleniu cewki moczowej i pęcherza. Frankenhäuser: Nowy pogląd przy ocenianiu skuteczności kąpieli. Czerellitzer: Promienie Becquerela a ślepota.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Van de Velde: Hebotomia ze stałem rozszerzeniem miednicy. Kapsammer: Moczenie mimowolne i jego leczenie za pomocą wstrzykiwań epiduralnych. Schumacher: Przypadek skrzyżowanego nieprawidłowego umiejscowienia nerek ze zmianami położenia narządu płciowego. Natanson: Chrząstka w nerce.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Gruber i Pirquet: Toksyny i antytoksyny. Roos i Hinsberg: Cerolina, istota tłuszczowa drożdży, działająca leczniczo. Flatau: Zastosowanie w ginekologii znieczulenia morfino-skopolaminowego. Holzknecht i Grünfeld: Nowy materyał dla ochrony zdrowej skóry od szkodliwego wpływu promieni Röntgena i wogóle ochrona przeciw szkodliwemu wpływowi promieni. Struppler: Przyczynek do nauki o niedomykalności aorty po urazie. Strauss: Moje wyniki epiduralnych wstrzykiwań przez nakłócie kanału krzyżowego w leczeniu kiły i chorób czynnościowych narządów moczopłciowych. Aronheim: Czy plamy Koplika są w istocie pewnym objawem wczesnym odry? Liebrecht: Powstawanie i kliniczne znaczenie tarczy zastoinowej. Graefe: W sprawie owaryotomii podczas ciąży. Magnani: Znieczulające działanie yohimbiny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Criegern: Kazuistyczny przyczynek do nauki o schorzeniach układu naczyniowego, które powstają prawdopodobnie na tle nerwowem. Bloch: Uwagi kliniczno-hematologiczne. Stenger: Przyczynek do etyologii i terapii twardzieli ucha środkowego. Scagliosi: Przyczynek do patologii oparzenia skóry. Edinger: Znaczenie związków rodanu dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 1 Sierpnia 1903. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

W sprawie dziedziczenia sztucznego uodpornienia przeciwko błonicy.

Przez

Dra S. Dzierzgowskiego.

Blizko dwa lata temu przedstawiłem Sekcyi biologicznej Towarzystwa ochrony zdrowia publicznego wyniki moich badań i doświadczeń, tyczących się wyjaśnienia sprawy, dlaczego uodpornienie przechodzi dziedzicznie tylko ze strony matki, a nie ze strony ojca.

Od tej pory spostrzeżenia moje zostały dopełnione wieloma danemi, które nie tylko powiększyły zebrany przezemnie materyał, lecz w znacznym stopniu zmieniły pogląd na ostateczne rozstrzygnięcie podjętej sprawy.

Przypuszczając, że nie wszyscy znają poprzednie moje prace, pozwolę sobie w krótkości przytoczyć zebrany przezemnie materyał, co znacznie ułatwi zrozumienie niniejszej rozprawy.

Przystępując do badań, postawiłem sobie za zadanie rozstrzygnąć 3 pytania: 1) w jakich warunkach znajdują się plemniki w ustroju ojca i jajka w ustroju matki, w stosunku do możliwości nabycia uodpornienia? 2) od czego zależy możliwość nabycia uodpornienia w życiu płodowem? 3) jakie są warunki osiągnięcia uodpornienia w pierwszych chwilach życia nowerodka po organicznem odłączeniu się jego od ustroju matki?

W celu rozstrzygnięcia pierwszego pytania badałem zawartość antytoksyny w płynach, otaczających plemniki w jądrach (*testicula*) uodpornionego ojca i jajka w jajnikowych pęcherzykach Graafa uodpornionej matki.

Tablica I.

Nr. konia	Siła surowicy w normalnych jednostkach	Siła płynu wyżętego z jąder (*testicula*) w normalnych jednostkach	Siła płynu w pęcherzykach Graafa w normalnych jednostkach
79	80	0,1	—
96	75	0,079	—
103	110	0,4	—
130	150	0,66	—
132	170	1,0	—
114	280	1,34	—
91	80	—	60
43	70	—	70
49	100	—	80
90	90	—	90
79	70	—	70
118	280	—	22
125	120	—	80, 90

Wyniki, zestawione w tablicy I-szej dowodzą, że płyn z jąder zawiera nawet u znacznie uodpornionych koni nadzwyczaj mało antytoksyny w porównaniu z krwią, podczas gdy ciecz z pęcherzyków Graafa uodpornionych matek zawiera jej stosunkowo bardzo wiele, a często nawet tyle, ile surowica krwi. Większa lub mniejsza ilość antytoksyny w pęcherzykach Graafa zależy od czasu utworzenia się ich w ustroju: często zdarza się, że w jednym jajniku oddzielne pęcherzyki zawierają różną ilość antytoksyny.

Obecność antytoksyny w płynach lub w tem środowisku, gdzie rozwija się i kształtuje plemnik i jajko, warunkuje możliwość łatwego uodpornienia nawet we wczesnych okresach życia. Łatwo zrozumieć, że jajko matki, otoczone wysoce uodpornioną cieczą pęcherzyków Graafa, posiada więcej warunków do nabycia swoistej odporności w porównaniu z plemnikiem ojca, rozwijającym się w środowisku słabo uodpornionem.

Rozpatrzmy teraz warunki możliwości nabycia uodpornienia, w jakich znajdują się plemniki od chwili wyzwolenia się ze stanu spokoju do zapłodnienia.

Zebrane przezemnie dane w tej materyi podaję w tablicy II.

Tablica II.

Nr. konia	138	138	143	157	108	141
Siła surowicy w normalnych jednostkach	340	250	200	250	120	—
Siła płynu wyżętego z gruczołu krokowego w normalnych jednostkach	—	140	—	—	—	—
Siła płynu wyżętego z gruczołów Coopera w normalnych jednostkach	—	120	—	—	—	—
Siła wydzieliny gruczołu krokowego w normalnych jednostkach	0,133	—	—	—	—	—
Siła wydzieliny gruczołów Coopera i gruczołu krokowego w normalnych jednostkach	—	1,0	—	—	—	—
Siła nasienia z przewodu nasiennego w normalnych jednostkach	—	0,2	0,2	—	—	—
Siła nasienia z pęcherzyków nasiennych w normalnych jednostkach	—	0,2	—	—	—	—
Siła nasienia otrzymanego zapomocą przyrządu zabezpieczającego w normalnych jednostkach	—	0.2	—	—	—	—
Siła nasienia normalnego konia w normalnych jednostkach	—	—	—	—	—	$>0,01$
Siła płynu wyżętego z błony śluzowej macicy w normalnych jednostkach	—	—	—	150	85	—
Siła wydzieliny błony śluzowej macicy w normalnych jednostkach	—	—	—	—	10	—

Z tablicy tej wynika, że nasienie, otrzymane po śmierci z przewodu nasiennego, oraz z pęcherzyków nasiennych, zawiera podobnie małą ilość antytoksyny, jak i płyn z jąder. To ostatnie stanowi dowód, że plemniki w miejscu swego przebywania w ustroju uodpornionego ojca nie mają korzystnych warunków do nabycia większej odporności. Nie lepsze dają warunki i inne wydzieliny, otaczające plemniki do czasu opuszczenia przez nich ustroju ojca. Płyny, otrzymane zapomocą wyżymania gruczołów Coopera i krokowego zawierają znaczną ilość antytoksyny, wydzielina jednak, otrzymana z nich przez drażnienie, zawiera jej nader mało. Wreszcie określenia ilości antytoksyny w nasieniu, otrzymanem z ogierków, przy zastosowaniu przyrządu zabezpieczającego, wymownie dowodzą, że plemniki po opuszczeniu ustroju ojca są w rzeczywistości otoczone środowiskiem, zawierającem ogromnie mało antytoksyny. Nasienie uodpornionego ojca, dostawszy się do ustroju nieuodpornionej matki, rozcieńcza się nie zawierającym antytoksyny śluzem, wydzielonym z macicy, dzięki skurczom tej ostatniej pod wpływem pobudzenia płciowego. Wskutek tego plemnik uodpornionego ojca w ustroju nieuodpornionej matki znajduje jeszcze mniej sprzyjających warunków do nabycia uodpornienia, aniżeli pozostając w ustroju ojca.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli plemnik nieuodpornionego ojca dostaje się do narządów płciowych uodpornionej matki. Na zasadzie wyników, wyrażonych w tablicy II-giej, widzimy, że śluz z pochwy i macicy uodpornionych zwierząt zawiera znacznie więcej antytoksyny w porównaniu z płynami, otaczającymi plemniki w ustroju uodpornionego ojca, podczas gdy zawartość antytoksyny we krwi w jednym i drugim razie pozostaje jednaka. Śluz z narządów płciowych uodpornionej matki stanowi środowisko, w którem żyją plemniki, a chociaż śluz ten w przedniej części przewodu płciowego rozcieńcza się w znacznym stopniu cieczą nasienną, to jednak plemniki, odbywając dalszą drogę w kierunku macicy, napotykają wreszcie zupełnie nie rozcieńczony śluz. Dzięki temu plemniki znajdują dogodne warunki do nabycia uodpornienia, tem bardziej, że często pozostają w podobnem środowisku przez kilka dni, a nawet tygodni, do czasu nastąpienia zapłodnienia.

Rozpatrzmy teraz, w jakich warunkach znajduje się jajko po wyjściu z pęcherzyka Graafa, t. j. podczas zapłodnienia i wędrówki po jajowodzie, a także uwzględnijmy warunki odżywiania, w jakich pozostaje w pierwszych chwilach po umocowaniu w błonie śluzowej macicy przed utworzeniem się łożyska.

Dojrzały pęcherzyk Graafa, pękając, wypuszcza jajko, które razem z otaczającym go i zawierającym znaczną ilość antytoksyny płynem surowiczym przedostaje się przez ujście brzuszne (*ostium abdominale*) do trąbki Fallopiusza, przysuniętej wtedy blizko do jajnika wskutek przepełnienia krwią pod wpływem owulacyi. Jajko podczas całej swej wędrówki po jajowodzie otoczone jest znacznie uodpornionem środowiskiem, a po zapłodnieniu pozostaje w tym stanie w fałdach rozpulchnionej z powodu owulacyi błony śluzowej macicy. Błona śluzowa macicy, drażniona przez jajko, rozrasta się i w zupełności je otacza. Podczas tego z otoczki przeźroczystej (*zona pellucida*) jajka wytwarza się kosmówka pierwotna (*chorion primitivum*), która wkrótce zanika i zostaje zastąpiona przez kosmówkę prawdziwą (*chorion verum*), wytwarzającą z czasem łożysko. W tym okresie jajko odżywia się sokami błony śluzowej macicy, które, jak to widać z tablicy II-giej, zawierają znaczną ilość antytoksyny, przypuszczalnie 60—70% zawartości jej w krwi. O ile jednak w tym okresie życia jajko podlega uodpornieniu, t. j. jakie znaczenie ma przenikanie (*endosmosis*) i jak wielką posiadają siłę kosmki (*chorii*), aby nie przepuścić antytoksyny z soków macicy do płodu, doświadczalnie trudno bardzo dowieść; należy jednak przypuszczać, że siła wzrasta w miarę rozwijania się płodu i różniczkowania jego narządów.

Wszystko to, co wyżej przytoczyliśmy, wskazuje na mniej lub więcej sprzyjające warunki do uodpornienia plemnika i jajka, zupełnie jednak nie potwierdza, że tak się ma sprawa w rzeczywistości.

Wskutek tego postanowiłem doświadczalnie zbadać: 1) czy podczas rozwoju jajnika w pęcherzyku Graafa antytoksyna przedostaje się do niego? 2) czy nie niszczą antytoksyny enzymy, wytwarzające się przy rozwoju jajka? 3) czy w miarę rozwijania się jajka zawarta w niem antytoksyna nie traci swoich swoistych własności, jako materyał plastyczny, biorący udział w rozrastaniu się jajka?

Ponieważ badania pod tym względem jajek zwierząt ssących przedstawiały znaczne trudności ze strony technicznej, wzięte zostały do doświadczeń jajka ptasie, jajka kur, jako analogicznie poniekąd rozwijające się (przynajmniej w początkowych okresach) z płodowym rozwojem płodu ssawców. W tym celu uodporniałem kury czynnie (aktywnie) według mieszanego sposobu uodporniania, polegającego na oddzielnych, lecz w jednym czasie wykonywanych, zastrzykiwań jadu i antytoksyny błoniczej. Jajka uodpornionych kur badane były na zawartość w nich antytoksyny; z drugiej strony poddawałem je sadzeniu i określałem, czy antytoksyna dostaje się do płodu w okresie płodowego jego rozwoju, oraz czy znajduje się ona w ustroju wylęgłego kurczęcia.

Badania wykazały, że antytoksyna przeważnie się skupia w żółtku, oraz że rozłożona jest równomiernie w różnych jego warstwach, co stanowi dowód, że antytoksyna matki w rzeczywistości posiada własność dostania się do jajka w okresie jego rozwoju pęcherzykowego. Badania soków płodu po 10-dniowem siedzeniu kury na jajku wykazało niewątpliwą obecność antytoksyny, co znowu stanowi dowód, że antotyksyna przedostaje się do płodu z otaczającego go środowiska odżywczego; badania zaś nad żółtkiem stwierdziły, że antytoksyna nie podlega zniszczeniu przez wytwarzające się w okresie życia płodowego enzymy (fermenty), lecz ilość jej częściowo staje się mniejszą z powodu przedostawania się w warstwę białka dzięki istniejącej między żółtkiem i białkiem dyfuzyi.

Znaleziona we krwi kurczęcia antytoksyna świadczy, że w jajku matki nie była zużyta na utworzenie kurczęcia, lecz niezmieniona przeszła w krew i soki płodu. Takie podstawy pozwalają przypuszczać, że płód zwierząt ssących uodpornia się biernie w pierwszych okresach swego rozwoju, dzięki antytoksynie, przechodzącej weń z sokami matki. W miarę rozwoju płodu u ssawców wytwarza się specyalny narząd — łożysko, grający rolę dostawcy materyałów gazowych i płynnych, organicznych i nieorganicznych, niezbędnych dla życia i rozwoju płodu, a również stanowiący narząd wydzielniczy zużytych przez płód substancyi. Ponieważ łożyskowy

okres życia płodu jest najdłuższy i ma wielki wpływ na rozwój ustroju, badanie znaczenia łożyska, t. j. jego zdolności przeszkadzania lub pomagania przedostaniu się antytoksyny z matki do płodu, stanowi sprawę pierwszorzędnej wagi. W r. 1893 poddałem ciężarną klacz Nr. 113 maksymalnemu upustowi krwi, a dziesięciomiesięczny płód jej użyłem do zbadania stosunku antytoksyny w surowicy krwi matki do nieżyjącego jeszcze życiem samodzielnem źrebięcia. Siła surowicy krwi matki była określona na 300 jednostek, a siła surowicy źrebięcia na 0,03 jednostek, t. j. surowica źrebięcia zawierała 10,000 razy mniej antytoksyny, niż surowica matki.

Tablica III.

Rodzaj zwierzęcia	Siła surowicy matki w normalnych jednostkach	Siła surowicy dzieci w normalnych jednostkach
Klacz Nr. 113 .	300	0,0333
Klacz Nr. 208 . .	175	>0,01
Klacz z baraku .	50	0,06
Klacz Nr. 241 . .	250	>0.0.5
Koza	10	>0,005
Suka Nr. 1 . .	10	0,04
Suka Nr. 1 . .	1	0,05

Otrzymanie podobnych wyników zmusza do przypuszczenia, że łożysko nie przepuszcza antytoksyny lub też, że ją niszczy, a nieznaczną ilość, znajdowaną we krwi, zaliczyć trzeba do okresu życia przedłożyskowego; lub też, że płód otrzymuje antytoksynę jakąś inną drogą bez udziału łożyska.

Ponieważ doświadczenia na koniach są nadto kosztowne, posługiwałem się w badaniach kozami i psami. Czynnie (aktywnie) uodporniać kozy i psy jest bardzo trudno, zwłaszcza w okresie ciąży, a co najważniejsze, przy podobnem uodpornianiu we krwi zbiera się mało antytoksyny, ponieważ ustrój tych zwierząt obdarzony jest nader małemi własnościami polyantytoksycznemi. Mając to na uwadze, postanowiłem uodporniać zwierzęta biernie (pasywnie), t. j. przez wprowadzanie do ich ustroju dużych ilości gotowej antytoksyny w postaci surowicy przeciwbłoniczej. Badania zawartości antytoksyny we krwi matek, płodów i noworodków w zupełności potwierdziły wyniki, otrzymane na koniach, a mianowicie, że krew i soki płodu w okresie łożyskowym i u noworodków zupełnie nie zawierają antytoksyny, lub też zawierają ją w minimalnej ilości w stosunku do surowicy krwi matek. Nieobecność antytoksyny u płodów uodpornionych matek można byłoby tłómaczyć niszczącą antytoksynę własnością łożyska dzięki silnie wyrażonym procesom utleniania antytoksyny i nie dopuszczania jej do płodu.

Pierwsze tłómaczenie należy wykluczyć, ponieważ w takim razie podczas ustawicznej przemiany substancyi między krwią matki i płodem następowałoby ciągłe niszczenie antytoksyny, t. j. ilość jej we krwi matki stopniowoby się zmniejszała i u ciężarnej klaczy nie mogłaby się nagromadzić antytoksyna w dużej ilości; tymczasem dzieje się wręcz przeciwnie: w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu uodporniania ciężarnej klaczy na 1 ctm³. surowicy krwi wypadło do 300 jednostek antytoksyny. Potwierdzenie tego mniemania dało mi badanie zawartości antytoksyny we krwi z naczyń matki, odprowadzających i doprowadzających krew do łożyska; ilość antytoksyny we krwi naczyń obu układów okazała się jednakowa.

To dowodzi, że łożysko nie niszczy antytoksyny, lecz też i nie dopuszcza jej do płodu, ponieważ w przeciwnym razie otrzymaliśmy zmniejszoną ilość antytoksyny we krwi z naczyń, odprowadzających krew z łożyska.

Na zasadzie wyżej przytoczonych faktów i rozumowań wyraziłem w jednej z poprzednich prac moich przypuszczenie, że łożysko posiada własność niedopuszczania do płodu ani jadu, ani antytoksyny; stanowi to jedno z wielu zjawisk pieczołowitości natury względem potomstwa: ustrój matki dostarcza płodowi tylko normalnych składników krwi, usuwa zaś wszelkie nienormalne, chociażby nawet te ostatnie były dla płodu korzystne.

Prof. Miecznikow w swej bardzo zajmującej i cennej pracy pod tytułem „*L'immunité dans les maladies infectieuses*„, opierając się na znalezionym w piśmiennictwie materyale, twierdzi, że płód ssawców tylko dzięki łożysku otrzymuje antytoksynę od matki, t. j. uodpornia się drogą dziedziczną, — oraz że moje doświadczenia, odrzucające przepuszczalność łożyska dla antytoksyny, są mało przekonywające, ponieważ 1) przy badaniu dziedziczenia biernego (pasywnego) uodpornienia uodporniałem kozy i psy antytoksyną innego rodzaju zwierząt, — mianowicie antytoksyną koni; 2) jedyne doświadczenie moje nad czynnem (aktywnem) uodpornieniem ciężarnej klaczy nie stanowi dowodu, ponieważ do badania użyto krwi 10-miesięcznego źrebięcia, mogącej już nie zawierać antytoksyny.

Pierwszy zarzut bezwątpienia jest słuszny, ponieważ należy przypuszczać, że antytoksyczne globuliny krwi konia, psa i kozy o tyle różnią się, że wprowadzone z ustroju jednego zwierzęcia do ustroju drugiego mogą być zatrzymane przez łożysko; drugi zaś zarzut powstał wskutek tego, że nie zaznaczyłem wyraźnie, iż do doświadczeń brałem krew źrebięcia płodu, wyjętego z łona matki w 10 miesiącu ciąży. Te zarzuty jednak dodały mi bodźca do robienia nowych doświadczeń w celu szczegółowego wyjaśnienia wszczętej sprawy. Najpierw postanowiłem stwierdzić, czy źrebię, wyjęte z macicy uodpornionej matki, zawiera antytoksynę w krwi swojej W tym celu uodporniałem klacz Nr. 208 w przeciągu 111 dni; przez ten czas wstrzyknąłem jej 3458 ctm³. jadu i 662 ctm³. surowicy przeciwbłoniczej o sile 120—150 jednostek antytoksyny w 1 ctm³.

Po upływie tego czasu i kiedy po zastrzyknięciu ostatecznem jednorazowo 1200 ctm³. jadu błoniczego, 1 ctm³. surowicy krwi zawierał 175 jednostek antytoksyny, klacz zabiłem zapomocą upustu krwi. Podczas sekcyi wyjąłem z macicy płód-źrebię, ważące 60 funtów; krew płodu poddałem badaniu.

We krwi, wziętej z żyły pępkowej, z żyły głównej wstępującej *(vena cava inferior)* i z serca, nie znalazłem zupełnie antytoksyny, *resp.* 10 ctm³. surowicy krwi nie było w stanie zobojętnić jednej jednostki jadu. Tym sposobem określiłem, że siła antytoksyny płodu jest więcej niż 17,000 razy słabsza od siły surowicy matki. Podobne zupełnie wyniki dało badanie płynów z jamy brzusznej, płuc, oraz płynów, wyżętych z narządów i tkanek płodu. Płyny pierwszej i drugiej otoczki płodowej, jako należące do matki, a nie do płodu, zawierają antytoksynę i 2 ctm³. pierwszej, oraz 9 ctm³. drugiej, zobojętniają oddzielnie jednostkę jadu.

Badania te dowiodły, że łożysko do czasu sztucznego usunięcia płodu nie przepuszczało antytoksyny; należało jednak mieć na względzie, że być może w późniejszych okresach życia płodowego staje się ono przepuszczalnem, i że wtedy mianowicie następuje bierne (pasywne) uodpornienie płodu.

Wobec tego należało czekać na poród naturalny i wówczas dopiero poddać badaniu krew płodu uodpornionej matki. Wypadkowo dowiedziałem się, że jedna z klaczy uodpornionych w miejskim baraku oźrebiła się. Dzięki grzeczności doktora E. Bażenowa miałem możność otrzymać krew z klaczy i źrebięcia 5-go dnia po porodzie. Badanie krwi matki wykazało, że surowica jej zawierała 50 jednostek antytoksyny, a surowica źrebięcia 0.066 jednostek tj. 1,5 ctm.³ tej surowicy zobojętniało jednostkę jadu. W danym razie surowica krwi matki była tylko 757 razy silniejsza od surowicy źrebięcia. Podobny stosunek pomiędzy ilością antytoksyny we krwi matki i dziecka umacnia mnie w przekonaniu, że łożysko nie przepuszcza antytoksyny, ponieważ w przeciwnym razie przy tak intenzywnej przemianie materyi, jaka zachodzi pomiędzy ustrojem matki i płodu, odsetkowo antytoksyny we krwi noworodka byłoby tyleż, co we krwi matki, lub też w ilości nie wiele mniejszej. Wobec powyższego rozumowania obecność antytoksyny we krwi noworodka należałoby postawić w zależności nie od łożyska, lecz od jakości innych warunków. Jakie to są warunki, wyjaśniło mi następujące doświadczenia.

Uodporniłem klacz Nr 241 i oczekiwałem czasu pojawienia się siary (*collostrum*), chcąc zbadać wahanie ilości antytoksyny w wydzielinie gruczołu sutkowego podczas całego okresu karmienia (laktacyi).

Przy dojeniu klaczy na 4 tygodnie przed porodem otrzymałem kilka ctm.³ przeźroczystego lepkiego żółtawego płynu, zawierającego nieznaczną ilość ciałek siary. Badanie siły zawartej w tym płynie antytoksyny wykazało 3000 jednostek w 1 ctm.³, podczas gdy krew zawierała tylko 300 jednostek. Stopniowo ilość siary trochę się powiększyła i uodporniająca siła jej stała się mniejszą i stanowiła 2000 jednostek na 1 ctm.³.

D. 15 września o 7 wieczorem kacz urodziła źrebięsamicę, ważące 76 funtów. Noworodek był natychmiast odłączony od matki, a w pół godziny po porodzie wziąłem do badania krew jego i matki, którą prócz tego wydojono. We krwi matki znalazłem 250 jednostek antytoksyny; we krwi źrebięcia nie znalazłem jej wcale tak, że świnka morska, której zastrzyknięto 20 ctm.³ surowicy i jednostkę jadu (10 najmniejszych śmiertelnych dawek dla świnki morskiej, ważącej 250 gramów) zdechła wskutek zakażenia błoniczego. Po upuście krwi źrebię zostało zwrócone matce, a po 5 dniach samodzielnego życia znowu wziąłem jego krew do badania. Wówczas krew ta zawierała już 1,3 jednostek antytoksyny, t. j. 0,076 ctm.³ surowicy zobojętniały jednostkę jadu. Po upływie dwóch dni, t. j. w 7 dniu życia źrebięcia, znów poddałem krew jego badaniu i wykryłem 2 jednostki antytoksyny, t. j. ilość antytoksyny znowu się powiększyła. Miałem zamiar w dalszym ciągu badać, jak szybko zwiększać się będzie ilość antytoksyny we krwi źrebięcia w czasie karmienia mlekiem matki, a również jak prędko nastąpi zniknięcie antytoksyny po przerwaniu karmienia uodpornionem mlekiem; lecz niestety w 10 dniu życia źrebię zdechło, prawdopodobnie wskutek niedostatecznego odżywiania, ponieważ matka miała bardzo mało mleka, a ja zapóźno zacząłem stosować dokarmianie mlekiem krowiem.

Przytoczone powyżej wyniki badań świadczą, że łożysko rzeczywiście nie przepuszcza antytoksyny, lecz ona dostaje się do krwi dzieci uodpornionych matek biernie (pasywnie) zapomocą mleka, którego antytoksyna nie podlega zniszczeniu w przewodzie pokarmowym dzięki niewydzielaniu przez żołądek w pierwszym okresie życia dziecka kwasu solnego i pepsyny. Obecność znacznej ilości antytoksyny w siarze stanowi bardzo zajmujące zjawisko z ogólnobiologicznego punktu widzenia; świadczy to znowu bowiem o nadzwyczajnej pieczołowitości natury względem potomstwa; możliwe jest przypuszczenie, że temu mianowicie czynnikowi oseski zawdzięczają w pierwszym okresie życia swoją odporność względem chorób zakaźnych. Ogólnie mówiąc, zwierzęta ssące, pochodzące od uodpornionych matek, rodzą się, nie mając antytoksyny we krwi, nabywają zaś jej dopiero później za pośrednictwem mleka matki i tem różnią się od ptaków, których potomstwo wykłuwa się z jajka uodpornionej matki, mając już antytoksynę w swojej krwi. W tym jednak ostatnim razie zachodzi pytanie, jakim sposobem antytoksyna dostaje się do ustroju pisklęcia. Wiadomo, że wykluwające się z jajek pisklęta zaopatrzone są w oddzielny narząd — pęcherz żółtkowy, zawierający żółtko — materyał odżywczy piskląt w pierwszych okresach jego życia. Na zasadzie moich badań żółtko zawiera stosunkowo znaczną ilość antytoksyny, wobec czego należy mniemać, że pisklęta jeszcze w życiu płodowem, przed wykluciem się z jajka, odżywiają się tem żółtkiem z pęcherza żółtkowego, t. j. że na podobieństwo ssawców tylko przez karmienie nabywają antytoksyny matki.

W możliwość tego przypuszczenia wierzę tembardziej, że badając krew piskląt, wyklutych z jajek jednej i tejsamej uodpornionej kury, znajdowałem w piątym dniu życia więcej antytoksyny, aniżeli w pierwszym. Temu zjawisku nie chcę jednak nadawać wielkiego znaczenia, ponieważ każde oddzielne jajko, aczkolwiek pochodzące od jednej kury, może zawierać niejednakową ilość antytoksyny; dzięki temu mianowicie można, zdaje się, wytłómaczyć, dlaczego przy badaniu jajek o różnej porze dnia znajduje się niejednakowe ilości antytoksyny.

Dla sprawdzenia jednak, czy tak jest w istocie należy, sądzę, przeprowadzić cały szereg badań.

Na zakończenie ośmielę się zwrócić uwagę szanownych czytelników, że przyjęta obecnie metoda badania względem dziedziczenia uodpornienia nie odpowiada zupełnie dokładnemu pojęciu o uodpornianiu i prawu dziedziczności. Poszukiwanie i określanie ilości antytoksyny w krwi płodu i u noworodków, pochodzących od uodpornionych rodziców, nie może stanowić dowodu lub probierza ich uodporniania dziedzicznego. Właściwie mówiąc, pod nazwą uodpornienia należy rozumieć nie pewną ilość antytoksyny, zawartej we krwi, lecz zdolność komórek ustroju do szybkiego wytwarzania antytoksyny w dużej ilości. Z tego powodu, chcąc przeprowadzić badania nad dziedziczeniem uodpornienia, należy określać stopień odporności dzieci w stosunku do ich rodziców przed uodpornieniem, oraz stopień zdolności ich do wytwarzania antytoksyny w warunkach jednakowych

z uodpornieniem rodziców. Ponieważ dzieci uodporniają się biernie za pośrednictwem mleka uodpornionej matki, to przy badaniu dziedziczenia uodpornienia ten czynnik należy wykluczyć i do badania używać tylko dzieci uodpornionego ojca. lub też dzieci uodpornionej matki, karmionych mlekiem nieuodpornionych samic. W ten sposób przeprowadzone badanie wykaże, że uodpornienia nie osiąga się drogą dziedziczności, o czem istnieją już w piśmiennictwie wzmianki Ehrlicha, Veroseka, Vaillarda i innych. Jednak to nie prawda. Uodpornienie, jak każda inna właściwość komórki, bezwarunkowo musi być dziedzicznem, lecz przechodzi ono z pokolenia na pokolenie w tak małych rozmiarach, że nie jesteśmy w stanie wykazać go zapomocą obecnych grubych sposobów badania.

Jestem głęboko przekonany, że zapomocą systematycznego uodponienia całych pokoleń dojdziemy do tego, że będziemy w stanie dowieść i określić stopień rzeczywiście dziedzicznego uodpornienia tak ze strony ojca, jak i ze strony matki.

W tem przekonaniu umacnia mnie zwłaszcza spostrzeżenie, że uodpornienie, czyli zdolność wytwarzania antytoksyny, nie stanowi zjawiska łatwo znikającego z ustroju; przeciwnie jest ono w związku z tak głębokiemi przemianami, które pozostają na całe życie. Koń Nr. 100, naprzykład, uodporniony w przeciągu 353 dni, któremu w ostatnim dniu zastrzyknięto 400 ctm.³ jadu, w 6 lat potem, nie bacząc na to, że uodpornienie zostało przerwane, bardzo słabo oddziaływał na zastrzyknięcie jadu w dawce o 20% silniejszej od ostatniej największej (6 lat temu), oraz po tem zastrzyknięciu siła antytoksyny w surowicy była tak znaczna, jak nigdy podczas 353-dniowego uodpornienia. Na zasadzie licznych podstaw można przypuszczać, że sposobem dziedziczenia ustrój zwierząt z słabo wyraźnemi polyantytoksycznemi własnościami, t. j. ustrój zwierząt, bardzo mało uzdolnionych do wydzielania antytoksyny pod wpływem podrażnienia jadem, będziemy mogli zmienić o tyle, że one staną się zdolnemi wytwarzać większe ilości antytoksyny.

Od postępu prac w tym kierunku zależy, według mego zdania, przyszłość i postęp seroterapii. W rzeczywistości seroterapia w leczeniu błonicy zrobiła wielki postęp, ponieważ koń, dzięki wielce wyrażonej przez naturę własności polyantytoksycznej, stanowi odpowiedni przedmiot dla uodpornienia. W braku takiego przedmiotu, resp. konia, postęp leczenia błonicy nie byłby większy, niż w innych chorobach zakaźnych, np. zakażeniu paciorkowco-gronkowcowem, bakteryami dżumy i innemi. Jestem przekonany, że tak mały postęp w rozwoju seroterapii w danych zakaźnych chorobach, oprócz błonicy, zależy od braku w naturze tego materyału dla uodpornienia i że ten materyał można osiągnąć sztucznie zapomocą dziedziczności.

Ja osobiście pracuję w tym kierunku przeszło 2 lata i otrzymałem wiele rokujące wyniki, lecz praca jednego człowieka, zwłaszcza w ciężkich warunkach materyalnych, nie jest w możności posunąć sprawy naprzód. Z tego powodu ośmielę się zalecić towarzyszom pracy zwrócenie uwagi na tę ze wszech miar ważną sprawę, a również zwracam się do miłośników nauki z prośbą o propagowanie tej idei w szerokich warstwach społeczeństwa w celu zainteresowania i poparcia materyalnego tego rodzaju badań.

Rola konia, jako zwierzęcia pociągowego, dobiega już kresu swego przeznaczenia; zainteresowanie ogółu rasą „kłusaków“ oraz koni wyścigowych musi niezadługo osłabnąć. Dobrze więc będzie, jeżeli przedtem wzbudzimy w społeczeństwie zainteresowanie względem tych zwierząt w innym kierunku, mianowicie, gdy wskażemy znaczenie poprawnej rasy koni w celach leczniczych, przedstawiając miłośnikom nauki możność hodować konie, których surowica krwi, stanowiłaby lekarstwo przeciw tej lub innej chorobie zakaźnej. Być może ideą tą w humanitarnym wieku obecnym przejmie się społeczeństwo i wytworzy się szlachetne współzawodnictwo hodowli koni nie na pole wyścigowe, lecz dla celów leczniczych.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie i z pracowni patologii ogólnej prof. Łukjanowa w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o precypitynach, hemo- i antyhemolizynach.

(Praca nagrodzona na Konkursie imienia Dra Teodora Dunina w Warszawie).

Napisał
Dr. F. Majewski,
elew kliniki.

(Dokończenie).

W trzeciej grupie doświadczeń na królikach, w ten sam sposób szczepionych, poszukiwałem antyhemolizyn.

Na podstawie prac Bordeta, który dowiódł, że po wprowadzeniu do ustroju hemolizyny wytwarza się w nim odpowiednia anty-substancya, która według zdania tego autora prawie całkowicie składa się z antyaleksyny, mogłem oczekiwać wytworzenia się antyhemolizyn, zobojętniających hemolityczne działanie surowicy ludzkiej na czerwone ciałka krwi królicze.

Przedewszystkiem przeprowadzałem badania wstępne nad własnościami hemolitycznemi surowic zwierząt, używanych przezemnie do badania. Okazało się, że surowice te posiadają własności hemolityczne w stopniu rozmaitym. Stopień siły hemolitycznej określałem najmniejszą dawką, zdolną rozpuścić 1 ctm. sz. zawiesiny czerwonek ciałek krwi królika, przygotowanej w sposób wyżej wzmiankowany, dla czerwonych ciałek krwi ludzkiej.

W tym celu do pięciu rzędów probówek, po 5 w każdym, wlewałem po 1 ctm. sz. 3% zawiesiny czerwonych ciałek krwi królika w roztworze fizyologicznym soli kuchennej; do probówek tych dodawałem 1, 3, 5, 7 i 9 kropel surowicy krwi człowieka, małpy, konia, kozy, a także płynu wodniaka pochwówki jądra.

Wyniki przy tem otrzymane przedstawia Tablica V.

Z doświadczenia tego wynika, że tylko surowica krwi człowieka i kozy, wzięta w ilości nie mniej od 9 kropel, zupełnie rozpuściła czerwone ciałka krwi królika; surowica krwi małpy posiadała wpływ bardzo nieznaczny, gdy tymczasem surowica krwi konia i ciecz z wodniaka tylko uwidoczniły działanie aglutynujące. A zatem do badania własności antyhemolitycznych w surowicy krwi królików nadawaćby się mogły jedynie surowica krwi człowieka i kozy. Ponieważ z badań innych autorów (London) wiadomo,

Tablica V.

Ciecz badana	Ilość kropel cieczy badanych na 1 ctm. sz. zawiesiny czerwonych ciałek krwi królika				
	1	3	5	7	9 kropel
Surowica człowieka	—	—	+	+	d+
Surowica małpy	—	⊕	⊕	⊕	±
Surowica konia	—	agl.	agl.	agl.	agl.
Surowica kozy	+	+	+	+	d+
Płyn z wodniaka pochw. jądra	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.

że surowica krwi psa również rozpuszcza czerwone ciałka krwi królika (najmniejsza jej dawka, rozpuszczająca 1 ctm. sz. zawiesiny, używanej przezemnie do doświadczeń, równała się 5 kroplom), przeto w celu określenia antyhemolizyn posiłkowałem się w dalszych doświadczeniach hemolitycznemi własnościami krwi człowieka, kozy i psa.

Doświadczenia nad antyhemolizynami przeprowadzałem w sposób następujący: Do najmniejszej ilości surowicy (hemolitycznej), wywołującej całkowitą hemolizę, zawartych w 1 ctm. sz. wyżej wspomnianej zawiesiny czerwonych ciałek krwi królika, t. j. do 9 kropel surowicy człowieka lub kozy, albo 5 kropel surowicy psa, dodawałem po 2, 5 i 9 kropel surowicy królików nieszczepionych, użytych do kontroli, jak również szczepionych w sposób powyżej opisany surowicą ludzką, przesiękiem i moczem, zawierającym białko. Surowice te poprzednio ogrzewałem w ciągu $1/2$ godziny przy 56^0. Do mięszaniny tych dwóch surowic po 15 minutach dodawałem po 1 ctm. sz. zawiesiny czerwonych ciałek krwi królika w fizyologicznym roztworze soli kuchennej.

Doświadczenie to wykazało, że ciałka czerwone krwi królika w probówce, zawierającej surowicę ludzką, zmięszaną z surowicą królików, szczepionych surowicą ludzką albo odwłóknioną krwią ludzką, rozpadały się tylko w bardzo nieznacznym stopniu, a więc surowica królików, szczepionych surowicą ludzką, lub odwłóknioną krwią ludzką, posiada względem krwi ludzkiej własności antyhemolityczne.

Ciałka czerwone krwi królików w probówce, zawierającej mięszaninę surowicy krwi ludzkiej z surowicą nieszczepionych, a użytych do kontroli królików, a także szczepionych przesiękiem i moczem, zawierającym białko, rozpuszczały tak samo silnie, jak i pod wpływem jednej tylko surowicy krwi ludzkiej bez domieszki jakiejkolwiek innej surowicy, mającej posiadać własności ochronne. Stąd wynika, że krew królika nie posiada fizyologicznych antyhemolitycznych własności względem hemolitycznego działania surowicy ludzkiej na jego czerwone ciałka, a także, że ani zastrzykiwania przesięku, ani moczu białkowego nie są zdolne w niej takich własności wytworzyć.

Doświadczenia analogiczne z surowicami psa i kozy wykazały, że w surowicy królików nieszczepionych (użytych do kontroli) znajdują się antyhemolizyny, t. j. czysto fizyologiczne, które hemolityczne działanie tych surowic względem czerwonych ciałek krwi królika w widocznym stopniu paraliżowały. Działanie antyhemolityczne na surowicę psa było silniejsze, aniżeli względem surowicy kozy. Surowica królików szczepionych nie okazywała wzmożenia tej własności antyhemolitycznej.

Stąd można w danym wypadku wnosić, że w stosunku do surowicy psa ustrój królika posiada swoiste antyhemolizyny, gdy tymczasem w stosunku do surowicy człowieka ochronne substancye wytwarzają się u królików tylko pod wpływem szczepień surowicy i odwłóknionej krwi człowieka.

Wyniki wszystkich tych doświadczeń są zestawione na Tablicy VI., w której + oznacza obecność sztucznie przez szczepienie wytworzonej antyhemolizyny; ± słabe jej działanie; — brak sztucznych antyhemolizyn. W przypadkach, w których stwierdziłem obecność fizyologicznych antyhemolizyn, wyraziłem to literą f.

Tablica VI.

	9 kropel surowicy ludzkiej			5 kropel surowicy psa			9 kropel surowicy kozy		
$3^0/_0$ zawiesiny czerw. ciałek	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.	1 sz. ctm.
Surowic odczynowych kropel:	2	5	9	2	5	9	2	5	9
N.	—	—	—	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.
Sm.	—	±	+	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.
Sn.	±	+	d+	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.
Tr.	—	—	—	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.
U.	—	—	—	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.	+f.

Następnie starałem się rozstrzygnąć pytanie, czy antyhemolizyny, wytworzone w ustroju królika pod wpływem szczepień cieczami ustroju ludzkiego, będą w stanie chronić czerwone ciałka krwi innych zwierząt od hemolitycznego działania surowicy człowieka. W tym celu przeprowadziłem w sposób wyżej opisany drugi szereg doświadczeń, z tą tylko różnicą, że dla wywołania zjawisk hemolizy używałem z jednej strony ludzkiej surowicy, z drugiej ciałek krwi morskiej świnki i gołębia; rolę odczynu zawierającego antyhemolizyny odgrywały badane przez nas surowice odczynowe. Z doświadczeń, jak to przedstawia tablica VII. wynika, że wszystkie surowice wykazały obecność substancyi antyhemolitycznych, ochraniających czerwone ciałka krwi morskiej świnki i gołębia od działania ludzkiej surowicy w mniejszym lub większym stopniu; najsilniej jednak działała surowica królika. szczepionego odwłóknioną krwią ludzką, mniej silnie królików, szczepionych surowicą ludzką, i wreszcie królików, szczepionych przesiękiem i moczem białkowym. Natomiast surowica królików, użytych do kontroli, t. j. normalnych, posiadała tę własność w minimalnym stopniu, lub wcale nie chroniła czerwonych ciałek krwi morskiej świnki i gołębia od rozpuszczenia pod wpływem ludzkiej surowicy.

Tablica VII.

	5 kropel surowicy krwi człowieka					
	Po 1 ctm. sz. $3^0/_0$ zawiesiny czerw. ciałek gołębia			Po 1 ctm. sz. $3^0/_0$ zawiesiny czerw. ciałek krwi świnki morskiej		
Surowic odczyn. kropel	1	3	5	1	3	5
S. N.	—	—	—	—	—	—
S. H.	+	+	+	+	+	+
S. S.	+	+	d+	+	+d	+d
S. Tr.	±	±	+	±	±	+
S. U.	±	±	±	±	±	+

Doświadczenia moje z antyhemolizynami okazały, że przed hemolizą czerwonych ciałek krwi królika surowicą ludzką chronią tylko surowice tych królików, które były szczepione surowicą, albo odwłóknioną krwią ludzką, gdy tymczasem przed hemolizą czerwonych ciałek krwi świnki morskiej i gołębia chronią, choć w mniejszym stopniu, również surowice królików, szczepionych i innemi cieczami ustroju, jak przesiękiem i moczem białkowym. Ponieważ surowice królików, szczepionych przesiękiem lub moczem białkowym, jak to widzimy na tablicy VII, zobojętniają substancye surowicy ludzkiej, rozpuszczające czerwone ciałka morskiej świnki i gołębia, nie zobojętniają jednak substancyi, działających hemolitycznie na czerwone ciałka królika, przychodzimy do przekonania, że substancye te dla różnych rodzajów badanych czerwonych ciałek są różne.

Surowica ludzka posiada wyraźne hemolityczne własności względem czerwonych ciałek królika, morskiej świnki i gołębia. O istotach, nadających surowicy ludzkiej te własności, możemy dziś tyle tylko powiedzieć, że prawdopodobnie chodzi tu o kilka rodzajów istot, o właściwościach zupełnie swoistych. Wynika to z faktu, że surowica królików, szczepionych przesiękiem i moczem białkowym, niszczy w surowicy krwi ludzkiej istoty działające hemolitycznie na ciałka czerwone krwi świnki morskiej i gołębia, nie wywiera zaś wpływu na istoty, rozpuszczające ciałka czerwone krwi królika.

Jeżeli wyniki tego ostatniego doświadczenia pojmować będziemy właśnie w sposób wyżej wskazany, to rozwijając dalej myśl logicznie, przychodzimy do następujących wniosków: 1) Że substancye, rozpuszczające czerwone ciałka krwi świnki morskiej i gołębia są inne, niż substancye, rozpuszczające czerwone ciałka krwi króliczej; 2) że istoty te, czynne tylko względem krwinek świnki morskiej i gołębia, pozostają nieczynnemi, a więc i nieszkodliwemi, dla ciałek czerwonych królika; 3) że więc ustrój zwierzęcy, w danym przypadku królika, zdolny jest wytwarzać przeciwistoty (*„Antikörper"*) nie tylko względem substancyi, szkodliwie wpływających na jego własny ustrój, ale i dla substancyi względem jego własnego ustroju obojętnych, szkodliwych jednak dla innych ustrojów; 4) że nakoniec, jeżeli ustrój zwierzęcy wskutek zachodzących w nim niezliczonych odczynów na pobudki płynące z zewnątrz, zdolny jest wytwarzać antysubstancye nawet dla cieczy, *resp.* toksyn, dla jego własnego ustroju obojętnych, to wchodzimy w posiadanie faktu, odsłaniającego nam nowy rąbek nadziei, że i w cierpieniach, powodowanych przez czynniki biologiczne, ujawniające chorobotwórczą działalność tylko na ustroju ludzkim, można się spodziewać otrzymania drogą sztuczną, jeżeli nie czynników uodporniających, to przynajmniej leczniczych.

Analogiczne zachowywanie się ustroju zwierzęcego przy wytwarzaniu istot, powodujących osady w szczepionkach czyli precypityny, uprawnia nas do powyższych wniosków. Dotychczasowe badania nad cytotoksynami pozwalają przypuszczać, że to może jest droga, na której uda się rozwiązać nie jeden leczniczy problemat w nauce o chorobach zakaźnych i nowotworach. W każdym razie fakt wytwarzania na drodze sztucznej antyhemolizyn, a w ogólności antycytotoksyn, dotychczas spostrzegany *in vitro*, o ile stwierdzi się *in vivo*, może posiadać doniosłe znaczenie.

Widnokręgi patologii dzięki badaniom w tym kierunku już się znakomicie rozszerzyły; ale żniwo prac tych wtenczas dopiero ziszczone zostanie, kiedy je zbierać będziemy na polu leczniczem.

Piśmiennictwo. J. Bordet: Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang defibriné. (Ann. de l'Inst. Past. T. XII 1898). Agglutination et dissolut. d. globules rouges par le sérum. (*Ib.* T. XIII 1899). Le mécanisme de l'agglutination. (*Ib.* T. XIII 1899). Les sérums hématiques, leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. (*Ib.* T. XIV 1900). — Biondi. Beitr. zum Studium d. biolog. Methode f. d. specifische Diagnose des Blutes. (Vierteljahrsschrift für gerichtl. med. Bd. XXIII 1902). — Czystowicz: Études sur l'immunisation contre le sérum d'anguilles. (Ann. Inst. Past. T. XIII 1899). — Deutsch: Le diagnostic des taches de sang par les sérums hémolytiques Bordet. (8 septembre Bulletin Médical 1900). — Die forensische Serumdiagnose des Blutes. (Centralb. f. Bact. Parasitenk. u. Inf. Bd. XXIX 1901). — Dieudonné: Beitr. zum biolog. Nachweis v. Menschenblut (Münch. med. Woch. 1901 Nr. 14). — Eisenberg: Badania nad strącaniem się ciał białkowatych pod wpływem swoistych precypityn. (Kraków 1902 r.). — Grünbaum: Note on the Blood Relationship of Man and the Anthropoid Apes. (The Lancet 18 Jan. 1902). — Klecki: O cytotoksynach. (Przegląd lekarski 1902 r. Nr. 23, 24, 25, 26). — Leblanc: Contribution à l'étude de l'immunité acquise. (Cellule T. XVIII Fasc. 2, 1901). — Kowarski: Ueber den Nachweis von pflanzlichen Eiweiss auf biologischem Wege. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1901). — Kraus: Ueber specifischen Niederschläge in Filtraten der Cholera und Typhusculturen. (Wiener klin. Wochenschr. 1897). — Leclainche et Vallée: Sur les anticorps albumineux. (La Semaine medicale 1901 Nr. 4). — Linoissier i Lemoine: Sur la recherche médico-légale de l'origine de sang à l'ordre des sérums précipitants. (Le Semaine médic. 1902, Nr. 13 C. R. de la Soc de Biol. 1902, 8 mars). — London: Contribution à l'étude des hémolysines (Arch. russes. des sciences biol. St. Pétersbourg 1900/1901 T. VIII). — F. Majewski: O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. (Gazeta lekarska 1902 Nr. 37, 38). — Mertens: Ein biologischer Beweis für die Herkunft des Albumens im Nephritisharn aus dem Blute. (Deutsch med. Woch. 1901, Nr. 11). — Myers: Ueber Immunität gegen Proteide. (Centralblatt f. Bact. 1900 Bd XXVIII). — Nolf: Contribution a l'étude des sérums antihématiques. (Ann. de l'Inst. Past. T. XIV 1900). — Nuttal and Dinkelspiel: Experim. upon the new specific test for blood. (Brit med. Journal 1901. (Ref.)) — Rostocki: Ueber den Werth der Präcipitine als Unterscheidungsmittel für Eiweisskörper. (Münch. med. Woch. 1902, Nr. 18). — Rzętkowski: O cytotoksynach. (Gazeta lekarska, 1902 r. Nr. 12 i 13). — Sieradzki: O tak zw. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach..... (Przegląd lekarski, 1901 r. Nr. 25, 26, 27, 28, 29). — Schütze Beitr. zur Kenntniss der zellenlösenden Sera. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1900, Nr. 27). — Ueber ein biologisches Verfahren zur Differenzirung der Eiweissstoffe verschiedener Milcharten. (Zeitschr. für Hyg. und Inf. 1901, XXXVI Band). — Ueber Isopräcipitine. (Deutsche med. Woch. 1902 Nr. 1). — Stern: Ueber den Nachweis menschlichen Blutes durch ein Antiserum. (Deutsche med. Woch. 1901, Nr. 9). — Strube: Beitr. zum Nachweis von Blut u. Eiweiss auf biologichem Wege. (Deutsche med. Woch. 1902, Nr. 24). — Uhlenhut Neuer Beitrag zum specifischen Nachweis von Eiereiweiss auf biol. Wege. (Deut. med. Woch. 1900, Nr. 46). — Eine Methode zur Unterscheidung von verschiedenen Blutarten, insbes. zum differentialdiagnostischen Nachweis des Menschenblutes. (Deutsche med. Woch. Nr. 6, 1901). — Wassermann u. Schütze: Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. (Berl. klin. Woch. 1901, Nr. 7).

III. Wyciągi.

Fraenkel. **Czynność ciałka żółtego** (*corpus luteum*). (*Arch. f. Gyn.* tom 68, zeszyt 2; str. 106, 1903). Pewne dowody prawdopodobne skłoniły autora i embryologa wrocławskiego Gustawa Borna do przypuszczenia, że ciałko żółte ma bardzo ważny wpływ na całe życie płciowe u kobiet. Dokładne badania makro- i mikroskopowe ciałka żółtego prawdziwego (*c. l. verum*) wykazały, że ono stanowi gruczoł, przypominający budową zrazik wątroby, z t. zw. wydzielaniem wewnętrznem; głównemi częściami składowemi tego gruczołu są komórki „luteinowe" i gęsta sieć naczyń włosowatych. Ciało o takiej budowie i tak duże, bo zajmujące znaczną część całego jajnika, musi mieć jakieś przeznaczenie. Wydaje się to tem więcej prawdopodobne, o ile je znajdujemy u wszystkich zwierząt, u których jajo rozwija się w macicy; brak go zaś u tych, które jaja składają. Celem wyjaśnienia czynności ciałka żółtego przeprowadził autor szereg nadzwyczajnie zajmujących doświadczeń na królikach ciężarnych i nieciężarnych i świnkach morskich. Przez wyjęcie jednego jajnika, obu, wycięcie jajników z wyjątkiem ciałek żółtych, zupełne wycięcie jajników i następowe zaszczepienie i wgojenie samych ciałek żółtych, wreszcie przez wycięcie lub zniszczenie tylko ciałek żółtych, a pozostawienie reszty jajników, doszedł

autor do przekonania, że tylko ciałko żółte, a nie — jak dotychczas sądzono, cały jajnik, ma wpływ na życie płciowe; ono powoduje w latach rozrodczych wzmożony stan odżywienia i peryodyczne przekrwienia macicy; jego czynność wydzielnicza umożliwia osadzenie się i rozwój zapłodnionege jaja w pierwszych miesiącach, jeżeli zaś nie przyszło do zapłodnienia, wywołuje ono miesiączkę. W razie braku ciałek żółtych macica ulega zanikowi i miesiączka się nie pojawia. Należy przypuszczać, że wpływ ten ciałka żółtego udziela się macicy drogą naczyń krwionośnych. Wszystkie te przypuszczenia, osiągnięte doświadczalnie, odnoszą się wprawdzie do zwierząt; można jednak przyjąć, że znajdą one zastosowanie i u kobiet, tembardziej, że niektóre stany za tem przemawiają.

I tak już niejednokrotnie zauważył autor powstanie zaśniadów groniastych u osobników, u których znaleziono guzy jajnikowe, i sądzi, że to równoczesne wystąpienie obu stanów u tego samego osobnika nie jest zupełnie przypadkowe; możliwem jest, że ciałko żółte zostaje uszkodzone pod wpływem ucisku ze strony guza i wskutek tego jajo, pierwotnie zdrowe po usadowieniu się w macicy, pozbawione niejako wpływu ciałka żółtego, choruje i tworzy zaśniad. W ten sposób chce autor także wytłómaczyć częste występowanie poronień, napozór bez przyczyny, u kobiet cierpiących na guzy jajnikowe. Autor wyraża przypuszczenie, czy i powstania ciąży trąbkowej nie należałoby odnieść do chorobliwego stanu odnośnego ciałka żółtego. Od czasu bowiem, jak ogłoszono przypadek ciąży trąbkowej u kobiety, u której znaleziono zwyrodnienie torbielkowate ciałka żółtego, spostrzeżenie to potwierdzono już kilkakrotnie i autor sam rozporządza już kilkoma takimi przypadkami. Zdaje się więc, że i to nie jest przypadkowe i że przez zwyrodnienie ciałka żółtego przychodzi do nieprawidłowego usadowienia się jaja zapłodnionego. Doświadczenia, dotyczące wytłómaczenia wpływu rzekomych ciałek żółtych (*c. l. spurium*) na macicę nieciężarną, wykazały, że po zniszczeniu tych ciałek (przez wypalenie) macica ulega zanikowi, zupełnie tak, jak po trzebieniu. Rozróżnienie więc ciałek żółtych na prawdziwe i rzekome niema racyi bytu, gdyż i te rzekome mają swoje przeznaczenie. Wpływ ciałka żółtego na występowanie miesiączki badał autor na kobietach, u których z innego powodu otwierano jamę brzuszną; u kobiet tych niszczył przez wypalenie świeże ciałka żółte, a kilka razy nawet mieszek Graafa, gotowy do pęknięcia i we wszystkich tych przypadkach zauważył zaburzenia w miesiączkowaniu, objawiające się tem, że następna miesiączka zupełnie nie występowała w swoim terminie prawidłowym. Dotychczasową więc teoryę Pflügera o powstawaniu miesiączki należy obalić i szukać przyczyny jej w wydzielniczem działaniu ciałka żółtego. Ostatecznie zwrócił autor uwagę i na stronę praktyczną tych wywodów teoretycznych i tu znowu znalazł tylko potwierdzenie swoich przypuszczeń. Fakt, że tabletki owaryny, podawane w okresie przejściowym, lub po wytrzebieniu, w jednym przypadku działają, w drugim zaś nie, autor tłómaczy zmienną ilością, lub nawet brakiem w nich substancyi z ciałek żółtych (tabletki te robi się z całych jajników). Autor sporządził preparat tylko z ciałek żółtych (krów) i zauważył skutek wprost zdumiewający w każdym przypadku. Preparat ten nazwał „luteiną“ i podawał w ilości 0.3 grm. trzy razy dziennie kobietom, które strasznie cierpiały wskutek objawów występujących po ustaniu czynności jajników (*climax, castratio*) i poleca go gorąco lekarzom. Jeszcze na jedną okoliczność zwrócił autor uwagę, która ma wielkie znaczenie praktyczne. Już niejednokrotnie zauważono, że po wyjęciu guzów jajnikowych w pierwszych miesiącach ciąży przychodzi bardzo często do poronienia. Wiedząc teraz, jak ważny wpływ ma ciałko żółte na usadowienie jaja i rozwój ciąży, łatwo sobie wytłómaczyć powyższy fakt. Ponieważ więc wpływ ciałka żółtego na ciążę utrzymuje się tylko 3—4 miesięcy, poczem ciałko bliznowacieje, ztąd uwaga praktyczna, aby owaryotomii o ile możności nie robić przed końcem 4-go miesiąca ciąży; jeżeli zaś operacya jest konieczną jeszcze przed upływem tego czasu, to w każdym razie należy ją wykonać z pozostawieniem ciałka żółtego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. Podciechowski. **„Nowa choroba“, czy włośnica?** (*Medycyna*, Nr. 29, 1903). Kazuistyka kilku przypadków „nowej choroby“, opisana przez Dra Podciechowskiego, ma szczególne znaczenie dla nas, lekarzy krakowskich, którzy mieliśmy możność spostrzegania i badania tej choroby przed paru miesiącami. W okolicy Sieradza, we wsi Ł., zachorował 6 maja 9-letni chłopczyk, synek p. P., przedstawiając wszystkie te objawy, które charakteryzowały i krakowską „nową chorobę“, wraz z obrzękiem powiek, dreszczami, bólami mięśniowymi, gorączką, zaburzeniami trawiennemi i t. d.; na drugi dzień identycznie zachorowała pokojówka w tym samym domu; w ciągu tygodnia następnego zapadła nauczycielka i młodszy braciszek, a następnie kuzynka i dwie osoby z rodzeństwa, które bawiły w tym domu podczas Wielkiej Nocy, a zapadły na „nową chorobę“ po wyjechaniu do Kalisza. Wszystkie te osoby miały powieki obrzękłe i przedstawiały obraz schorzenia, nie różniący się objawami od „nowej choroby“ krakowskiej. Tak w Sieradzu, jak i w Kaliszu rozpoznano włośnicę (*trichiniasis*) i tegoż zdania był Dr. M., wezwany na naradę. Wreszcie w końcu drugiego tygodnia (zatem prawdopodobnie koło 20 maja) zachorował sam gospodarz domu i ojciec chorych chłopczyków. Badanie drobnowidowe mięsa z wieprza, zabitego przed świętami, dało (co do włośnicy) wynik ujemny; również badanie mięsa w rzeźni sieradzkiej przez autora i weterynarza dało wynik ujemny. Inne osoby, które dostały część mięsa z wieprza, o którym wyżej mowa, nie zapadły na „nową chorobę“. Autor więc sądzi, że źródłem zarazy mogła być kiełbasa, kupiona w Siąradzu, a potwierdzenia tego przypuszczenia dopatruje w jednym przypadku“ nowej choroby“ u czeladnika rzeźniczego, pracującego u masarza w Sieradzu. Autor w dalszym ciągu przypomina, że w roku 1889 i 1900 panowała nagminnie w Turku i okolicy grypa (influenza), którą obserwował z Drem Saksem; w przebiegu tej grypy były przypadki, połączone z obrzękiem powiek i temu rodzajowi grypy z obrzękiem powiek uległ sam autor i jego rodzina, z wyjątkiem jednej osoby. Dr. Saks nie spostrzegał obrzęku powiek u chorych na grypę w okolicy, poza granicami Turka. Wreszcie Dr. Podciechowski przytacza jeszcze jedną epidemię, która wystąpiła roku 1900 w okolicy Sieradza, mianowicie w domu p. N. we wsi S.; 15 osób zapadło na chorobę identyczną z „chorobą nową“, trwającą w ciągu dwóch tygodni, a podczas tego czasu nikt wieprzowiny nie jadł, lecz tu była istotna włośnica, a badanie drobnowidowe wykazało, że mięso ze sztuki, zabitej w domu p. N., było włośniami zakażone. Autor na podstawie wyników badania mięsa w roku 1900 w domu p. N., które zawierało włośnie, wnioskuje wstecz i naprzód, że epidemia w roku 1889—90 i tegoroczna, w Sieradzu i Krakowie, była włośnicą, a to na podstawie podobieństwa objawów, oraz pewnego powątpiewania o dokładności drobnowidowego badania mięsa, jeśli się go robi „masowo“. *K.*

Dr. Wieland. **Surowica przeciwbłonicza, jej działanie i granice działania przy operacyjnych zwężeniach krtani.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1903, 13, 5). Doświadczenia doprowadziły autora do następujących wniosków: 1. Statystyka szpitalno-kliniczna i anatomo-patologiczna wykazuje korzystny wpływ surowicy na błonicę, a specyalnie na błonicze zwężenie krtani. 2. Działanie surowicy jest miejscowe, skierowane na miejscowy proces chorobowy w błonie śluzowej dróg oddechowych; objawia się przyspieszonym rozpadem błon i zmniejszaniem rozszarzanie się i wytwarzania błon świeżych. 3. Wyniki leczenia surowicą są tem pewniejsze, im wcześniejsze jest leczenie. Rokowanie w pojedynczych przypadkach nie zależy w pierwszej linii od czasu trwania choroby, lecz od stopnia istniejącego zakażenia ogólnego, zależnego od siły zarazka i osobniczej wrażliwości. 4. Najlepsze wyniki otrzymuje się w przypadkach o lekkim przebiegu, w których dawniej regularnie przychodziło do dławca i w dalszym ciągu do śmierci z uduszenia. 1m szybszy i bardziej jadowity przebieg, tem mniejsze są widoki wyleczenia surowicą, gdyż niezawsze idzie w parze miejscowe działanie surowicy z wytwarzaniem się trujących wytworów błoniczych i tylko nader wczesne, prawie bezpośrednio po zakażeniu dokonane wstrzykiwania surowicy dają w przebiegu błonicy jadowitej dość pewne wyniki, czego dowodem były zakażenia szpitalne. 6. Tymi czynnikami działania surowicy można wytłómaczyć ciągłe wahanie się śmiertelności w przebiegu błonicy. 7. Działanie surowicy w stosunku do jadowitości wytworów błoniczych polega w większej części na wpływie pośrednim, zapobiegawczym, wstrzymującym dalszą wytwórczość jadu, podczas gdy uczynienie nieszkodliwemi już wytworzonych i wessanych do krwi i do tkanek jadów, tylko częściowo zależy od działania surowicy, w większej jednak części pozostawione jest rozmaitym jadochłonnym czynnikom, którymi ustrój rozporządza. 8. Surowica Behringa jest bardzo ważnym, lecz nie jest bezwzględnym środkiem leczniczym we wszystkich przypadkach błonicy; natomiast jest stanowczym czynnikiem zapobiegawczym i uodporniającym zdrowych i zagrożonych zakażeniem błoniczem, przynajmniej na pewien okres czasu, najmniej na trzy tygodnie. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Czerny. **O guzach i guzach rzekomych w okolicy mięśni przywodzących.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). Guzy w tej okolicy uda nie są częste. W przypadku autora chory przebył dawniej gościec, a obecnie także z rozpoznaniem gośćca stawowego został przysłany z kliniki wownętrznej. Na udzie lewem pod fałdem pachwinowym znaleziono guz wielkości pięści, rozlany, niebolesny, dość zbity, o skórze nad nim prawidłowej; ramię kości łonowej nieco zgrubiałe, naczynia duże przesunięte na zewnątrz. Odprowadzenie i obroty w stawie biodrowym nieco upośledzone z powodu napięcia mięśni przywodzących; chód niebolesny, jednakże

nieco sztywny, chromający. Gruczoły pachwinowe powiększone po obu stronach, niebolesne. Chory nadto ulega naciekom gruźliczym w szczytach. Guz ten, rosnąc szybko wśród podwyższenia ciepłoty do 38°, w przeciągu tygodnia osiągnął rozmiary główki dziecka. To podwyższenie ciepłoty i szybki wzrost przemawiałyby za sprawą zapalną, gdyby nie zbitość guza. Rozpoznanie było trudne: nie mogła być to przepuklina otworu zatykowego, gdyż te nie dochodzą tej wielkości; możnaby prędzej myśleć o mięsaku, chrzęstniaku lub kostniaku i ich kombinacyach, lecz guzy te rozwijają się zazwyczaj bardzo powoli. Pozostawała jeszcze gruźlica, tembardziej, że wysięk gruźliczy pod mięśniami przywodzącymi może guz naśladować. Operacya wyjaśniła rozpoznanie: po nacięciu i dojściu do guza, znaleziono jamę, wypełnioną ropą gruźliczą, a w niej gruźliczo zmieniona odsłoina kości *(sequester)*. Jamę oczyszczono i wysączkowano; chory w krótki czas potem opuścił klinikę. Rokowanie ze względu na nacieki w szczytach w tym przypadku jest niepomyślne. Cz. przypuszcza, że tutaj mogło przyjść przy pracy (chory był kowalem) do oderwania się okostnej przez nagłe napięcie mięśni przyprowadzających, co dało powód u chorego, skłonnego do schorzeń gruźliczych, do powstania miejscowego gruźlicy, a u człowieka zdrowego po oderwaniu w tem miejscu okostnej powstają osteofyty. *B. Żmigród.*

Bürger. **Rzadki przypadek potworności** (*Hemignathia*). (*Archiv für Gyn.* tom 68, zeszyt 2, 1903). Nie licząc przypadków zniekształceń wrodzonych lżejszego stopnia, szacuje autor częstość pojawiania się potworów w klinice prof. Schauty na 0,24%. Winkel, zaciągając wszystkie przypadki, obliczył ją w klinice drezdeńskiej na 1·3%, a w monachijskiej na 2·8%. Płeć i dojrzałość płodów nie odgrywają żadnej roli; charakterystyczną jest wielokrotność zmian u tego samego płodu potworowego. Potwór, który autor miał sposobność spostrzegać, budzi z wielu względów prawdziwe zainteresowanie, albowiem pominąwszy wielokrotne nieprawidłowości, niedokształcenia i zniekształcenia, które nie stoją ze sobą w żadnym związku przyczynowym, stanowi on unikat ze względu na zmiany w czaszce i twarzy. Ze szczęki dolnej znajduje się tylko połowa lewa i to skręcona ku stronie prawej, prawej połowy wcale niema. Braun opisał przypadek potworu, w którym wogóle nie było śladu szczęki dolnej i nazwał go „agnathus"; inni opisali przypadki (14), w których szczęka dolna była asymetryczna, lub bardzo mała w stosunku do górnej i nazwali je „mikrognathus". Nieznany jednak jest dotąd przypadek, gdzieby był brak tylko połowy szczęki; autor nazwał go „hemignathus". Z innych nieprawidłowości u tego samego potworu zauważono: zniekształcenie oczodołu prawego, wysadzenie gałek ocznych, zez zbieżny, brak kośćca w ręce prawej, zupełny brak przedramienia i ręki lewej, wreszcie brak otworu stolcowego. Dziecko to umarło po czterech tygodniach wskutek nieżytu kiszek. Przy sekcyi znaleziono nadto różne nieprawidłowości w umięśnieniu twarzy, brak gruczołu podszczękowego, język bardzo krótki, cienki, przyrośnięty całą prawą krawędzią, wreszcie bardzo ciekawe zmiany w rdzeniu pacierzowym pod postacią rozległej „hydromyelii", obejmującej rdzeń szyjny i cały piersiowy. Przyczyny tych zmian mogą być dwojakie: albo idzie tu o ubytek pierwotny już w założeniu jaja, albo zmiany te powstały w życiu śródmacicznem płodu wskutek przyczyn mechanicznych, które przeszkadzały prawidłowemu rozwinięciu się tych części. Po umotywowaniu swoich zapatrywań sądzi autor, że w opisanym przypadku miał do czynienia tylko z ubytkiem pierwotnym w założeniu jaja płodowego.

Dr. E. Ehrenpreis.

Kar. Zimmermann (Budapeszt). **Nowy sposób wykazania prątków gruźliczych w surowiczych wypocinach opłucnowych.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 8, 1902). W rzadkich tylko przypadkach udało się dotychczas wykazać prątki gruźlicze w surowiczych opłucnowych wypocinach gruźliczych, gdyż znachodzą się zwykle w bardzo małej ilości. Do wyhodowania ich potrzeba podłoża o wielkiej powierzchni i szczepienia zapomocą wielkiej ilości płynu. Z. używa jako podłoża ziemniaków z 5%-wą gliceryną. Wielką powierzchnię otrzymuje się przez krajanie ziemniaków karbowanym nożem ziemniaczanym. Uzyskana przez nakłócie próbne ilość 5—10 ctm.³ wypociny wystarcza, chociaż zawiera 1—2 prątków, do przeszczepienia. Wszystkie trzy próby wypadły autorowi dodatnio. Ujemną stroną tego postępowania jest długie jego trwanie, a dodatnią wielka prostota i to, że prątki guźlicze można nawet wtedy wykazać, gdy już straciły swoją jadowitość. Doc. Detre poleca to postępowanie szczególnie do badania wydzieliny nerek. Arpad Torday w osobnej rozprawie wskazuje na znaczenie cytodyagnostyki w tego rodzaju badaniach. Hodowanie prątka gruźliczego wymaga wiele trudu i czasu, natomiast cytodyagnostyka jest postępowaniem szybkiem i prostem, zapomocą którego można rozpoznać pierwotne gruźlicze schorzenie opłucnej, względnie gruźliczą przyrodę wypociny opłucnowej. Wystarcza już jedna kropla wypociny pod mikroskopem: wiele limfocytów przemawia za pochodzeniem gruźliczem wypociny; jeżeli widać oprócz tego leukocyty, trzeba myśleć o powikłaniu. Franc. Torday wspomina, iż u dzieci badanie na prątki gruźlicze płynu, otrzymanego przez nakłócie lędźwiowe, jest bardzo ważne w celu rozpoznania gruźliczego zapalenie opon mózgowych. W 50% wynik jest ujemny. Więcej otrzymuje się wyników dodatnich, jeżeli płyn pozostawia się w zimnie przez 24 godzin i bada się skrzep na prątki gruźlicze. Według niego wyniki cytodyagnostyki nie są jednak pewne. *Baschkopf.*

Kronenberg. **Gruźlica krtani.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, 15, 16). Autor występuje w gruźlicy krtani mało rozległej przeciw zasadniczemu przecięciu tego narządu, które wykonywa on tylko w odosobnionem owrzodzeniu, niedostępnem od strony ust i opierającem się innym sposobom leczenia. Pojedyncze lub nieliczne ogniska gruźlicze, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że wszystkie części uległe chorobie dadzą się doszczętnie usunąć, a przytem stan ogólny i stan płuc jest dobry, można z widokami na pomyślny wynik leczyć chirurgicznie najlepiej galwanokauterem. Ziarniny, przeszkadzające mechanicznie, autor usuwa, otwiera ropnie i nasiekuje obrzęki. Następnie wdmuchuje proszki (jodoform, jodol i inne), oczyszcza krtań z wydzieliny zapomocą przepłókiwania słabym rozczynem solnym, olejkiem mentolowym itd. Kwas mlekowy jest pożyteczny jedynie, gdy się go stosuje na operowanych owrzodzeniach, naciekach i wrzodach otrętwiałych. Z upodobaniem używa K. kwasu trójchlorooctowego. W zmianach więcej rozległych i daleko posuniętej sprawie chorobowej w płucach jedynie leczenie zachowawcze, higieniczno-dyetetyczne jest na miejscu. Niesłusznie odmawiają zasadniczo chorym na gruźlicę krtani przyjęcia do lecznic ludowych, gdyż łagodne stany początkujące tej choroby nadają się do skutecznego leczenia w zakładach. *Spira.*

A. Heiman (Warszawa). **Z praktyki otyatrycznej.** (*Kronika Lekarska* 1903, Nr. 10). Autor niejednokrotnie się przekonał, że podczas gdy wata wilgotna, włożona do ucha jako sztuczna błona bębenkowa wywoływała w bardzo krótkim czasie ropienie uszne, wata sucha, stosowana nawet przez długi czas, żadnego odczynu w uchu nie powodowała. Z drugiej znowu strony, w przypadkach obustronnego przedziurawienia błony bębenkowej ropienie występowało zawsze po obu stronach, skoro tylko zakładano tego rodzaju sztuczne błony bębenkowe do obu uszu, podczas gdy taka sama proteza, założona do jednego tylko ucha, bardzo dobrze była znoszona. Zjawiska tego autor nie umie sobie wytłómaczyć. W dwóch przypadkach żółciołojaka w uchu środkowem udało się autorowi, mimo poważnych zmian przedmiotowych i podmiotowych (długotrwałe ropienie uszne, obrzmienie tylno-górnej części przewodu zewnętrznego, silna bolesność wyrostka sutkowego, język obłożony, cuchnienie z ust, brak łaknienia, mdłości, zaparcie stolca, dreszcze (C. 39·2°, tętno 120), przez kilkakrotne przestrzykiwanie ucha i przepłókiwanie jamy bębenkowej przez trąbkę Eustachiusza, żółciołojak wydobyć i osiągnąć zupełne i trwałe wyleczenie. *Spira.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ichthyol. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W ubiegłym roku z różnych stron pojawiły się nowe doniesienia, stwierdzające pomyślne działanie ichtyolu na przebieg gruźlicy. Renzi zaleca następujący sposób podawania, jako najodpowiedniejszy: *Ichthyoli 10·00, aquae menthae pip. 80·00, syr. simpl. 20·00.* M. D. S. Łyżeczkę w szklance wody wypić. Zacząwszy od dwóch łyżeczek dziennie, postępuje się codzień o dwie łyżeczki, aż do 10—11 grm. ichtyolu na dobę. Jennings zaleca ichtyol w przewlekłym nieżycie oskrzelowym u dzieci według formułki: *Ichthyoli 2·00, Glycerini, Syr. cort. aurant. aa 8·00, aquae dest. 60·00.* S. trzy razy dziennie po jedzeniu łyżeczkę. W połączeniu z salicylanem sodowym ichtyol znajduje się w handlu pod nazwą „ichtyolsalicylu", w proszku, lub pigułkach. Stosowany bywa również do tamponów w praktyce ginekologicznej. *Dr. T. Ż.*

Atoksyl. (Metaarsensäureanilid $C_6H_5NHA_5O_2$). (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Jest to proszek biały, bez woni, o smaku słabo słonym; w wodzie gorącej rozpuszcza się łatwo, w zimnej do 17%. Jakkolwiek atoksyl zawiera 37·69% arsenu, jednakże, według doniesień Blumenthala i Schilda, działa 40 razy mniej trująco, niż inne przetwory arsenu, np. rozczyn Fowlera i pozwala bez niebezpieczeństwa wprowadzić do ustroju 10 razy tyle arsenu, niż to jest możliwe przez podawanie kwasu arsenawego. Schild wstrzykiwał począwszy od 0·04 atoksylu w ciepłym wodnym 20% rozczynie i dochodził do 0·2 grm., zatrzymując się na tej dawce aż do

ukończenia leczenia. Dotąd leczono atoksylem 75 przypadków cierpień skórnych (*alopecia, dermatitis exfoliativa, psoriasis, lichen ruber*), prawie wszystkie z dobrym skutkiem. Wstrzykiwanie atoksylu nie wywołuje żadnego miejscowego odczynu. Cena flaszeczki, zawierającej 10 grm., około trzech koron. *Dr. T. Ż.*

V. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli w zasadzie zgoda panowała pomiędzy Śniadeckim a Czackim co do sposobu rozwiązania tej sprawy tak ważnej dla przyszłości Wołynia, to przecież zachodziły pomiędzy nimi różnice co do możności ścisłego przeprowadzenia tego zamiaru, podyktowanego szczerą miłością narodu. Rozważny Czacki przewidywał, że się na tej drodze natrafi na trudności nie do przezwyciężenia, z powodu braku dostatecznej liczby rodzimych sił nauczycielskich. Przepowiednie jego były tem więcej uzasadnione, że Szkoła główna wileńska, podniesiona dopiero co ukazem cesarskim do rzędu uniwersytetu, potrzebowała dla siebie dosyć znacznej liczby powag nauczycielskich. Sam zaś urok wykładania w uniwersytecie wileńskim przewyższał ten, jaki mogło mieć dla lekarza nauczanie w Krzemieńcu. Także pobyt w Wilnie, o ile się tego można było naprzód spodziewać, mógł być większą attrakcyą dla lekarza, gdyż się tam mógł spodziewać większej intraty z dochodów pobocznych. Pensye w uniwersytecie przewyższały znacznie te, jakie można było osiągnąć w szkole lekarskiej wołyńskiej. Nadto wywierał tu pewien wpływ i tytuł profesora, którego nie mogli używać wykładający w Krzemieńcu. Trudności pozyskania większej liczby Polaków musiały się tem bardziej powiększyć, że niedawno zreorganizowany uniwersytet krakowski, który przechodził okres odrodzenia, również obsadzał katedry o ile możności tylko Polakami. Nie dosyć jednak na tem, bo i z Warszawy dochodziły wieści, które kazały pod tym względem Czackiemu niekorzystnie wróżyć. „Rząd pruski zaczął serio organizować liceum w Warszawie, sprowadził p. Linde z Wiednia na rektora, z pensyą 1,200 talarów, które więcey znaczą iak 1500 rubli w Wilnie. Plan tego liceum iest dobrze ułożony, dobierają ludzi z talentami, nie każą im konkurować, ale ich sami wzywają[26]“.

Innego zdania był Jędrzej Śniadecki. Sprawa, dla której się teraz poświęcał i szczera chęć założenia szkoły w Krzemieńcu, chociażby już tylko dlatego, żeby się uchronić przed moralną klęską w oczach kolegów wileńskich, którzy sobie tej szkoły nie życzyli, zmuszała go zbyt różowo w przyszłość patrzeć. Pierwszym warunkiem założenia polskiej szkoły musiała być ufność we własne rodzime siły i nieobniżanie ich prawdziwej wartości, coby rzeczywiście miało miejsce, gdyby się z góry zwątpiło w możność obsadzenia katedr Polakami. Trzeba jednak być łagodnym w sądzeniu, gdyż „w żadnym na świecie kraju nie zbieraią uczonych tak iak grzyby; ludzi prawdziwie zdatnych wszędzie iest mało[27]“). Jeżeli zaś w kraju było podówczas pod tym względem może nieco gorzej, aniżeli gdzieindziej, to ponosi pewną winę zamiłowanie do tego, co obce, a pogarda i brak zrozumienia dla rzeczy swoich. „Chcąc zbierać Polaków uczonych trzeba ich było zachęcić i pokazać, że to, co się robi, iest dla nich a nie dawać im obuchem w łeb iak u nas zrobiono nie sprowadzać z naszą pogardą, i nie wywyższać cudzoziemców, którzy śmiało gadają, że sprowadzano ich dla tego, że Polacy są głupi, że nie maią u siebie ani Nauk ani uczonych, a którym powieściom Zwierzchność Akademicka applauduie[28])“.

Czacki, obracający się stale w granicach możności i liczący się jedynie z nią, polegał tym razem więcej na własnem, aniżeli swojego doradcy zdaniu. Wiedząc dobrze, że ze szlachetnego spółubiegania się, jakie się pomiędzy rozmaitemi szkołami lekarskiemi rozwinie, krzemieniecka z pewnością nie wyjdzie zwycięsko, a mając szczere chęci stworzenia, o ile się to tylko przeprowadzić da, szkoły wolnej od obcych naleciałości, rozglądał się za ludźmi młodymi, wiele obiecującymi i wysyłał ich za granicę, częstokroć na własny nawet koszt. Działalność w tym kierunku napełniała go zadowoleniem, a przy wyszukiwaniu odpowiednich ludzi korzystał z pomocy Kołłątaja, obydwóch Śniadeckich i wszystkich chętnych. „Młodych i zdatnych ludzi“ — pisze do Jana Śniadeckiego, — „wysyłam do nauki. Menciszewski będzie w dniach ostatnich Kwietnia w Wiedniu: ztamtąd uda się do Berlina... Niemczewski.. w Paryżu[29])“... Obok tych powysyłano, lub nakłoniono do wyjazdu ludzi takiej miary, jak Mianowski, Wolfgang[30]), Szostakowski,

[30]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel.

Kudlicki i inni. Posady profesorów miały się nadawać przez wezwanie upatrzonego kandydata do przyjęcia katedry. Postępowanie to było wynikiem doświadczenia, jakie w tym kierunku uczyniono w innych szkołach. Tam nadawano je poprzednio w drodze konkursu. Z konkursu jednakowoż nie zawsze najgodniejsi wychodzili kandydaci; dlatego postanowiono obrać tę drugą drogę, bez porównania prostszą. Nadto skłaniała do obrania tej drogi wątpliwość, czy wogóle bardziej zasłużeni profesorowie będą się ubiegali o takie posady, jakie miała mieć do nadania szkoła krzemieniecka.

Równocześnie z tą dyskusyą odbywały się pertraktacye, zmierzające do urzeczywistnienia planu. Wobec trudności, jakie się ze wszech stron nasuwały, nie wypadało nic innego, jak zadowolnić się małem. Po wyrażeniu opinii przez uniwersytet wileński pozostawały Czackiemu jeszcze inne drogi. Licząc na to, że osobiste rozmówienie się więcej może przynieść korzyści, wyjechał do Wilna w celu omówienia sprawy z samym księciem kuratorem. Osobisty jego wpływ i szczególniejszy dar przekonywania nie pozostały bez skutku i pozyskanie nietylko Czartoryskiego, ale nawet i uniwersytetu dla sprawy, było tego następstwem, a dowodem raport uniwersytetu do księcia. Dwunasty jego ustęp powiada: „Uniwersytet stosownie do opinii Wizytatora Szkół J. W. Czackiego, kładzie w Krzemieńcu Gimnazyum dla Gubernii Wołyńskiéy;[31])“... Naturalnie, że nie było tu więcej mowy o projekcie Jędrzeja Śniadeckiego, ale jedynie o planie Kołłątaja.

Przez pozyskanie dla sprawy Czartoryskiego i profesorów wileńskich, którzy pierwotne swoje orzeczenie w ten sposób cofnęli, posunęła się ona wprawdzie o bardzo znaczny krok naprzód i można jej było rokować dobrą przyszłość, lecz nie była jeszcze wygraną: o tem miał ostatecznie rozstrzygać Petersburg. Ażeby jednak nie tracić czasu na długiem wyczekiwaniu, pozwolił Czartoryski na przystąpienie do zrealizowania gimnazyum „wedle myśli ogólnej tego planu“, jaki mu nadesłano. Czacki przystąpił do niego pełen otuchy i wcześnie nawet poobsadzał pojedyncze katedry najlepszemi siłami, jakie tylko mógł pozyskać. Tymczasem nie nadchodziło zatwierdzenie projektu, a niektórzy profesorowie, nie chcąc dłużej pozostawać w niepewności, przyjęli posady gdzieindziej. Jeszcze 25 lutego r. 1805 pisze Kołłątaj do Czackiego, że ciekaw wiedzieć, o ile

[26]) Kod. nr. 3131 Bibl. Jagiel. List Fr. Dmuchowskiego do Jana Śniadeckiego z Warszawy 1 Stycznia 1804.

[27]) Kod. 3151 Bibl Jagiel. List Jędrzeja Śniadeckiego do Czackiego z Wilna d. 16 Augusta r. 1805.

[28]) Tenże sam list.

[29]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel. List z Krakowa d. 21 kwietnia r. 1805.

[31]) Akta kuratoryi uniw. wil. w Arch. XX. Czartoryskich nr. 88. Kopia projektu urządzenia Szkół w wydziale Imperatorskiego Wileńskiego Uniwersytetu, przesłanego przy Rapporcie do JO. Xięcia Kuratora pod dniem 17 kwietnia 1804 roku za N 343 m'.

ich plan wyjdzie z kancelaryi cesarskiej zmieniony, a 28 lipca tegoż roku do Jana Śniadeckiego, że Czartoryski, jako kurator uniwersytetu wileńskiego, nie życzy sobie drugiego uniwersytetu w kraju i już zaczęto nawet wątpić w przyszłość całego planu z powodu ciągłych niespodzianych przeszkód, jakie jego zatwierdzenie wstrzymywały, gdy d. 31 sierpnia otrzymał on przez podpis cesarza moc prawną.

Przeczucie Kołłątaja sprawdziło się, gdyż projekt jego wyszedł zmieniony. Lecz zmiany te dotyczyły jedynie formy, t. j. nie wspominają o klasach, ani o kursach, ale wymieniają nauczycieli starszych i młodszych, oraz przedmioty, jakie ci nauczyciele będą wykładali. Pomiędzy tymi przedmiotami znajdujemy wyszczególnione anatomię, fizyologię, chirurgię i sztukę leczenia bydląt. „Nauczyciele starsi dawać maią: 1-szy Matematykę elementarną; 2. Matematykę wyższą; 3. Fizykę i Chemię; 4. Historyę naturalną; 5. Historyę i Geografię; 6. Literaturę; 7. Ekonomikę polityczną i Prawo; 8. Anatomią i Fizyologią; 9. Chirurgią.. Nauczyciele młodsi uczyć będą: 1. Rolnictwa i Ogrodnictwa; 2. Architektury i Mechaniki praktyczney; 3. Sztuki leczenia bydląt[32])“... Nakazywał więc ukaz założenie szkoły lekarskiej w Krzemieńcu, lecz wydawanie patentów, mających ważność dla całego państwa rosyjskiego, zastrzegł uniwersytetowi wileńskiemu.

Po osiągnięciu tego, co sobie teraz za zadanie życia postawił i dumny z tego, pospieszył się Czacki ze zrealizowaniem swego dzieła. Świetność, z jaką miano przyszłe liceum krzemienieckie oddać na użytek publiczny, miała przewyższyć wszystkie uroczystości podobne.

Tak wielkie dzieło należało rozpocząć od przebaczenia przeciwnikom. To też zapominając o dawnych przeciwieństwach, pisze Czacki z prawdziwem zaparciem swojej własnej osoby do księdza Strojnowskiego list z prośbą, by mu przysłał swój portret w celu uwiecznienia go w gimnazyum, w te słowa: „...Wyiednałeś Dyploma dla Uniwersytetu, zaprowadzasz porządne ustanowienia, czuiąc potrzebę, aby Światło równym postępowało krokiem, pomagasz nam do ustanowienia tego obszernego Gimnazium, które małe i poziome umysły zastraszało[33])“...

[33]) Kod. nr. 3446 Arch. XX. Czartoryskich. Protokół różnych czynności wizytatorskich. K. 239.

Czacki miał to zadosyćuczynienie, że sam w imieniu cesarza otworzył szkołę 1-go października w obecności delegatów uniwersytetu wileńskiego, warszawskiego, Towarzystwa przyjaciół nauk, zastępców rządu i wielu innych osób znakomitych. Nie obeszło się jednak i przy tejże uroczystości bez kilku kropel goryczy. Ukaz cesarski zatwierdzał wprawdzie w najgłówniejszych zarysach w całości projekt Czackiego i Kołłątaja, lecz wśród tylu przeciwności wypracowany plan nie został już w samym początku ściśle przeprowadzony. Brak miejsca i sił nauczycielskich był powodem, że i szkoła chirurgów miała jeszcze zaczekać na odpowiedniejszą chwilę i to tem bardziej, że, jak Kołłątaj powiada, „tak wielki gmach nauk nie może razem powstać, bo nie można zdobyć się tak prędko na wszystkie usposobienia, których te ważne umiejętności wymagają“. Czacki jednak nie uważał w dniu otwarcia szkoły dzieła swojego za skończone, lecz przemyśliwał nadal nad sposobami całkowitego jego przeprowadzenia. W odezwie, wystosowanej do marszałków gubernii Wołyńskiej z dnia 18-go grudnia 1805 przyrzeka, że „w roku przyszłym ogrodników szkołę“, a jeżeli będzie mógł „Cerulików i bab położniczych, tudzież nauki leczenia bydląt Szkołę“ otworzy[34]). Dzięki tym staraniom zaczęto rzeczywiście zakładać w Krzemieńcu Instytut położnych i chirurgów, co w znacznej części umożliwił zapis podczaszego Olizara.

Druga okoliczność, która w chwili otwarcia gimnazyum musiała gnębić Czackiego, miała znaczenie więcej moralne. Mamy tu na myśli nieobecność przy tej uroczystości jego cichego współpracownika, Kołłątaja. Trudno teraz powiedzieć, jakie były pobudki Czackiego, który dotychczas okazywał taką skłonność do zgody, ustępstw i ofiar, o ile one dotyczyły jego własnej osoby i ambicyi, że nie poczynił odpowiednich kroków, by sobie zapewnić przyjazd Kołłątaja na uroczystość otwarcia gimnazyum. Najprawdopodobniejszym bodźcem, który się tu nasuwa, może być osobista ambicya, jaka się w nim, jako w zwycięzcy tylu przeciwieństw, w tej chwili niechybnie wzbudziła. Odczuł to i zrozumiał dobrze Kołłątaj i na podziękowanie i uznanie za pomoc, jako też i na prośbę o wyręczenie w napisaniu pewnych listów, wyrażoną listownie już 1-go października, odpisał Czackiemu zaledwie kilka słów, a wymawiając się podagrą donosi mu jednocześnie, że na razie niema co na niego liczyć. Rzeczywiście powody tej odmowy poznajemy z listu wysłanego 18-go października do prefekta gimnazyum Jarkowskiego. Oddając mimo tych wszystkich przejść, należytą cześć Czackiemu i obowiązując do tego także nauczycieli zakładowych, pisze między innemi: „prawda po śmierci mojej powiedziana nie tyle ucierpi od zazdrości, albo przynajmniej zazdrość takowa nie będzie mi więcej szkodzić; za życia dość się już z nią passowałem, a ponieważ mi wszędzie zastępuje, ponieważ ją znalazłem tam nawet, gdziem się spodziewać nie powinien, przeto chętnie już ustępuję z drogi i więcej się z nią passować nie chcę[35])“. (C. d. n.).

* * *

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30. lipca.

* Pogrzeb ś. p. profesora Rudolfa Trzebickyego był wielką manifestacyą żalu, szczerze odczutego przez wszystkie warstwy mieszkańców Krakowa. Zmarły ścisłymi węzłami połączony był ze wszystkiemi ważniejszemi ogniskami życia i działania naszego grodu. Jako profesor uniwersytetu, prymaryusz szpitala, lekarz praktyczny, prezydent Izby lekarskiej, radca miejski, członek wielu towarzystw i t. d., a przytem na wszystkich tych stanowiskach bardzo czynny i bardzo gorliwy, posiadał on nader rozległe stosunki i liczył tysiące ludzi wdzięcznych i zobowiązanych. Niezliczony też tłum otoczył w dniu pogrzebu trumnę zasłużonego lekarza-obywatela, a przy wyniesieniu zwłok z domostwa rzewnemi słowami żegnali zmarłego: dziekan prof. Bujwid imieniem Wydziału lekar. U. J.; dr. Walczyński — imieniem Izby lekarskiej; prof. Nowak — imieniem Towarzystwa lekar. krakowskiego. Kondukt pogrzebowy zatrzymał się przed szpitalem św. Łazarza, gdzie w imieniu kolegów szpitalnych przemówił gorąco i serdecznie prymaryusz Borzęcki.

Wielki dług wdzięczności zaciągnęła Redakcya »Przeglądu lekarskiego« względem śp. prof. Trzebickyego, jako najpracowitszego i najgorliwszego swego członka: zmarły nietylko wszystkie niemal cenne prace swoje ogłosił w naszem czasopiśmie, ale dzięki jego wskazówkom i szpitalni pomocnicy jego, w których umiał zawsze rozbudzić zamiłowanie do badań naukowych i do literatury zawodowej, postępowali śladami swego szefa; oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, dzięki ś. p. prof. Trzebickyemu, może się poszczycić długim szeregiem poważnych prac naukowych.

Cześć i wdzięczna pamięć zasłużonemu.

* Dziekan Wydziału lekarskiego U. J. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze fizyologii z płacą roczną 1400 koron. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 30 września 1903 r.

* Wakuje posada elewa przy katedrze kliniki chorob skórnych i wenerycznych U. J. z płacą roczną 600 koron. Podania wnosić należy do kancelaryi dziekańskiej do d. 30—IX b. r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w U J. otrzymali: Edmund Maryan Brzeziński i Stanisław Mostowski.

* Staraniem krajowej Rady zdrowia odbył się we Lwowie kurs

[32]) Ustęp 12-ty i 13-ty »reskryptu« Jego Cesarskiey Mości Alexandra I do JW. Tadeusza Czackiego itd... z 31 sierpnia 1805. (Drukowane. Akta kuratorji wileńskiej t. 7. w arch. XX. Czartoryskich).

[34]) Tamże k. 305.

[35]) Hugona Kołłątaja korespondencyja listowna. Tom III, str. 297—298.

dla funkcyonaryuszów gminnych na prowincyi, mających przeprowadzać odkażanie mieszkań i przedmiotów po chorobach zakaźnych. Nauczaniem kierował fizyk m. Lwowa, Dr. Legieżyński. Rzecz wielce godna naśladowania.

* »Ginekologia«, miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu, wyszedł pod redakcyą Dr. Czesława Stankiewicza. Nr. 1. zawiera wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do r. 1902 włącznie: Część I. Choroby kobiece. Mrówczą tę pracę, za którą ginekolodzy nasi i położnicy będą szczerze wdzięczni, zestawił redaktor miesięcznika, Dr. Cz. Stankiewicz. Cena zeszytu kop. 50. Adres Redakcyi: Warszawa, ul. Złota, 4.

* Kierownictwo departamentu sanitarnego w Wydziale krajowym objął zastępczo p. Jan Trzecieski podczas miesięcznego urlopu członka Wydziału p. Onyszkiewicza.

* Komisya emerytalna przy Towarzystwie lekar. radomskiem rozesłała projekt założenia Kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa polskiego. Projekt ten, wraz z rubrykowanymi szematami tablic, na wzór tablic, używanych przez Towarzystwa ubezpieczeń, otrzymały zarządy towarzystw lekarskich, oraz niektóre jednostki tam, gdzie niema towarzystw lekarskich. Szlachetny cel i zbawienna myśl: przekonani jesteśmy, że Towarzystwu lekarskiemu radomskiemu znane są wszystkie trudności, łączące się z istnieniem, rozwojem i trwałością tego rodzaju prywatnych zakładów ubezpieczeniowych. Odezwę podpisali: Dr. Fidler i Dr. Matylda Kobryner.

* Z Towarzystwa samopomocy lekarzy. Między 21 a 25 lipca przystąpili do Towarzystwa samopomocy następujący koledzy: Dr. Trommer A. (Tarnów), Dr. Ackerbauer S. (Jarosław), Dr. Pilzer H. (Tarnów), Dr. Gwozdecki T. (Lipica dolna), Dr. Landau Stefan (Andrychów).

Zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. R. Trzebickyego złożyli na cele Tow. samopomocy lekarzy: prof. W. Jaworski 15 Koron, Dr. A. Langie 10 Koron, razem Koron 25. *Dr. Langie*, I sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVII (5—VII—2—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 42, zmarło osób 49, mianowicie: z gruźlicy 13 (8 zam.), z zapalenia płuc 5 (1 zam), z płonicy 2 (zam.), z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 7 (1 zam.).

* Między 8 a 14 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim (2 g.), horodeńskim (4 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (1 g.), kałuskim (2 g.), lwowskim (1 g.), mościskim (1 g.), peczeniżyńskim (1 g), podhajeckim (1 g), przemyskim (1 g.), przemyślańskim (1 g.), skałackim (1 g.), śniatyńskim (2 g). stryjskim (1 g.), tarnopolskim (1 g.), zaleszczyckim (2 g.), złoczowskim (2 g.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kazimierz Berezowski, lekarz domu karnego we Lwowie, otrzymał tytuł radcy cesarskiego. Dr. Zeynek mianowany został zwycz. profesorem chemii lekar. w niemieckim wydziale w Pradze. Dr. Fritz Voit z Monachium mianowany został prof. zwyczajnym pedyatryi i farmokologii w Erlandze.

Nekrologia. Dr. Felicyan Szmakfeter, l. 43 i Dr. Józef Kinderfreund, l. 78, zmarli w Warszawie.

Bibliografia:

— *Ginekologia* Z. 1. Cz. Stankiewicz: Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do r. 1902. Część 1. Choroby kobiece.

— *Medycyna* Nr. 29. Klein: O rozpoznawaniu białaczki. Podciechowski: »Nowa choroba« czy włośnica?

— *Gazeta lekarska* Nr. 29. Żurakowski: O wpływie błękitu metylenowego na rozwój laseczki okrężnicy. Szayerowicz: O znaczeniu okładów ochładzających w przebiegu zapalenia płuc u dzieci. Władysław Sterling: O ośrodkach korowych mięśni ocznych (c. d.). Wacław Sterling: Syfilis nerek (ciąg dalszy). Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego (c. d.). Przypadek ciała obcego w zębie.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 29. Záhor: O nutnosti a výhodnosti obligatorniho ohlašováni každého onemocněni tuberkulosy. Kuthan: O účinku a léčebných výsledcích vody. Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti v nemocnici německobrodské za prvé pětileti od r. 1898—1902 (dok.). Chalupecký: Paprsky Becquerelovy účinek jich na organismus.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 7. Zimmer: Zhojený případ ileu strangulačniho s rozsáhlou gangraenou střeva. Panýrek: K otázce vztahů nosu ke sféře genitalni.

— *Liečnički Viestnik* Nr 7. Biankini: Prinosi abdominalnoj chirurgiji. — 1620 sobranich slučajeva anastomoze crieva Murphyevim pucetom. Čačković: O okruglim čirovima jejuna iza gastroenterostomije. Ernst: Dextrocardia et dextroversio cordis.

— *La Presse médicale* Nr. 56 Meige: Medycyna w muzeum Prado.

Nr. 57. Renault: Nowe przypadki wyleczenia raka kankroiną Adamkiewicza. Labbé: Próby leukoterapii w leczeniu zakażeń. Habel: Kiśnienie kału i jego wartość kliniczna w niektórych chorobach.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. Kossel: Doniesienie o badaniach gruźlicy rozmaitego pochodzenia na bydle. Orth: O niektórych sprawach spornych z zakresu gruźlicy. Plehn: Przypadek moru w Berlinie i jego znaczenie epidemiologiczne. Milchner: Rzekome prątki gruźlicze w jednym przypadku wysokiego stopnia rozstrzeni oskrzelowej, oraz pewne uwagi o barwieniu prątków w tkankach. Arnheim: Patogeneza krztuśca. Krukenberg: Kolka woreczka żółciowego bez kamieni żółciowych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29. Winternitz: O fizyologicznych podstawach leczenia jodypiną. Nebelthau: Przyczynki do teoryi powstawania gruźlicy z jelit. Jenssen: Przypadek posąnicy pneumokokowej. Roosen — Runge: Przypadek posocznicy wywołanej meningokokami, bez podstawy anatomicznej. Kinner: Tlenek bizmutu koloidowy w zaburzeniach przewodu pokarmowego osesków. Wulff: Przyczynek do kazuistyki samoistnego krwotoku nerek. Hamesfahr: Rękawiczki gumowe przy operacyach aseptycznych. Müller: Uwagi nad artykułem: »Brucyna nowy lek przeciw morfinicy«. Gruber i Pirquet: Toksyny i antytoksyny (dok.). Roos i Hinsberg: Cerolina, istota tłuszczowa drożdży, działająca leczniczo (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Breuer i Seiller: Wpływ wytrzebienia na stan krwi samic. Hofbauer: O stałem pojawianiu się dotąd nieznanych tworów komórkowych w kosmówce łożyska ludzkiego i o embryotrofach. Schmidt: Szczególny objaw serodyagnostyczny (bezkształtna aglutynacya) w surowicy Friedländera. Kapsammer: O niezatrzymywaniu moczu i jego leczeniu wstrzykiwaniami epiduralnemi (dok).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30 Kolle i Gotschlich: Badania nad bakteryologicznem rozpoznaniem cholery i swoistością mątwika cholery Kocha. Criegern: Kazuistyczny przyczynek do nauki o schorzeniach układu naczyniowego, które powstają prawdopodobnie na tle nerwowem (dok). Bloch: Uwagi kliniczno-hematologiczne (dok). Alter: Przypadek ropienia nerek. Saalfeld: Cukrzyca a choroby skórne.

Redakcya otrzymała. Kopczyński: 1) W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy. 2) Nerwowość młodzieży szkolnej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 8 Sierpnia 1903. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Zasadowość krwi w stanach leukocytozy i w zakażeniach.

Podał

Dr. Witold Orłowski,

Docent chorób wewnętrznych.

W poprzednich poszukiwaniach hematologicznych, ogłoszonych w swoim czasie w „Przeglądzie lekarskim“ [1]), wykazałem zależność zasadowości krwi od zawartości we krwi krwinek czerwonych. Z natury rzeczy należało poruszyć w dalszym ciągu sprawę wzajemnego stosunku zasadowości krwi i liczby krwinek białych. Pierwsze wskazówki w tym kierunku spotykamy w pracy Löwy i Richtera [2]). Wstrzykując królikom pepton, pepsynę, hemialbumozę, sperminę i surowicę przeciwbłoniczą, badacze ci otrzymali już w kilka minut po zastrzyknięciu znaczne wzmożenie zasadowości krwi, któremu towarzyszyła hipoleukocytoza; z powstaniem hiperleukocytozy zasadowość krwi obniżała się do normy i nawet niżej normy. Na podstawie tych doświadczeń Löwy i Richter przyszli do wniosku, że zmniejszenie liczby krwinek białych sprowadza zmiany chemizmu krwi, wywołujące wzmożenie jej zasadowości; zwiększenie zaś ich zawartości pociąga w następstwie obniżenie zasadowości krwi. Tą więc drogą Löwy i Richter mieli wykazać, że stosunek między zasadowością krwi i liczbą krwinek białych ma być odwrotny do tego, jaki jest między zasadowością krwi i liczbą krwinek czerwonych. Caro [3]), wstrzykując ludziom sperminę, tuberkulinę i pilokarpinę, otrzymywał również w większości przypadków wzmożenie zasadowości krwi w okresie hipoleukocytozy i następowe obniżenie podczas hiperleukocytozy; wahania te jednak były krótkotrwałe i nieznaczne, wskutek czego Caro odrzuca wszelką zależność zasadowości krwi od liczby krwinek białych. Strauss [4]), badając krew w różnych okresach leukocytozy, wywołanej tuberkuliną i sperminą u dziewięciu chorych na gruźlicę płuc, nie spostrzegał również znaczniejszych wahań zasadowości krwi. Wszystkim tym badaniom można jednak zarzucić, że w nich zawartość krwinek czerwonych zupełnie nie była przyjmowaną pod uwagę, tymczasem z poszukiwań moich i Löwyego [5]) niewątpliwie wynika, że liczba krwinek czerwonych ma znaczny wpływ na stopień zasadowości krwi, a więc zmiana tej liczby może wpływać na wahania zasadowości, zależne od hipo- lub hiperleukocytozy. Wobec tego sprawy wzajemnego stosunku zasadowości krwi i krwinek białych nie można uważać za rozstrzygniętą wspomnianemi poszukiwaniami. Rozwiązania jej można oczekiwać od dalszych badań, które powinny być postawione w następujący sposób. Poznawszy skład krwi i stopień jej zasadowości, należy wywołać hipo- i hiperleukocytozę i w tych okresach znowu oznaczyć zasadowość krwi i liczbę krwinek, nie tylko jednak białych, lecz i czerwonych. Dla otrzymania hipo- i hiperleukocytozy należy użyć różnych sposobów, a to w celu ustrzeżenia się od przypadkowej jednostajności w wahaniach liczby krwinek białych i stopnia zasadowości krwi. Podobne doświadczenia były przeprowadzone przezemnie w r. 1901 i 1902 w pracowni kliniki lekarskiej. Wszystkie doświadczenia wykonałem na psach i ludziach; oprócz tego przeprowadziłem szereg doświadczeń na królikach.

Dla otrzymania hipo- i hiperleukocytozy używałem następujących sposobów: 1) spożycie zrana naczczo obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych („leukocytoza trawienna“); przed doświadczeniem głodziłem ludzi przez godzin 14, psy przez 48; 2) wstrzykiwanie psom i ludziom niektórych przetworów chemicznych, mianowicie: sperminy i pilokarpiny, i 3) zakażenie królików jadowitemi hodowlami wąglika, laseecznika okrężnicy i dwoinek Fränkla. Wreszcie badałem stan krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi. Ostatni szereg doświadczeń, wykonany na królikach z zakażeniem, i badania krwi w chorobach zakaźnych, przysporzyły mi również wyników, co do stanu zasadowości krwi w zakażeniach.

Już Virchow wykazał, że podczas trawienia liczba krwinek białych znacznie się podnosi. Następni badacze (Moleschott i Detoma, Marfels, De-Pury, Dupérié, Hirt, Sörensen, v. Jaksch, Gräber, Samuel, Sadler, Reinert, Tichonow [6]), Rencki [23]) i wielu innych), złożywszy dowody słuszności twierdzenia Virchowa, wykazali jednocześnie, że leukocytoza trawienna występuje tem wybitniej, im więcej pokarm zawiera ciał białkowatych. Limbeck [7]), Rieder [8]), Pohl [9]) (na psach), Burian i Schur [10]), Bugajewski [11]), Zang [12]) i inni otrzymywali jeszcze znaczniejszą hiperleukocytozę, jeśli doświadczenie było poprzedzane głodzeniem przez dłuższy przeciąg czasu.

W swoich doświadczeniach wywoływałem leukocytozę trawienną przez podanie zrana naczczo 800 ctm. sz. mleka i 2 jaj na miękko; przedtem badani nie przyjmowali pokarmu w ciągu 14 godzin, mianowicie od godz. 6 wiecz. do godziny 8 zrana. Przed spożyciem pokarmu oznaczałem zasadowość krwi i zawartość krwinek białych i czerwonych; oznaczenia te przerabiałem po spożyciu śniadania kilkakrotnie.

Przytoczę kilka doświadczeń.

Dośw. I. 20/IX 1901. A-wa, lat 20, zdrowa. Przed spożyciem pokarmu: hemoglobiny 80%, krwinek czerwon. 4.480.000, białych 7230 zasadowość 240 mlgr. NaOH

W $1\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerw. 4.502.000, białych 10483, więc zwiększenie o 45%, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $2\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 81, krwinek czerw. 4.495.000, białych 9750, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

Dośw. II. 25/IX 1901. B-w., lat 23, zdrowy. Przed spożyciem śniadania: hemoglobiny 84, krwinek czerwonych 5.085.000, białych, 8240, zasadowość 254 mlgr. NaOH.

W $1\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu śniadania:

Hemoglobiny 83, krwinek czerwonych 4.902.000, białych 1203 więc powiększenie o 46%, zasadowość 254 mlgr. NaOH.

W $2\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 83, krwinek czerw. 4.907.000, białych 12607, więc powiększenie o 53%, zasadowość 240 mlgr. 0 NaOH.

Dośw. III. 18/XII 1901. Ł-a, lat 27, zdrowa. Przed spożyciem pokarmu: hemoglobiny 80, kwinek czerwonych 4.576.000, białych 8156, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $1\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerwonych 4.616.400, białych 12805, więc zwiększenie o 57%, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $2\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerwonych 4.634.000, białych 10105, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

Wszystkie te i inne doświadczenia, które będą przytoczone przezemnie na innem miejscu, dowodzą, że zasadowość krwi pozostaje bez zmiany pomimo, że liczba krwinek białych po spożyciu obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych, podnosi się w $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ godziny o 45—57%.

Tego samego dowodzą i doświadczenia, dokonane przezemnie na psach. Przed doświadczeniem psy były głodzone w ciągu 48 godzin. Hiperleukocytozę trawienną wywoływałem karmieniem ich 750,0—800,0 surowego mięsa.

Przytoczę parę z szeregu doświadczeń.

Dośw. I. Pies ważący 10240 grm. 14/XII 1901. Przed spożyciem mięsa: krwinek czerwonych 6.915.700, białych 10100, zasadowość 280

W 2 godziny po spożyciu mięsa:

Krwinek czerwonych 6.875.000, białych 17321, więc zwiększenie o 71,1%, zasadowość 274.

Dośw. II. 17/XII. Pies ważący 9750 grm. Przed karmieniem krwinek czerwonych 6.745.000, białych 9750, zasadowość 280.

W 2 godziny po karmieniu:

Krwinek czerwonych 6.812.000, białych 16633, więc zwiększenie o 70,6%, zasadowość 280.

Przejdę teraz do doświadczeń ze sperminą. Sperminę wstrzykiwałem ludziom podskórnie, psom do żyły udowej w ilości 1,5 ctm. sz. Używałem przetworu wyrobu Pöhla.

Przytoczę kilka z szeregu doświadczeń.

Dośw. I. 8/III 1901. Pies ważący 8420 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 6.125.000, białych 10200. Zasadowość 280.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 6.128.000, białych 7450, więc, obniżyło się o 27%, zasadowość 304.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 6.075.000, białych 16780, więc zwiększyło się o 125% (w porównaniu z poprzednią liczbą), zasadowość 288.

W $4\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.895.000, białych 13200, zasadowość 281,6.

Dośw. II. 10/III 1901. Pies ważący 9100 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 5.120.000, białych 9120, zasadowość 267.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.175.000, białych 6500, więc obniżyło się o 28,6%, zasadowość 267.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.146.400, białych 12910, więc zwieksza się o 98,6% (w porównaniu z liczbą poprzednią), zasadowość 280.

Dośw. III. 21/III. Pies ważący 5245 grm. Przed wstrzykiwaniem: Krwinek czerwonych 5.126.000, białych 7200, zasadowość 267.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.202.000, białych 4875 (obniżenie o 32%), zasadowość 254.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 4.990.000, białych 11500 (zwiększenie o 136%. (w porównaniu z poprzednią liczbą).

W $4\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.102.000, białych 9800, zasadowość 254.

Dośw. IV. 27/III 1901. Pies ważący 6410 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 5.634.000, białych 8400, zasadowość 280.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.585.000, białych 6240 (obniżenie o 25,7%), zasadowość 293.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.596.000, białych 13400 (zwiększenie o 114,7%), zasadowość 270.

W $4\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.560.000, białych 10100, zasadowość 280.

Dośw. V. 20/X 1901. R-a, lat 22, zdrowa. Przed wstrzykiwaniem Hemogl. 80. krwinek czerwonych 4.485.000, białych 6810, zasadowość 240.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 80, krwinek czerwonych 4.416.000, białych 5924 (obniżenie o 13%), zasadowość 240.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 78, krwinek czerwonych 4.524.000, białych 9750 (zwiększenie o 64,6%), zasadowość 240.

Dośw. VI. 22/X 1901. K-cz, lat 30, zdrowy. Przed wstrzykiwaniem: hemogl. 94, krwinek czerwonych 4.915.000, białych 8125, zasadowość 240.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 92, krwinek czerwonych 4.876.000, białych 6663 (obniżenie o 18%), zasadowość 240.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 92, krwinek czerwonych 4.890.000, białych 11327 (zwiększenie o 70%), zasadowość 253.

Reszty dokonanych przezemnie doświadczeń nie będę przytaczać na tem miejscu, gdyż już z przytoczonych staje się oczywistem, że nawet znaczne wahania liczby krwinek białych (125—136%), wywołane wstrzykiwaniem sperminy, nie mają widocznego wpływu na stopień zasadowości krwi.

W doświadczeniach z pilokarpiną postępowałem w ten sposób: zbadawszy morfologiczny skład krwi i stopień jej zasadowości, wstrzykiwałem podskórnie 0,005 chlorku pilokarpiny, używając 1% rozczynu i następnie znów poddawałem krew badaniu.

Dośw. I. 22/I 1901. R-n, lat 28, zdrowy. O godz. 8 min. 5 zrana wstrzyknąłem 0,005 chlorku pilokarpiny; po 15′ obfity ślinotok i pocenie się na czole, po 30′ obfite pocenie się; pocenie się trwało godzinę.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.530.000, białych 5282. Zasadowość 240.

W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 5.662.500 (+ 25%*), białych 4080 (— 22,7%*). Zasadowość 293 (+ 22%).

W $1\frac{1}{2}$ godziny po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych 4.840.000 (+ 6,9%), białych 10500) (+ 98,8%). Zasadowość 240 (+ 0%).

Dośw. II. 10/III 1901. N-w., lat 26, zdrowy. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godz. 8 zrana; pocenie się trwało $1\frac{1}{2}$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.950.000, białych 8215. Zasadowość 240.

W $\frac{3}{4}$ godz. po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych, 6.245.000 (+ 26%), białych 7400 (— 9,9%), zasadowość 300 (+ 25%).

W 4 godz. po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych 4.870.000, białych 14600 (+ 77,7%), zasadowość 227.

Dośw. III. 1/II 1901. K w., lat 30. Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godz. 8 rano; po 15′ obfite wydzielanie się śliny, oraz potu na twarzy; po 30′ obfite pocenie się, które trwało 2 godziny.

*) + oznacza zwiększenie, — obniżenie; te oznaczenia obliczono względnie do pierwotnych liczb.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 3.643.000, białych 5.340. Zasadowość 200.

W $^3/_4$ godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 5.093.000 (+ 39,8), białych 4800 (— 10,1%). Zasadowość 287 (+ 43,5%).

W 4 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 3.620.000; białych 10120 (+ 127,7%). Zasadowość 194.

Dośw. IV. 2/X 1901. A-a, lat 32. Przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerek. Wstrzyknąłem pilokarpinę o godz. 8 rano; pocenie się trwało $2^1/_2$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 3.258.000, białych 4820, zasadowość 200.

W $^3/_4$ godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 4.848 000 (+ 48,8%), białych 3800 (— 21%), zasadowość 293 (+ 46,5%).

W 4 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 3.310.000 białych 11520 (+ 139%), zasadowość 213.

Dośw. V. 4/X 1901. J-a, lat 37. Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godzinie 8 rano; pocenie się trwało $1^1/_2$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.243.000, białych 6410, zasadowość 227.

W 1 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 6.339.000 (+ 49,4%), białych 5822 (— 9%), zasadowość 313 (+ 37,9%).

W 4 godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 4.312.000, białych 13125 (+ 105%), zasadowość 227.

Te doświadczenia pouczają, że w okresie znacznej hiperleukocytozy, wywołanej pilokarpiną, która dochodziła 139%, zasadowość krwi nie ulega żadnej zmianie; wyniki więc tych doświadczeń są zupełnie zgodne z poprzednio przytoczonemi doświadczeniami.

II.

Oprócz tych doświadczeń przeprowadzałem badania morfologicznego składu krwi i jej zasadowości na królikach, zakażonych jadowitemi hodowlami drobnoustrojów chorobotwórczych. Doświadczenia te miały na celu wykazać również stan zasadowości krwi w chorobach zakaźnych.

Sprawa ta była już poruszaną w piśmiennictwie, lecz tylko pobieżnie, jeśli brać pod uwagę tylko badania, przeprowadzone metodą Löwyego[13]). Autor ten znajdował podniesienie zasadowości krwi w posokowatem zapaleniu wsierdzia (1 przyp.), połogowem zakażeniu krwi (1 przypadek) i włóknikowem zapaleniu płuc (1 przypadek). Schultz-Schultzenstein, v. Limbeck i Steindler[14]), Karfunkel[15]), Strauss i Brandenburg[16]) stwierdzili u chorych gorączkujących, że zasadowość krwi była to podniesioną, to znowu obniżoną, to wreszcie prawidłową. Berend i Preisich znajdowali obniżenie jej u dzieci w błonicy, płonicy i odrze, a Löwy w 2 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. Fodor[17]), wywołując u królików śmiertelne zakażenie jadowitemi hodowlami laseczników durowego, wąglika i prątka cholerycznego, spostrzegał w niektórych zakażeniach (wąglik) w ciągu pierwszych 10 godzin wzmożenie zasadowości krwi o 21%; w dalszym ciągu zasadowość krwi zawsze obniżała się, przeciętnie o 26%; w razie zakażenia, nie kończącego się śmiercią, obniżenie zasadowości krwi było nieznaczne i krótkotrwałe. Wszyscy ci badacze nie zwracali jednak żadnej uwagi na morfologiczny skład krwi i na stan zasadowości jej w okresie zdrowienia chorego. Być może, że ta okoliczność tłómaczy niezgodność otrzymanych przez nich wyników.

W swoich doświadczeniach na królikach wywoływałem zakażenie przez wstrzyknięcie do żyły usznej jadowitej hodowli wąglika, laseczników okrężnicy i dwoinek Fränkla. Nad właściwościami tych hodowli zastanawiać się tu nie będę; uczynię to bowiem na innem miejscu. Na tem miejscu zaś przytoczę niektóre z doświadczeń.

Dośw. I. 27/III 1901. Królik ważący 1720 grm., samiec. O godzinie 4 po południu wprowadziłem do żyły usznej 2 ctm. sz. 48-godzinnej hodowli wąglika.

Przed zakażeniem:

Krwinek czerwonych 5.274.000, białych 7420, zasadowość 267, t. 38,6° C., waga 1720.

W $^1/_2$ godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 5.184.500, białych 3320 (— 44,7%*), zasadowość 254.

W 24 godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 4.902 000, białych 9140 (+ 175,3%*), zasadowość 214, t. 39°, waga 1678.

W 48 godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 4.754.000, białych 8240, zasadowość 200 (— 25%*), t. 38,0°, waga 1640.

W $^1/_2$ godziny po ostatniem badaniu (w $49^1/_2$ godz. po zakażeniu) nastąpiła śmierć.

Dośw. II. 5/IV 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli wąglika.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.725.000, białych 9125, zasadowość 254, t. 38,6°, waga 1640 grm.

W $^1/_2$ g. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.020.000, białych 4620 (— 49%), zasadowość 267.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.810.000, białych 12750 (+ 176%), zasadowość 240, t. 39°, waga 1525 grm.

W 40 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.695.000, białych 9240, zasadowość 187 (— 26,3%), t. 37,9°, waga 1510 grm.

W 2 godz. po badaniu (42 godz. po zakażeniu) śmierć.

Dośw. III. 9/IV 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 1 sz. ctm. 48 godz. hodowli wąglika.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 5.315.200, białych 8215, zasadowość 280, t. 384°, waga 1840 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.126.000, białych 5420 (— 34%), zasadowość 240.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.114.000, białych 11560 (+ 113%), zasadowość 267, t. 39°, waga 1820 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.989.000, białych 12420 (+ 129%), zasadowość 227, t. 39,2°, waga 1750 grm.

W 64 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.845.000, białych 7560, zasadowość 227, t. 38,7°, waga 1720 grm.

W 68 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.816.000, białych 6350, zasadowość 200 (— 28,6%).

W 2 godziny po badaniu (70 godz. po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. IV. 15/XII 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono 2 sz. ctm. 48 godzinej hodowli bulionowej dwoinek Fränkla.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.875.000 białych 8714, zasadość 254, t. 38,5°, waga 1850 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.795.000, białych 4215 (— 51,7%), zasadowość 280.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.762.000, białych 7120, zasadowość 240, t. 39,8°, waga 1812 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.718,000, białych 7645, zasadowość 160 (— 37,6%), t. 39,6°, waga 1745 grm.

W $^3/_4$ godz. po badaniu ($48^3/_4$ po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. V. 19/XII 1901. Królikowi o godz. $4^1/_2$ po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli dwoinek Fränkla.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 5.125.000, białych 7920, zasadowość 267, t. 38,6°, waga 2050 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.102.000, białych 3985 (— 49,7%), zasadowość 300.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.914.000, białych 5890, zasadowość 240, t. 40,2°, waga 1984 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.825.000, białych 6120, zasadowość 160 (— 40%), t. 39,5°, waga 1910 grm.

---

*) + oznacza zwiększenie, — obniżenie; obniżenie wszędzie obliczono względnie do pierwotnej liczby (przed zakażeniem), + zaś względnie do liczby okresu hipoleukocytozy.

W 2 godziny po badaniu (50 godz. po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. VI. 27/XII 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. hodowli bulionowej lasecznika okrężnicy.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.915.000, białych 6714, zasadowość 240, t. 38,4°, waga 1920 grm.

W 1 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.896.000, białych 3415 (— 49%), zasadowość 280.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.812.000, białych 5816, zasadowość 240, t. 39,8°, waga 1885 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.678.000, białych 5415, zasadowość 200, t. 39,6°, waga 1810 grm.

W 52 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.215.000, białych 6012, zasadowość 160 (— 33,3%).

W 1/2 godziny po badaniu (52 1/2 po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. VII. 7/I 1902. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli lasecznika okrężnicy.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.526.000, białych 7780, zasadowość 227, t. 38,7°, waga 1760 grm.

W 1 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.600.000, białych 3900 (— 49,8%), zasadowość 240.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.475.000, białych 5828, zasadowość 200, t. 40,3°, waga 1695 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.212.000, białych 4784, zasadowość 133 (— 41,4%), t. 39,2°, waga 1670.

W 3/4 godz. po badaniu (48 3/4 po zakażeniu) królik zginął.

Doświadczenia kontrolujące z wstrzykiwaniem do żyły usznej 2 sz. ctm. wyjałowionego bulionu nie dały żadnych wahań zasadowości krwi.

Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że wahania liczby krwinek białych, które w moich doświadczeniach wynosiły + 176% i — 51,7%, nie mają widocznego wpływu na stopień zasadowości krwi. Oprócz tego doświadczenia te wykazują, że wraz po zakażeniu zasadowość krwi nie ulega wybitnym zmianom i tylko w dalszym ciągu w razie zakażenia śmiertelnego zasadowość stale opada niżej i niżej; obniżenie wynosi przed samą śmiercią 25—41,4% pierwotnej liczby.

Badania stanu zasadowości krwi, dokonane przezemnie na chorych, dotkniętych chorobami zakaźnemi, jak to widać z tablicy, zamieszczonej w jednej z poprzednich moich prac w „Przeglądzie lekarskim" (1902, Nr. 2), również wskazują, że zasadowość krwi w chorobach zakaźnych o przebiegu, nie kończącym się śmiercią, pozostaje niezmienioną. Do tegoż wniosku w ostatniej swej pracy przyszedł i Riegler[18]).

Widzimy więc, że zasadowość krwi nie ulega zmianom ani w stanach hipo- i hiperleukocytozy, ani w zakażeniach. Poprzednie moje prace również wykazały, że zasadowość osocza krwi pozostaje w różnych sprawach chorobowych bez zmiany, znacznie obniżając się tylko w charłactwie rakowem, mocznicowem i ciężkich postaciach cukrzycy[19]). Na podstawie przytoczonych doświadczeń na królikach z zakażeniem, być może, należy przyjąć obniżenie zasadowości krwi i w ciężkich śmiertelnych zakażeniach u człowieka nienadługo przed zgonem. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia spostrzeżenie, przytoczone przezemnie w jednej z poprzednich prac, dotyczące chorej na włóknikowe zapalenie płuc z zejściem śmiertelnem („Przegląd lekarski", 1902, Nr. 2). Niezmienność stopnia zasadowości krwi przemawia niewątpliwie za ważnem biologicznem znaczeniem tego czynnika w ustroju (W. Orłowski[20]) i jakkolwiek poszukiwania, podjęte w celu wyświetlenia znaczenia zasadowości krwi, spełzły na niczem (Behring[21]), Fränkel[22]), Löwy i Richter[23]), Fodor, Neumann i inni), to jednak wobec doniosłości tej sprawy niepomyślne wyniki nie powinny zrażać do badań, owszem muszą być bodźcem do dalszych studyów w celu rozwiązania tego zadania.

Piśmiennictwo. 1) W. Orłowski: Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 18) i Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. (Przegląd lekarski, 1902, Nr. 1—3. 2) Löwy und Richter: Ueber Aenderungen der Blutalcalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leucocyten. (Deutsche med. Wochenschr., 1895, Nr. 33). 3 Caro: Ueber Leucocytose und Blutalcalescenz. (Zeits. f. klin. med. 1896, Bd. 30). 4) Strauss: Ueber das Verhalten der Blutalcalescenz des Menschen unter einigen physiol. u. path. Bedingungen. (Zeits f. klin. med. 1896, Bd. XXX). — 5) Löwy: Zur Methode der Bluttitration. (Centralbl. f. kl. med. 1892, Nr. 34) i Untersuchungen zur Alcalescenz des Blutes. (Pflüg. Arch. 1894, Bd. 58). 6) Tichonow: K woprosu o piszczewaritelnom lejkocytozie i jego kliniczeskom znaczenii. (1902 Petersb. Rozprawa na stopień doktora medycyny). 7) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes. (Jena 1896). 8) Rieder: Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose, 1892. 9) Pohl: Ueber Resorption und Assimilation der Nährstoffe. (Arch. f. exper. Phys. u. Pharm. Bd. XXV). 10) Burian und Schuz: Verdauungsleucocytose und Verdauung. (Wien. kl. Wochenschr. 1897, Nr. 6). 11) Bugajewski: K woprosu o piszczewaritjelnom lejkocytozie. (Rozprawa dokt. Dorpat. 1897). 12) Zang: O wlijanii razlicznaga roda piszczewych wjeszczestw na koliczestwienyja i morfołogiczeskija izmienienija biełych krowjanych szarykow. (Rozprawa dokt. Dorpat. 1897). 13) Löwy: Ueber die Alcalescenzverhältnisse des menschl. Blutes in Krankh. (C. f. d. med. Wissensch. 1894, Nr. 5). 14) v. Limbeck i Steindler: Ueber die Alcalescenzabnahmen des Blutes im Fieber. (Centralb. f. in med. 1895, Nr. 27). 15) Karfunkel: Zur Blutalcalescenzbestimmung am Krankenbett. (Münch. med. Woch. 1896, Nr. 22). 16) Brandenburg: Ueber die Alcalescenz des Blutes. (Zeitsch. f. kl. med. Woch. 1899, Bd. XXXVI). 17) Fodor: Ueber die Alcalinität des Blutes und Infection. (Centralbl. f. Bacter. Parasitenkunde und Infectionskr. Bd. XVII). 18) Rigler: Das Schwanken der Alcalinität des Gesamtblutes und des Blutserums bei verschiedenen gesunden und kranken Zuständen. (Centralb. f. Bact. Parasitenk. und Infectionskr. 1901, Nr. 22—25). 19) W. Orłowski: Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy. (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 29—30. 20) W. Orłowski: K biołogii krowi. (Wracz, 1901, Nr. 43). 21) Behring: Ueber die Ursache der Immunität von Ratten gegen Milzbrand. (C. f. kl. med. 1888, Nr. 38) i Beiträge zur Aetiologie des Milzbrandes. (Zeitsch. f. Hygiene, 1889, Bd. VI). 22) Fränkel: Die Einwirkung der Kohlensäure auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen. (Zeits. f. Hygiene, 1888, Bd. V). 23) Rencki: Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka. (Pamiętnik wydany na jubileusz prof. F. Korczyńskiego).

II. **Z oddziału prof. Roznera c. k. Szkoły położnych.**

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Niedrożność przewodu pokarmowego, jako powikłanie ciąży lub połogu, należy do wielkich rzadkości; w najobszerniejszych nawet podręcznikach znajdujemy tylko wzmiankę, że powikłanie takie istnieć może; brakuje atoli opisu objawów, jakoteż i sposobów leczenia. Z okazyi czterech spostrzeganych przez nas w ostatnich latach przypadków, staraliśmy się zebrać ogłoszone dotychczas przypadki, aby z tego materyału wysnuć wskazówki rozpoznawcze i oparłszy się na statystyce, wykazać najodpowiedniejszy sposób postępowania.

W dwóch przez nas spostrzeganych przypadkach przyczyną niedrożności było skręcenie pętli jelita, w dwóch zaś załamanie. Jedna z pacyentek, operowana na naszym oddziele, była chorą z oddziału Radcy Dra prof. Jordana, któremu za łaskawe pozwolenie ogłoszenia tego przypadku, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie, jak również i profesorowi Rosnerowi za pozwolenie zużytkowania materyału oddziału i jednego przypadku z praktyki prywatnej.

Przypadek pierwszy dotyczył wieloródki, przywiezionej do szpitala drugiego dnia połogu z powodu wymiotów, znacznego wzdęcia brzucha i zapadu Przy badaniu znaleziono wzdęcie jelit, macicę prawidłowo zwiniętą dwa palce poniżej pępka; oddechy prawidłowe, bolesność przy dotyku największa w okolicy pępka, ciepłota prawidłowa, tętno przyśpieszone. Po wysokich lewatywach odeszło trochę wiatrów i kawałków stolca, mimo to wzdęcie się utrzymywało. Następnego dnia wzdęcie się powiększyło, wystąpił widoczniejszy ruch robaczkowy jelit wymioty prawie ciągłe, brak jednak wymiocin kałowych.

Zaproszony na naradę prof. Kader rozpoznał niedrożność przewodu pokarmowego i postanowił zaraz przystąpić do laparotomii. Podczas operacyi stwierdzono zrost, odchodzący od tylnej ściany macicy do pętli jelita cienkiego, sprowadzający załamanie; jeden ze zrostów cienkich przedarł się w palcach, drugi podwiązano i przecięto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, w kilka godzin obfite dobrowolne wypróżnienie.

Po kilkunastu dniach wyleczona, opuściła szpital.

Pacyentka druga, *M. W.*, lat 24. Dnia 20 marca 1902 nastąpiło poronienie w trzecim miesiącu ciąży, przy którem miała być tak znaczna utrata krwi, że lekarz, będący przy łóżku roniącej kazał pacyentkę przewieźć do szpitala z powodu znacznego bardzo osłabienia, gdzie też przyjętą została na oddział chorób wewnętrznych. Przez pierwszych dziesięć dni przebieg był zupełnie prawidłowy, brak krwawień i podwyższenia ciepłoty; dopiero dnia 11-go pojawiła się biegunka, która stale utrzymywała się pomimo zastosowania odpowiedniego leczenia, przez dni 4, a więc do 4 kwietnia. W dniu tym pojawił się silny ból w podbrzuszu po stronie prawej, który napadowo coraz bardziej się wzmagał; po kilku godzinach mimo podawania narkotyków doszedł do takiej siły, że chora podczas napadu traciła przytomność. Dopatrując się związku między obecnem cierpieniem a poronieniem, przeniesiono chorą dnia następnego na oddział profesora Rosnera.

Badanie w chwili przyjęcia wykazywało: rysy twarzy zaostrzone, język suchy, wypieki na policzkach, oddech płytki, przypieszony, ciepłota 36·7, tętno miękkie, 120. Przy osłuchiwaniu w płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca nieco głuche. Sutki wiotkie, przy ucisku wydobywa się nieco mętnego kleju i krople siary. Brzuch lekko wzdęty, przy dotyku wszędzie bardzo bolesny, wypuk wszędzie bębenkowy. Brak wymiotów, czasami tylko odbijanie. Badanie części rodnych wykazywało zasinienie przedsionka, pochwa rozpulchniona, macica powiększona w osi miednicy, w sklepieniu lewem większa oporność, której z powodu znacznej bolesności bliżej określić nie można. Pomimo padania narkotyków ból dalej się utrzymywał. Wieczorem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38.3, tętno stało się ledwie wyczuwalne, 140, przyczem wzdęcie brzucha stale się powiększało, ruchy robaczkowe jelit stawały się coraz wyraźniejsze i ból najsilniejszy zaczął ograniczać się ściśle od strony lewej. Od dwóch dni brak wiatrów i stolca. wymioty jednak się nie pojawiły, utrzymywało się tylko odbijanie. Tego samego dnia wieczorem przystąpiono do operacyi, rozpoznając rozpoczynające się zapalenie otrzewnej skutkiem niedrożności przewodu pokarmowego, powstałej prawdopodobnie wskutek zrostów macicy z jelitami.

Wykonana laparotomia w uśpieniu chloroformowem w zupełności potwierdziła rozpoznanie nasze. Po otwarciu bowiem jamy otrzewnowej znaleźliśmy sieć przesuniętą ku stronie prawej, na niej leżącą rozdętą pętlę jelita cienkiego i rozdęte jelito grube. Przeglądając pętle jelit, znaleziono dwa, długie na 1 ctm. zrosty, odchodzące od rogu macicy do jelita esowatego i silnie je załamujące, co było powodem niedrożności; nadto dwa długie zrosty, łączące jelito cienkie z tylną ścianą macicy; zrosty te jednak nie sprowadzały całkowitego załamania. Macica powiększona, przydatki po stronie prawej prawidłowe, bez zrostów, po lewej otoczone zrostami. Otrzewna silnie nastrzykana, w zatoce Douglasa ciecz surowiczo ropiasta. Po przecięciu zrostów wprowadzono seton do zatoki Douglasa i zeszyto powłoki, wyprowadzając seton na zewnątrz. Bezpośrednio po operacyi wstrzyknięto pod skórę 0·05 kofeiny. Następnego dnia po lewatywie nastąpiło obfite wypróżnienie, mimo braku wzdęcia i bolesności brzucha wymioty po jedzeniu; odstawiono wszelkie pożywienie przez usta, a natomiast podawano na przemian kilka razy w ciągu dnia lewatywy odżywcze i wzmacniające z roztworu soli. Stan ten utrzymywał się przez 4 dni, w tym też czasie ciepłota dochodziła do 38.4, tętno jednak co dzień było wolniejsze. Piątego dnia ciepłota spadła do normy i już się więcej nie podniosła; od tej też chwili poprawił się i stan pacyentki, ustało osłabienie, nudności i wymioty tak, że mogła zacząć odżywiać się drogą naturalną. Siódmego dnia wydobyto seton, dwunastego szwy, a do dwudziestego piątego zagoiła się w całości i przetoka po setonie. Dnia 28-go po operacyi pacyentka opuściła szpital.

A. W. wieloródka, lat 38, ciąża piąta. Pierwszy poród bliźniaczy, potem poronienie, następne porody prawidłowe. Podczas każdej ciąży cierpiała w ostatnich trzech miesiącach silne zaparcie stolca W dziesiątym miesiącu księżycowym obecnej ciąży od dwóch tygodni było tak silne zaparcie stolca, że mimo zażywanych dużych ilości aloesu, senesu, olejku rącznikowego i innych środków przeczyszczających, wypróżnienie nie nastąpiło. Wezwany wreszcie lekarz znalazł tętno i ciepłotę prawidłową, powłoki brzuszne silnie napięte, brzuch wzdęty, nigdzie jednak nie bolesny, jak również brak nudności i wymiotów. Po zaordynowaniu kilku wysokich lewatyw nastąpiło obfite wypróżnienie. W trzy dni później wezwany ten sam lekarz znalazł typowe objawy niedrożności jelit, jak wzdęcie brzucha, ból przy dotyku po stronie lewej, wymioty, wzmożony ruch robaczkowy jelit i głośne przelewania. Każdemu wzmożonemu ruchowi jelit towarzyszył napadowy bardzo silny ból w brzuchu, zwłaszcza po stronie lewej. Mimo wysokich lewatyw i przepłukania żołądka, stan chorej się nie poprawił; z tych powodów tego samego dnia odesłał lekarz chorą do Krakowa do prof. Rosnera, który umieścił ją w Domu Zdrowia. Badanie potwierdziło w zupełności rozpoznanie lekarza domowego. Zaproszony do operacyi prof. Kryński rozpoznawał skręcenie jelita esowatego. Tej samej nocy wykonano laparotomię, przy której znaleziono jelito esowate dwa razy zakręcone. Po odprostowaniu pętli jelita, ponieważ miejsce zaciśnięcia nie uległo zgorzeli i kał wraz z gazami przy uciskaniu kiszki odszedł przez otwór stolcowy, aby uniknąć ponownego skręcenia, przymocowano jelito do ściany, poczem powłoki zeszyto w całości. Bezpośrednio po operacyi stan pacyentki był doskonały; w kilka godzin później rozpoczął się poród; przy każdym skurczu macicy tętno przyśpieszone i miękkie. W okresie drugim rodząca tak zesłabła, że nie może wykonać parcia, z tego powodu musiano kleszczami ukończyć poród, wydobywając płód żywy. Wkrótce potem wystąpił zapad, który mimo rozwiązania coraz bardziej się potęgował tak, że w kilka godzin po rozwiązaniu chora zmarła.

Następna pacyentka *M. K.*, lat 40, rodziła dziesięć razy, ostatni raz przed dwoma laty; wszystkie porody i połogi prawidłowe. Przed rokiem wystąpił nagle ból w brzuchu po stronie prawej, przyczem stolec i wiatry nie odchodziły, a nadto były nudności i wymioty; po okładach ciepłych i lewatywie odeszły wiatry i stolec, nudności jednak i wymioty nadal się utrzymywały, tylko nie były tak częste. Przypadłości te, trwające blizko dwa miesiące, ustąpiły dopiero zupełnie po przeprowadzeniu leczenia karlsbadzkiego.

W obecnej ciąży mniej więcej przed dwoma miesiącami pojawiły się znowu takie same bole po stronie lewej, z początku rzadkie, później coraz częstsze i silniejsze; w ostatnich dniach występowały już co kilka godzin. Od 24 godzin stały się bardzo gwałtowne, występowały napadowo co 2—3 minut; w tym czasie pojawiło się znaczne wzdęcie brzucha, nudności, wymioty i zatrzymanie stolca i wiatrów. Przywieziona w dniu 7/VI 1899 r. do oddziału z polecenia prof. Rosnera, przy badaniu okazywała: rysy zaostrzone, na policzkach wypieki, wargi spieczone, język suchy, obłożony, ciepłota 37.8, tętno 112. W płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca czyste, przepona wysoko ustawiona. Brzuch silnie wzdęty, obwód 117 ctm., do wyrostka 48, do pępka 26. wypuk prawie wszędzie bębenkowy, tylko w dole nad spojeniem stłumiony. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, największa bolesność z boku po stronie lewej. Macica pokryta jelitami, przesunięta na stronę prawą; skutkiem bolesności i rozdęcia jelit dna

dokładnie wybadać nie można, jak i położenia płodu. Tętno płodu wyraźnie słyszalne po stronie prawej poniżej pępka. Badanie wewnętrzne wykazuje początek pierwszego okresu porodowego, główkę we wchodzie, ciemię małe po stronie prawej. Podczas napadu bolu widać rysujące się pętle jelit, zwłaszcza w dołku podsercowym i z boku po stronie lewej; z chwilą największego nasilenia bolu pojawiają się skurcze macicy, pod koniec bolu występuje czkawka, a potem wymioty.

Ponieważ rozpoznano ostrą niedrożność przewodu pokarmowego, przystąpiono więc zaraz do operacyi, podczas której postanowiono od razu wykonać cięcie cesarskie, a to dlatego, że poród był już rozpoczęty i było pewnem, że poród po operacyi dalej będzie postępował; aby więc utrzymać jamę otrzewnową po laparotomii w spokoju, zdecydowano się na równoczesne wykonanie cięcia cesarskiego, wreszcie aby nie wykonywać cięcia na zmarłej, bo stan pacyentki był taki, iż można było przypuszczać, że umrze przed ukończeniem porodu. Cięcie więc skórne poprowadzono w linii środkowej 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, aż na 3 palce ponad spojenie łonowe. Po otwarciu jamy otrzewnowej wsunęła się zaraz do rany rozdęta silnie pętla jelita grubego. Po odsunięciu jelita w celu wydobycia macicy, znaleziono sieć przyrośniętą do lewego rogu macicy, koło sieci tej okręcone pętle jelita cienkiego. Podwiązano więc sieć katgutem i odcięto, poczem z łatwością udało się wytoczyć macicę przed ranę powłok. Przykryto następnie należycie jamę otrzewnową i przecięto macicę cięciem podłużnem; wydobyto płód żywy płci żeńskiej, wg. 2450 grm.; łożysko, znajdujące się na tylnej ścianie, oddzielono wraz z błonami, poczem zeszyto macicę katgutem, zakładając szew dwupiątrowy. Przeglądając jelita po zapuszczeniu macicy do brzucha, znaleziono skręt o 180% jelita esowatego, który był główną przyczyną niedrożności, gdyż pętla jelita powyżej była silnie bardzo rozdęta; jelito cienkie okręcone koło sieci było tylko nieznacznie rozdęte. Po odprostowaniu pętli jelit zeszyto powłoki w całości, zakładając dla skrócenia operacyi szwy głębokie węzełkowe przez wszystkie warstwy. Zaraz po operacyi wstrzyknięto strzykawkę olejku kamforowego i kofeiny 0,01, podczas zaś operacyi 2 gramy ergotyny. Tego samego dnia wieczór ciepłota 38·2, tętno 140; język suchy, brak wzdęcia i wymiotów, chora podmiotowo czuje się znacznie lepiej, niż przed operacyą, bo nie ma tych bolów napadowych, stale utrzymuje się tylko czkawka. Następnego dnia odeszły w dużej ilości wiatry, czkawka mniejsza, ciepłota 37.8, tętno 136; pod wieczór stan ten sam, tętno tylko coraz miększe mimo podawania środków nasercowych. W nocy drugiego dnia po operacyi zapad i zejście śmiertelne.

Omawiając ostrą niedrożność przewodu pokarmowego, pomijamy na razie niedrożność z powodu uwięznięcia przepuklin i wgłobienia, a pozostajemy tylko przy niedrożności, powstałej ze złego ułożenia jelit. Osobno omawiać musimy niedrożność powstałą w ciąży, a osobno powstałą w połogu, gdyż inne bywają jej przyczyny i odmienne objawy.

Niedrożność podczas porodu albo jest istniejącą już podczas ciąży, albo objawia się dopiero w pierwszych dniach połogu, chociaż powstanie jej może być w bezpośrednim związku z porodem. Dlatego niedrożności podczas porodu osobno opisywać nie będziemy, gdyż schodzi się ona z niedrożnością w ciąży albo w połogu.

Przez ostrą niedrożność przewodu pokarmowego rozumiemy całkowitą przeszkodę w krążeniu treści jelit, powstałą skutkiem złego ich ułożenia. Przeszkoda taka może powstać albo skutkiem uwięznięcia pętli jelita w jakimś otworze naturalnym lub patologicznym, albo skutkiem zasznurowania, zaciśnięcia pętli jelita przez powstałe zrosty, dalej przez skręcenie, zawęźlenie pojedynczych pętli, wreszcie przez załamanie.

Niedrożność przewodu pokarmowego skutkiem innych przeszkód, n. p. ucisku gazu na jelita, ropnia otorbiornego, tyłozgięcia macicy ciężarnej, ciąży zamacicznej, spraw zapalnych w jamie otrzewnowej, nie jest właściwą, istotną niedrożnością, tylko niedrożność jest tu objawem, skutkiem, innego cierpienia; dlatego przeszkody te będziemy osobno omawiać, uwzględniając liczne prace tego rodzaju niedrożności. W przypadkach przez nas opisywanych takiej niedrożności nie uwzględniamy, gdyż nie uważamy jej za istotną. W pracy niniejszej przedstawimy przypadki zebrane z piśmiennictwa w pojedynczych grupach; osobno uwięznięcia i zasznurowania, osobno skręcenia i zawęźlenia, osobno załamania; w innej grupie pomieścimy niedrożności z innych przyczyn, oddzielnie także omówimy uwięznięcia przepuklin i wgłobienia; w końcu jeszcze parę słów o przypadkach wątpliwych, w których nie robiono ani operacyi, ani sekcyi, jako też i o wyleczonych przez lewatywy i środki przeczyszczające.

Przystępując do grupy pierwszej: uwięznięcia i zasznurowania, wiemy, że jelita mogą uwięznąć w jamie otrzewnowej, w otworze Winslowia, dostając się do torebki sieciowej pod żołądek, (jak to opisał Blandin, w fossa duodeno-jejunalis, co Treitz opisuje jako przepuklinę zaotrzewnową), dalej w dole pod jelitem ślepem (opisane przez Klebsa), w zbliznowaceniu otrzewnej przy wejściu do zatoki Douglasa; prócz tych otworów niejako naturalnych w samym środku jamy otrzewnowej, a nie poza jej ścianami, mogą jeszcze sprowadzić uwięznięcie pętli jelita otwory anormalne, znajdujące się znowu w samej jamie otrzewnowej, jak n. p. otwór w krezce, w sieci, w więzadle szerokiem, w więzadle wieszadłowem wątroby, nadto podane przez Nothnagla szczeliny pękniętej macicy i pęcherza. Niektóre z tych otworów, istniejące już przed ciążą, są tak małe, że pętla jelita do nich wcisnąć się nie może, dopiero w miarę postępu ciąży, rozrostu macicy, rozciągają się tak, że mogą spowodować uwięznięcie; przykładem takich będą otwory w więzadle szerokiem. Zasznurowania powstają przez zrosty patologiczne, powstałe pomiędzy pojedyneczymi narządami jamy otrzewnowej; n p. wyrostka robaczkowego z jelitami, pojedynczych pętli jelit między sobą, jelita z otrzewną ścienną, z macicą i t. p. Przypadków, dających się zaliczyć do tej grupy, znaleźliśmy w piśmiennictwie 21, z tych 16 podczas ciąży, 5 w połogu.

W 21 zebranych przypadkach w przeważnej części przyczyną niedrożności były zrosty, zaciskające pojedyncze pętle jelita; zrosty te odchodziły od otrzewnej, dawnych blizn pooperacyjnych (n. p. Nr. 9, 10, 20), od wolnego worka przepuklinowego (Nr. 11, 14), w jednym przypadku od torbiela skórzastego. W czterech przypadkach przyczyną niedrożności było uwięznięcie pojedynczych pętli jelit w otworach, utworzonych przez zrosty otrzewnowe i przyrośniętą sieć (Nr. 1, 2, 3, 19). W przypadku Nr. 12 pętla jelita cienkiego uwięzła w otworze więzadła szerokiego, w jednym zaś przypadku (Nr. 13) była wada wrodzona w rozmieszczeniu trzew.

Grupa I. *Zadzierżgnięcia, uwięźnięcia i rozległe zrosty.*

Liczba	Wiek	Miesiąc ciąży	Autor	Objawy	Sposób leczenia	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyny niedrożności
1	39 wielor.	8	Gotsched. Inaug. Diss, 1869.	Zaparcie stolca i wiatrów, wzdęcie i wymioty. W trzecim dniu połogu dobrowolny stolec.	Lewatywy.	Śmierć 7 dnia choroby.	2-go dnia choroby poród dobrowolny, płód żywy.	Zrost sieci z macicą, nadto postronek od sieci do tylnej ściany macicy, w otworze miedzy zrostami uwięźnięcie pętli jelita.
2	20 wielor.	5	Tarnowsky. Wojenno-Medicinski Żurn,. 1877.	Od 2 tygodni zaparcie stolca i wiatrów, od 2 dni wymioty kałowe.	Poród sztuczny.	Śmierć 8 dnia choroby.	—	Uwięźnięcie pętli jelita między zrostami otrzewnowymi a siecią.
3	24	10	Craig. The obst. Journ. of Great Britain and Ireland, 1878.	Ból i wymioty, potem zapad.	Lewatywy	Śmierć 3 dnia choroby.	Przed śmiercią dobrowolny poród, dziecko nieżywe.	Uwięźnięcie pętli jelita między zrostami jelita cienkiego z grubem, rumieniem wstępującem.
4	43 wielor.	6	Rydygier. Arch. f klin. Chir., Bd. XXXVI.	Ból, wymioty kałowe, wzdęcie brzucha.	Laparotomia 5 dnia choroby.	Wyleczenie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zaciśnięcie jelita przez postrunek odchodzący od otrzewnej powłok do kręgosłupa.
5	38 wielor.	6	Zoege-Manteuffel. Arch. f. klin. Chir., 1887.	Objawy niedrożności od 6-ciu dni.	Laparotomia	Wyleczenie.	Poród przedwczesny w 5 dniu choroby.	Zaciśnięcia jelit przez zrosty otrzewnowe.
6	29	6	Bandera. Periodico de la Academia de Mexico, 1887.	W zdęciu, brak stolca, zapad. Wiatry odchodzą.	Lewatywy.	Śmierć 2 dnia choroby.	—	Zrosty między jelitem esowatem a ślepem.
7	27	4	Corner. Lancet, 1888.	Od 7 dni objawy niedrożności.	Lewatywy, pompowanie żołądka.	Śmierć 7 dnia choroby	—	Zrosty jelita cienkiego ze ślepem.
8	wielor.	5	Carthy. Lancet, 1888.	Zaparcie stolca na przemian z biegunką.	Narkotyki.	Śmierć 7 dnia choroby	—	Zaciśnięcie jelita ślepego zrostami.
9	35 wielor.	7	Tuja. Thése. Lyon, 1895.	Zaparcie stolca i wiatrów, wymioty kałowe.	Laparotomia 5-go dnia choroby.	Śmierć w 5 godzin po operacyi.	Dobrowolny poród w 3 dniu choroby.	Zrosty jelita cienkiego ze ślepem i z dawną blizną pooperacyjną.
10	23 wielor	10	Klauer. Charité Annalen, 1896.	Wymioty kałowe, nieznaczne wzdęcie, zapad.	2-go dnia choroby poród sztuczny. 4 dnia choroby laparotomia.	Śmierć w kilka godzin po operacyi.	Poród sztuczny, dziecko żywe.	Zrosty między otrzewną a jelitami i między samemi jelitami z dawną blizną po operacyjną.
11	31 wielor.	7	Noble. Annals of Gynec. and Pediatry, 1899.	Od 5 dni objawy niedrożności, wymioty kałowe, w okolicy kiszki ślepej opór bolesny.	Laparotomia w 6-tym dniu choroby.	Śmierć.	—	Jelito cienkie przyczepione do pustego worka przepukliny pachwinowej lewej; macica posunięta na prawo.
12	42 wielor.	7	Meyer. Monat. f. Geburt. u. Gynek., 1899.	Blizko od miesiąca zaparcie stolca, od kilku dni wymioty kałowe.	Laparotomia po kilku dniach.	Wyleczenie	Poród dobrowolny w 2 godziny po operacyi, płód żywy.	Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego w otworze więzadła szerokiego lewego.
13	29	10	Meyer. *Ibidem.*	Od 2 dni objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia w 4 dniu choroby.	Śmierć w 3 godziny po operacyi.	Poród dobrowolny drugiego dnia choroby, płód żywy.	Jelito grube przechodziło przez bramę w krezce, gdzie powstało zaciśnięcie; jelita cienkie leżały po nad jelitem grubem. Wrodzona wada rozmieszczenia trzew.
14	36	10	Tenderich. Deutsch. Zeit f. Chir., 1900.	Od 30 godzin objawy niedrożności.	Laparotomia w 2 dniu choroby, sztuczna przetoka kołowa.	Wyleczenie.	Poród dobrowolny w dzień po operacyi, płód żywy.	Zaciśnięcie pętli jelita postronkiem, przechodzącym od wolnej bramy przepukliny udowej do kłębka pokręconych pętli jelita cienkiego.
15	—	6	Boissard. Bull. de la Soc. d'abst. de Paris, 1902.	Od kilku dni objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia.	Śmierć.	—	Zrost otrzewnowy, zaciskający pętle jelita, powyżej ucisku otwór w jelicie.
16	—	4	Mouchet (de Sens). Bull. Soc. anat., 1901.	Objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia, wydobycie torbielaka i uwolnienie zrostów.	Wyleczenie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zrosty jelit z torbielakiem jajnikowym.
17	34 wielor.	połóg	Voron. Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1898.	W kilka dni po porodzie w II m. ciąży objawy niedrożności.	Laparotonia.	Wyleczenie.	—	Zrosty otrzewnowe zaciskały pętle jelit.
18	—	połóg	Smith. Brith. med. Journ. 1890.	W 9 dniu połogu objawy niedrożności.	Laparatomia w 2 dniu choroby.	Wyleczenie.	Płód żywy.	Zrosty jelit z otrzewną w okolicy wątroby.
19	—	połóg	Demelin. Obstétrique, 1897.	W pierwszych dniach połogu objawy niedrożności.	Laparotomia.	Śmierć.	Płód żywy.	Liczne zrosty między jelitem ślepem a ścianą miednicy. Pomiędzy zrostami uwięźnięta petla jelita cienkiego, schodząca aż do zatoki Douglasa. W miejscu ucisku przetoka kałowa.

Liczba	Wiek	Miesiąc ciąży	Autor	Objawy	Sposób leczenia	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyny niedrożności
20	wielor.	połóg	Champetier de Ribes. Soc. d'obst de gyn. et de pediatrie, 1901.	W pierwszych dniach połogu ból i wzdęcie brzucha, potem zaparcie stolca i wiatrów, w 4 dniu połogu wymioty.	Lewatywy i środki narkotyczne.	Śmierć.	Płód żywy.	Jelito grube zaciśnięte zrostem, odchodzącym od starej blizny powłok, nadto liczne zrosty od rogu macicy. W miejscu ucisku przetoka kałowa.
21	—	połóg	Pinard. Comptes-rendus de la Soc. d'obst. de gyn. et de pediatr., 1902.	Objawy niedrożności w pierwszych dniach połogu po cięciu łonowem wykonanem podczas porodu.	Laparotomia nie wykryła przyczyny niedrożności, tylko zapalenie otrzewnej.	Śmierć.	Płód żywy.	Sekcya wykazała, że niedrożność spowodowały liczne zrosty jelit ze ścianą miednicy.

Najwcześniej spostrzegano niedrożność w miesiącu czwartym, najpóźniej w ostatnich dniach ciąży; niedrożność w połogu trafiała się nie tylko bezpośrednio po porodzie, ale także i w dniach późniejszych, nawet w drugiem tygodniu połogu.

Na 16 przypadków niedrożności w ciąży poród w połowie przypadków nastąpił dobrowolnie, raz wywołany był sztucznie, w siedmiu — ciąża nie została przerwaną, z tych jednak tylko w dwóch przypadkach (Nr. 4 i 16) ciąża została donoszoną; reszta matek zmarła przed rozwiązaniem. Obliczając śmiertelność dzieci, jeżeli wliczymy w to i zmarłe kobiety nierozwiązane, to będziemy mieć na 16 przypadków siedmioro dzieci żywych, dziewięć nieżywych. Zestawiając śmiertelność matek osobno, oddzielić musimy przypadki operowane od nieoperowanych. Operowanych było 10, z tego umarło 5, wyzdrowiało 5; nieoperowanych było 6, te wszystkie umarły. Na 10 operowanych było dzieci żywych 6, a więc prawie tyle, co i matek, czyli, że przez operacyę można uratować życie matki i dziecka.

Jeżeli zestawimy wszystkie przypadki tej grupy, tak niedrożność w ciąży, jak i w połogu t. j. razem 21 przypadków, to obliczać możemy tylko odsetek śmiertelności matek, bo niedrożność połogowa nie wpływała na sam poród, a więc i życie dziecka. Razem operowanych przypadków będzie 14, z tego wyzdrowiało 7, zmarło 7, nie operowanych razem 7, wszystkie zakończone śmiercią; z tego wynika, że odsetek śmiertelności kobiet jest taki sam, bez względu na to, czy niedrożność przewodu pokarmowego powstała w ciąży, czy w połogu; odsetek śmiertelności jest zawsze 50 — w przypadkach operowanych, zaś 100 w przypadkach nieoperowanych. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Prof. A. Hirschler i Docent P. Terray. **O znaczeniu soli nieorganicznych w ustroju.** (*Pest. med. chir. Presse*, Nr. 46, 1902). Wiadomości nasze o przemianie soli nieorganicznych w ustroju są niedostateczne, w szczególności zaś nie uwzględniają dotychczasowych badań bezwzględnych ilości wydzielonych substancyj mineralnych. W pracy, przedłożonej węgierskiej Akademii Umiejętności, starali się autorowie zbadać: 1. wpływ różnorodnych pokarmów wśród warunków prawidłowych pod względem jakościowym i ilościowym; *a)* co do stosunków, przy których bywają wydzielane ciała, zawierające azot, oraz sole przy równowadze azotowej, kaloryi i przy pożywieniu mięszanem; *b)* tosamo przy żywieniu, składającem się przeważnie z białka, dalej — przeważnie z węglowodanów, wreszcie przeważnie z tłuszczu; 2. wpływ wzmożonego i zmniejszonego dowozu pokarmów na przeróbkę materyi tkanek, na powstawanie nowych i znikanie istniejących tkanek, na wzajemny stosunek wydzielania N i soli. Badano też, które pokarmy wywierają najlepszy wpływ na rozwój młodego ustroju i jaką w tym zakresie rolę ma fosfor i pokarmy, zawierające P; wreszcie, czy pod tym względem zachodzą różnice między P, związanym organicznie, i nieorganicznie; 3. jaki ma wpływ wprowadzona ze solami do ustroju energia na wchłanianie pokarmów organicznych; 4. przeróbkę materyi tkanek podczas głodzenia, jakoteż podczas poszczególnych chorób. Praca rozpada się na dwie części: fizyologiczną i patologiczną, t. j. badano wpływ soli nieorganicznych na fizyologię, względnie patologię przeróbki materyi. Z nieorganicznych soli mineralnych, ważnych dla ustroju zwierzęcego, badano przedewszystkiem przeróbkę P_2O_5, Ca i Mg. W części fizyologicznej badano wzrost młodego ustroju, a mianowicie, czy żywienie jajami wpływa na przeróbkę N i P, czy sprzyja osadzaniu się substancyi N i P, a jeżeli tak, czy ono wtedy korzystniej wpływa na wzrost ustroju, niż inne pokarmy. Drugiem pytaniem było, czy P, dostając się do ustroju w połączeniu jedynie organicznem, sprzyja tu szczególnie rosnącemu ustrojowi, osadzaniu N i P, lub czy ustrój może także wiązać nieorganiczne fosforany, a więc czy i te mogą korzystnie wpłynąć na wzrost ustroju? Badano dalej, czy w rosnącym ustroju istnieje jaki stały stosunek między wydzielaniem N i P; wiele zatrzymuje ustrój rosnący z wprowadzonego N, P i Ca?; jaka ilość N, P_2O_5 i Ca zostaje wydzieloną nerkami, a jaka stolcem? Ponieważ doświadczenia na oseskach nie dały się przeprowadzić, robiono je na dwóch pieskach $2^1/_2$ miesięcznych, z których jeden służył do kontroli, a drugi do właściwych doświadczeń. Wyniki: 1. Oba zwierzęta zatrzymały we wszystkich okresach doświadczenia N; pies, żywiony jajami nieco mniej. Podczas gdy u zwierzęcia użytego do kontroli w II. i III. okresie doświadczenia zmniejszało się zatrzymanie N, to pies karmiony jajami zatrzymywał w rozstrzygającym okresie więcej N, niż w okresie przygotowawczym i III. 2. Oba zwierzęta zatrzymywały we wszystkich okresach P_2O_5 i CaO. Ilość wprowadzonego P_2O_5 została dobrze wyzyskaną. Stosunek P_2O_5 do N był stały. Z wydzieliny ilości P_2O_5 przypada większa część na wydzielanie nerkami, mniejsza na wydzielanie kalem. 3. Całą wprowadzoną ilość Ca oba zwierzęta bardzo źle wyzyskały. 4. Spostrzegano podczas całego trwania doświadczenia zatrzymywanie N, P_2O_5 i Ca wskazuje, iż ustrój zwierząt, szczególnie w początku doświadczenia, usilnie starał się zatrzymać to ciała dla wytworzenia tkanek i że ta energia wzrostu zmniejszała się z postępem doświadczenia. Czy ustrój może wyzyskać nieorganiczne sole wapniowe i fosforowe, zależy przedewszystkiem od rozpuszczalności tych soli, a na to dotychczas nie zwracano uwagi w praktyce dziecięcej, albowiem w schorzeniach kości polecają lekarze fosforan wapniowy dwuzasadowy, podczas gdy tylko od rozpuszczalnego kwaśnego, lub pierwotnego fosforanu, lub cytrynianu wapniowego można się spodziewać dodatniego wyniku. W części patologicznej przytaczają autorowie swe doświadczenia w przypadku *endoarteriitis chronica deformans.* Oddawna przypisuje się wapniowi w tej chorobie pewne znaczenie, ponieważ w późniejszym jej okresie osadzają się złogi wapniowe na ścianie tętnicy; bliższych szczegółów jednak nie znamy dotychczas. Doświadczenie nad przeróbką materyi u chorego podzielono na trzy okresy trzydniowe: w I. dostawał chory dyetę mięszaną; w II. codziennie 3 litry mleka, trzy jaja i trzy bułki; w III. oprócz tego jeszcze 3 grm. mączki kościanej. Wyniki były następujące: podczas dyety mlecznej zatrzymał chory wielką ilość wapna w ustroju, mimoto zawartość Ca we krwi nie była większą, niż w dyecie mięszanej i dlatego autorowie nie wykluczają w zupełności mleka z dyety chorych na stwardnienie tętnic; należy tylko badać przeróbkę Ca podczas dłużej trwającej dyety mlecznej, jakoteż zawartość Ca we krwi. W III. okresie, w którym podawano także mączkę kościaną, zatrzymywał chory także P_2O_5, MgO, a głównie CaO, z czego wynika, iż ustrój ludzki może zużytkować także nieorganiczne sole fosforowe, jeżeli je podajemy w postaci łatwo rozpuszczalnej, a więc przystępnej wessaniu. *Baschkopf.*

A. v. Magnus. **Przyczynek do postępowania przy miednicach wązkich.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 17, zeszyt 2 i 3, 1903). Uwagi swoje poczynił autor na bardzo obszernym materyale kliniki królewieckiej między rokiem 1883, a 1900. Jaką miednicę wązką uważa tę, której wymiar prosty prawdziwy (*conj. vera*) wynosi niżej 9·75 ctm. Ze względu na formę rozróżniał tylko miednice płaskie i ogólnie jednostajnie ścieśnione. Wszystkich przypadków tu należących było 874; z tego przypada 806 na miednice płaskie, a 68 na ogólnie ścieśnione. Z tych 874 porodów przebiegło przy miednicach ciasnych dobrowolnie 702 = 80·33%. Na podstawie różnych zestawień dochodzi autor do następujących wyników: Miednice z *c. v.* od 9·75—9·6 nie różnią się od prawidłowych ze względu na dobrowolny przebieg porodu. W miarę wzrastania ścieśnienia zmniejszają się widoki dla porodu samoistnego z każdym ½ ctm. o 8—12%. Przy miednicach z *c. v.* 8·4—8 ctm. przebiegają porody dobrowolnie w ⅓ wszystkich przypadków, wreszcie przy miednicach z *c. v.* poniżej 7 ctm. nie można liczyć na poród dobrowolny. Miednice ogólnie jednostajnie ścieśnione dają zawsze lepsze rokowanie, aniżeli płaskie. Z każdym następnym porodem wzrasta potrzeba operacyjnego ukończenia porodu. Trwanie porodu dobrowolnego wynosi przeciętnie 21 godzin, 25'; śmiertelność płodów = 6·9%, — matek 0·3%. Ze względu na to, że porody przy miednicach ciasnych u pierwiastek kończą się w 93·3% dobrowolnie, należy u nich zawsze postępować wyczekująco. W przypadkach zaś, gdzie zachodzi wskazanie do ukończenia porodu ze względu na matkę lub płód, należy przy główce ustalonej we wchodzie miednicy założyć wysokie kleszcze; jeżeli jednak po 10—12 pociągnięciach nie dochodzi się do celu, trzeba wykonać wymóżdżenie. Tylko tam, gdzie matka za każdą cenę życzy sobie mieć żywe dziecko, można wykonać cięcie łonowe. Cięcie cesarskie u pierwiastek ogranicza się tylko do wskazania bezwzględnego. Jeżeli główka jest ruchoma nad wchodem — należy przy wskazaniu ze strony płodu i odpowiednich warunkach (rozwarcie ujścia macicy, stojący lub niedawno pęknięty pęcherz płodowy) wykonać obrót i wyciągnięcie płodu, przy wskazaniach zaś ze strony matki tylko wymóżdżenie. Obrotu „profilaktycznego“ u pierwiastek nie wykonuje się, gdyż daje on złe wyniki dla matek i płodów. U wieloródek z *c. v.* 9·75—8 ctm., należy również czekać na poród dobrowolny, który występuje w ¾ wszystkich przypadków. Jeżeli jednak główka nie okazuje skłonności do przejścia przez ścieśniony wchód, należy przy zupełnem rozwarciu ujścia macicy wykonać t. zw. obrót „profilaktyczny“. Czas, przez który można czekać, zależy od bolów, napięcia dolnego odcinka macicy i od wysokości pierścienia skurczowego; wogóle jednak nie należy czekać dłużej nad 10 godzin po pęknięciu pęcherza płodowego. Przy główce ustalonej, a nie postępującym porodzie, można próbować ukończyć poród kleszczami; nie wolno jednak forsować, a w razie nieudanej próby należy wykonać wymóżdżenie. Przy miednicach z *c. v.* 7·9—7 ctm. najkorzystniej jest wzniecić poród przedwczesny w 35—27 tygodniu ciąży; z końcem ciąży pozostaje wymóżdżenie, lub jeżeli matka sobie życzy mieć żywe dziecko, wykonać cięcie łonowe lub cesarskie.

Dr. E. Ehrenpreis.

Oberwarth (Berlin). **Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 17, 18). Autor opisuje rzadki przypadek pierwotnego zgorzelinowego zapalenia gardła u 12-letniego chłopca. Początkowo szaro-białe, następnie czerniejące pokłady, pod którymi wytworzyły się głębokie owrzodzenia; cuchnienie rozpadowe z ust, odpadające strzępy, szerzenie się sprawy na części sąsiednie i przerzuty zgorzelinowe w przedniej części jamy ustnej: oto obraz tej ciężkiej choroby, której towarzyszyły: wysoka gorączka, ogólne osłabienie i objawy ogólnej posocznicy, której chory wreszcie uległ. W preparatach drobnowidowych wykazano paciorkowce. Sprawa przebiegała z przerwami, występując w nasileniach, umiejscowiających się przeważnie raz na lewym, raz na prawym migdałku i okolicy, to znowu na wardze dolnej i policzku. Pod koniec wystąpiły liczne wybroczyny, petocie, a przed śmiercią wynaczynienia w siatkówce. Przy odchrząkiwaniu wydobywała się znaczna ilość skrzepłej krwi z ust; przy sekcyi znaleziono liczne wybroczyny w śródsierdziu, osierdziu, miedniczkach nerkowych i na błonie śluzowej żołądka. Stwierdzono głośny szmer skurczowy po stronie lewej mostka, a sekcya wykazała zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, przerost prawej komory serca przy nienaruszonych zastawkach sercowych. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają za tem, że sprawa ta jest chorobą zakaźną, której zarazki z upodobaniem osiedlają się w gardle, gdzie wywołują objawy miejscowe, wytwarzają jady, które dostawszy się do krwiobiegu, wywołują zmiany w sercu i sprowadzają ogólną posocznicę. *Spira.*

Dr. M. Koenigstein. **O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, uszu, gardła i krtani.** (*Gazeta Lek.* 1903, 16, 17). Autor stosował adrenalinę (wyrób fabryki Parke, Davis et Co.) w ciągu czterech miesięcy u 62 chorych; do tej liczby zalicza 23 operacyj. Na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia wysnuwa on następujące wnioski: 1) adrenalina w roztworze 0,01%—0,1% wywołuje skurcz naczyń włosowatych błony śluzowej; 2) wzmacnia działanie znieczulające kokainy; 3) stosowana przed rękoczynem; nie zapobiega możliwości krwotoku wtórnego, przeto po zabiegu należy ranę w nosie wytamponować; 4) adrenalina oddaje wielkie usługi przy rozpoznawaniu cierpień nosa, a w szczególności jego jam bocznych; 5) w krtani i połyku adrenalina działa daleko słabiej, niż w nosie; 6) można jej z pożytkiem używać w niektórych cierpieniach ucha środkowego; 7) nieostrożnie zastosowana, może w pewnych warunkach wywołać sprawy zgorzelinowe. Działania ubocznego adrenaliny autor nigdy nie spostrzegał, co skłania go do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia z odtrutką na kokainę, którą zatem należy stosować zwłaszcza u osobników, nie znoszących kokainy. W każdym razie lecznictwo w zakresie chorób nosa i uszu zyskało w adrenalinie środek pożyteczny, który powinien zająć drugie miejsce po kokainie i nie popaść rychło w zapomnienie. Szereg przytoczonych pouczających przypadków ilustruje powyższe uwagi. *Spira.*

Schütze. **Przypadek tężca głowy z rzadką etyologią.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). Kobietę ukąsił paw w czoło. Ósmego dnia dopiero zwróciła się chora do lekarza z powodu skurczowego napięcia mięśni szczęki i utrudnionego otwierania ust, a ten zapisał jej maść i elektryzował twarz. Po trzech tygodniach od czasu ukąszenia dostała się dopiero chora do oddziału chorób zakaźnych z rozpoznaniem tężca. Twarz zaczerwieniona, śmiech skurczowy, po stronie lewej wyraźne porażenie nerwu twarzowego, szczękościsk, zęby zaciśnięte tak, że tylko na kilka milimetrów można je od siebie oddalić, znaczna trudność w połykaniu z powodu skurczu mięśni połykowych; skurcz mięśni karku, tężec tylny, oto co wykazało badanie po przyjęciu. Zaraz też po przyjęciu i dnia następnego wstrzyknięto chorej razem 250 jednostek surowicy przeciwtężcowej Behringa. Rana na czole nieczysta, o brzegach nacieczonych; z rany tej wydobyto cząstkę złamanego dzióba pawia, ważącą ¼ grm., o długości 7·5 mm.; ranę tę w znieczuleniu Schleicha wypalono. Aby uzupełnić rozpoznanie tężca, zaszyto ów koniec dzióba białej myszy pod skórą, a ta po dwu dniach potem zdechła wśród wybitnych objawów tężca. Z tym końcem dzióba zrobiono kilka takich prób i zawsze z wynikiem dodatnim. Hodowla z tego odłamka dała również przy badaniu mikroskopowem stwierdzone prątki tężca. Dziesiątego dnia po wstrzyknięciu surowicy mogła już chora otwierać usta na 2 ctm.; napięcia mięśni poczęły zwalniać, rana na czole goiła się tak, że w trzy tygodnie od chwili przyjęcia chora uzdrowiona opuściła szpital. Przypadek ten jest zajmujący z powodu rzadkiego sposobu powstania, a także i dlatego, że odłamana część dzióba zawierała w sobie stwierdzone doświadczeniem na zwierzętach i w hodowlach zarodki prątków tężcowych.

B. Żmigrod.

Dr. G. Paul. **Ocena wyników rewakcynacyi.** (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 6, 1903). Dotychczasowe przepisy austryackie, dotyczące szczepienia, nie dają żadnej dyrektywy do oceny i klasyfikacyi wyników rewakcynacyi. Przy pierwszem szczepieniu wystarczy ze stanowiska praktycznego i naukowego podział na szczepienie udałe i szczepienie bezskuteczne. Wyniki rewakcynacyi należy podzielić na cztery grupy, w których ma się stwierdzić: 1. Brak odczynu, nie uwzględniając następstw nieznacznego zdarcia przyskórka. 2. Wytworzenie się silnie swędzącego guzka, posiadającego na szczycie pęcherzyk bez obwódki zapalnej, a zarazem bez zajęcia gruczołów chłonnych i bez ogólnego odczynu w ustroju. 3. Powstanie wyraźnych, lecz zmienionych w swem typowem wejrzeniu pęcherzy z miejscowym odczynem, a więc i współudziałem gruczołów chłonnych i całego ustroju. Czas trwania tych pęcherzy jest znacznie krótszy. 4. Wytworzenie się typowe pęcherzy, jak przy szczepieniu pierwszem. Stopnie rozwoju pryszczów powtórnego szczepienia są wyrazem bezpośrednim rozmaitych stopni istniejącej, osłabionej, lub też zupełnie wygasłej odporności i dlatego do oceniania rewakcynacyi nie wystarcza podział na wyniki udałe lub bezskuteczne, jako nie odpowiadający praktycznym i naukowym wymaganiom. Rewakcynacya ma stanowić dowód, czy uodpornienie ustroju jeszcze istnieje, czy też jest osłabione, lub nawet znikło zupełnie, a względnie czy do ustroju na nowo wprowadzić świeże uodpornienie, a więc odpowiednio do posiadania tego uodpornienia będą wyniki rewakcynacyi wedle wyżej wspomnianych czterech grup rozmaite. Dr. Paul, dyrektor rządowego zakładu krowiankowego w Wiedniu, przedkłada odpowiednie tabele, które lekarze powiatowi mieliby wypełniać; tabele te mogą być dowodem jakości szczepionki, a zarazem świadczyć, czy do wykonania rewakcynacyi po-

trzebna jest limfa silniejsza, czy też łagodna, jak przy szczepieniach, poraz pierwszy; również może nam oznaczyć, jak długo trwa uodpornienie ustroju, uzyskane przez pierwsze szczepienie; w dotychczasowych wykazach rewakcynacyjnych z wynikiem dodatnim i ujemnym należy zaliczyć do dodatnich te, w których guzki wystąpią w miejscach szczepienia. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Fournier. **Kiła, a samobójstwo.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 20). Autor rozważa przypadki, w których kiła stała się pośrednio lub bezpośrednio przyczyną samobójstwa i dzieli je na kilka grup. Pierwszą stanowią przypadki zmian kiłowych układu nerwowego ośrodkowego, powodujące zaburzenia umysłowe, które z kolei mogą prowadzić do samobojstwa. Druga grupa obejmuje przypadki samobójstwa, spowodowane wystąpieniem objawów kiłowych ciężkich, lub uważanych przez chorego za takie; w tych okolicznościach autor spotkał się z samobójstwem 8 razy. W trzeciej kategoryi przyczyną targnięcia się na życie własne było wyjawienie choremu bez ogródek istoty choroby, jaką jest dotknięty. Wielu chorych na samą myśl, że są dotknięci tą osławioną chorobą, opanowuje paniczny strach, prowadzący do samobójstwa. Ztąd wskazówka dla lekarza, aby zawsze postępował z rozwagą i ostrożnością i nigdy odrazu, bez przygotowania, nie wyjawiał całej prawdy. Ostatnią wreszcie grupę przypadków stanowią te, w których kiła została nabytą na krótki czas przed lub po zawarciu małżeństwa, zwłaszcza przy przesadnych pojęciach o strasznych skutkach tej choroby. I tutaj powinien lekarz kierować się jaknajwiększą ostrożnością, zwłaszcza jeżeli ma do czynienia z osobnikiem wrażliwym i skłonnym do egzaltacyi. Wogóle autor stwierdził, że kiła stanowi częstszą przyczynę samobójstwa u mężczyzn, niż u kobiet.

Dr. T. Żeleński.

Prof. Z. Purjesz (Koloszwar). **Badania nad przenoszeniem się zimnicy przez widlisze** (»*anopheles claviger*«). (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 48, 1902). Komary umieszczano w zaciemnionej klatce, do której wsuwali ramię chorzy na zimnicę tak, iż komary mogły się do woli nassać krwią, poczem wkładały tam ręce osoby zdrowe, w celu wystawienia ich na ukłócie i zakażenie zimnicą. We wszystkich sześciu przypadkach wystąpiła zimnica u osobników, dotychczas zdrowych. Jednorazowe ukłócie wystarczało do wywołania zimnicy. Czas wylęgania: 7 do 11-tu dni. W żadnym przypadku choroba nie rozpoczynała się natychmiast znaczną gorączką i wyraźnemi dreszczami, objawy wzmagają się raczej stopniowo, co poucza, że sporozoity wtargnąwszy do ustroju, muszą się dopiero rozmnożyć, aby choroba stała się cięższą. Trwanie wylęgania nie zależy od liczby ukłóć owadu, raczej od indywidualności zakażonych. Podczas wylęgania nie było żadnych objawów podmiotowych. Obrzęk śledziony stwierdzano niekiedy przed podwyższeniem się ciepłoty, niekiedy dopiero długi czas po pierwszem podniesieniu się ciepłoty. Kliniczny charakter zimnicy był u zakażonych zupełnie tensam, jak u chorych, z których zakażone komary wyssały krew. Zakażonych zimnicą trudno było długo spostrzegać bez leczenia, skutkiem czego nie można było rozstrzygnąć pytania, czy typ gorączki i ciężkość zakażenia zależy od liczby zakażonych komarów, czy też od rodzaju pasorzytów, które komarom udzieliły zakażenia. P. rozporządzał komarami, posiadającymi tylko postacie półksiężycowate pasorzyta zimnicy; miał jednak wrażenie, iż u tych dwóch osobników, u których zaszczepienie nastąpiło kilkakrotnie i zapomocą większej liczby komarów, przebieg gorączki i inne objawy były cięższymi. U wszystkich badanych znaleziono tylko postacie półksiężycowate; stwierdzono podczas 1—2-go podniesienia się ciepłoty tylko leukocytozę, co Schwalbe fałszywie tłómaczy, jakoby pasorzyty były następstwem, a nie przyczyną zimnicy; wytłómaczenia należy szukać w niestosunku między ogólną liczbą pasorzytów i czerwonych ciałek krwi podczas pierwszych podniesień gorączki, z powodu którego nie można było znaleźć pasorzytów Może być, iż przyczyną niemożności wykazania pasorzytów jest to, iż ta postać pasorzyta chętnie usuwa się do wewnętrznych narządów, a później dopiero dostaje się do krwi obwodowej. Zapomocą chininy, podawanej w okresie wylęgania, nie można było zapobiedz wybuchowi zimnicy.

Baschkopf.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lecytyna. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W ostatnich latach środek ten był przedmiotem licznych badań fizyologicznych i klinicznych. Stwierdzono, że pod wpływem lecytyny zwiększa się liczba ciałek białych i czerwonych; wstrzyknięcie lecytyny do otrzewnej wywołuje miejscową leukocytozę. Lecytyna ma również zwiększać odporność tkanek, a działając bardzo korzystnie na sprawy chemiczne i przemianę materyi, sprowadza przybytek na wadze ciała. Stąd, jak to również potwierdziły liczne spostrzeżenia kliniczne, lek ten jest bardzo wskazanym w rozmaitych schorzeniach wieku starczego, dalej u ozdrowieńców i w zaburzeniach przemiany materyi. Carrière stosował lecytynę w krzywicy (w postaci tranu lecytynowego) i osiągnął w przeciągu kilku miesięcy bardzo dobre wyniki. Stosowanie lecytyny posiada wszystkie zalety leczenia fosforem, nie przedstawiając przytem niebezpieczeństw, od których fosfor nie jest zupełnie wolny. W rozpaczliwych przypadkach upadku odżywienia u dzieci lecytyna miała dać również dobre wyniki. Stosować ją należy w takim razie w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych w ilości 1 ctm. sz. co drugi dzień. Wielu autorów stwierdziło w pierwszym i drugim okresie gruźlicy wyniki wprost znakomite. Waga ciała szybko się podnosi (0·4—1·0 klgr. tygodniowo), ciepłota opada, ustają wyczerpujące poty nocne, wracają siły i spokojny sen. Nieraz już po 24—30 śródmięśniowych wstrzykiwaniach lecytyny prątki gruźlicze znikają zupełnie. Obniżona kwasota moczu wraca do normy, a nawet nieraz staje się wyższą od prawidłowej. Claude stwierdził pomyślne działanie lecytyny na zwierzętach zapomocą bardzo ścisłych doświadczeń. Bernheim i Rollet łączą lecytynę z gwajakolem do wstrzykiwań w przypadkach gruźlicy. Do podskórnych wstrzykiwań najlepiej nadaje się roztwór lecytyny w oliwie:

Rp. Lecitini, guajacoli puri aa. 1·00, olei olivarum spiritu vini lavati et sterilisati 10·00. S. 1—2 ctm. sz. *co drugi dzień wstrzyknąć* (gruźlica).

Rp. Tablettas Lecitini quarum una contineat 0.025 Lecitini No L.
Ds. Dziennie 5—8 sztuk przed jedzeniem zażyć.
(Neurasthenia, Senilitas praecox, etc.).

Rp. Lecitini 2·00, olei jecoris aselli 500·00.
S. 2—4 łyżek dziennie przy jedzeniu.

Cena tego środka w ostatnim czasie stała się znacznie przystępniejszą. Wynosi około dwóch koron za 1 grm. *Dr. T. Ż.*

Laktoza. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W połączeniu z magnezyą stanowi cukier mleczny znakomity środek przeczyszczający i moczopędny. Dodatek cukru mlecznego zwiększa rozpuszczalność magnezyi w wodzie, pokrywa jej smak niemiły i podnosi działanie czyszczące. Podawać najlepiej według formuły:

Rp. Sacchari lactis 40·00
Magnesiae ustae ponderosae 60·00
MDS. łyżeczkę — łyżkę dziennie w ½ szklance wody zażyć.

Dr. T. Ż.

V. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Nowo powstałe ciało, w którego skład wchodzili: dyrektor, profesorowie, aptekarz, uczniowie rozmaitego rodzaju itd., a które z jednej strony podlegało uniwersytetowi wileńskiemu, a z drugiej czuwało nad innymi szkołami gubernii wołyńskiej, wymagało w celu należytej działalności instrukcyi, normującej dokładnie stosunki i zakres działania każdego czynnika. Z natury rzeczy wynika, że myśli, zrodzonej w głowie Czackiego, nie mógł nikt inny tak unormować, jak jej własny rodzic. Instrukcya, podyktowana jego własnem uczuciem, sercem i umysłem, musiała najbardziej odpowiadać wielkiemu zadaniu, jakie gimnazyum miało spełnić. W tem przeświadczeniu nie ograniczył się Czacki jedynie do spisania suchych przepisów, dążących jedynie do ustalenia pewnego porządku, lecz nadał jej jak najobszerszejsze granice, a szkole samej i osobom, w skład jej wchodzącym, dosyć wybitne znaczenie społeczne. Z tego punktu widzenia należy przyjąć instrukcyę Czackiego. Jaką zaś była jej część, odnosząca się do szkoły lekarskiej, aptekarskiej, położnych i konowałów, o tem dadzą nam najlepsze wyobrażenie niżej przytoczone najważniejsze jej przepisy.

Piąte ustanowienie.

Szkoła Cerulików, bab położnych i konowałów.

Rozdział pierwszy.

O warunkach przyjęcia ucznia . . . .

. . . .

Rozdział drugi.

O Naukach iakie im dawane będą.

§ 1. Uczyć się maią nauk w czterech klasach dawanych.

§ 2. Część lekarska wydziału drugiego ustanowi iak ci uczniowie mogą wprawiać się do swego powołania.

§ 3. W kursach uczyć się maią *a*) Jeometrii teorycznej,
b) Logiki,
c) Fizyki,
d) Chemii,
e) Historyi naturalney prócz Mineralogii.

§ 4. Te wymienione nauki są zasadą, i są pomocnemi, lecz powołaniu ich są właściwe
a) Anatomia ludzka,
b) Anatomia zwierząt i porównalna,
c) Phiziologia, } cerulicze, i porównalne co do zioł, bydląt
d) Pathologia, } i ludzi,
e) Cerulictwo sądowe i policiia cerulicza,
f) Nauka położnicza,
g) Konowalstwo w całey rozciągłości,
h) Tę część Chimicznéj Technologii, która o Aptekarskiey nauce dla bydląt rzecz czyni,
i) Historya tych wymienionych nauk.

§ 5. Doskonalić się w iednym z tych ięzyków, Łacinskim, Francuskim, lub Niemieckim, aby mógł z łatwością mówić, i pisać.

. . . .

Rodział trzeci.

O szpitalu.

§ 1. Szpital będzie pod dozorem Panien miłosiernych.

. . . .

§ 5. Wadawać się iednak (Panny miłosierne) nie mogą do leczenia.

§ 6. W tym szpitalu osobny będzie i nieco oddalony będzie oddział dla chorób gorączkuiących.

§ 7. Równie będzie oddzielny dom dla wenerycznych chorób.

§ 8. Dom szalonych będzie osobny.

§ 9. Szpital wsiami sam administrować nie może lecz
a) ogrody wielkie mieć powinien,
b) Professorowie niezważaiąc na iakiekolwiek przeszkody dostawiać powinni, podług rozkładu w kontrakcie wszelkiego rodzaiu żywność, drzewo, słomę itd.

. . . .

§ 12. W szpitalu każdego wyznania człowiek iest przyiętem.

. . . .

§ 13. W przypadku wielości chorych, do domów mogą i powinny bydz posyłane lekarstwa.

§ 14. Osobne będą dwie sale dla chorych dzieci.

§ 15. Będzie osobna sala na 12 łóżek, lub w miarę funduszu, w ktorey będą chorzy tey części, ktorey uczy Professor Kliniki, albo nadzwyczajne choroby.

. . . .

§ 18. Ktokolwiek iest w stanie zapłacenia zapłaci Szpitalowi podług taxy dzienney. Ktokolwiek iest ubogi, powinien mieć świadectwo, lub gdyby był nieznaném oświadczenie podpisze.

. . . .

Rozdział czwarty.

O różnych zbiorach w tym przedmiocie.

§ 1. *a*) Będzie Teatr anatomiczny, ludzi,
b) Porownalny zwierząt i plant,
c) Patologiczny gabinet powinien bydź jak największą troskliwością zbieraném i w tey części starać się pomału o Preparata woskowe, gdy nadzwyczayny będzie przypadek.
d) W stopniowaniu potrzeby zbiorow, patologiczny gabinet pierwsze ma mieysce.

§ 2. Potwory z tych Gubernii będą odsyłanemi do Krzemieńca. Aby onych nie mnożyć pierwey rysunek przesłanéni zostanie.

§ 3. Nim jaki nowy Instrument będzie użytém Wydział Ceruliczy na piśmie wyda swoią decyzią, i tę komunikować będzie dwom Rossyiskim bliższym Uniwersytetom, czyli w nich będącym wydziałom, aby dali o nich także zdanie.

Rozdział szósty.

O Aptekarzach.

§ 1. Apteki wszystkie są pod władzą części lekarskiej.

§ 2. Rewizya nayścisleysza, co rok odprawia się, lub częściey gdy wypada.

. . . .

§ 4. Nikt za lat ośm nie będzie aptekarzem.
g) powinien (kandydat) praktykować, w laboratorium aptékarskim.

§ 6. Aptékarz ani doktorem, ani cerulikiem nie będzie.

Rozdział siódmy.

O szkole aptekarskiéy.

§ 1. W Krzemieńcu zakłada się Szkoła Aptekarzow.

§ 2. Uczniowie są przysyłani od Aptekarzow, lub od Regimentow.

§ 3. Są pod Rządem Professora Technologii lub aptekarza mieyscowego, podług rozrządzenia Prezesa części lekarskiéy uczyć się maią.
a) Nauk w czterech klassach, ieżli ie nie odbyli.
b) Jeometrii teorycznéy.
c) Fizyki.
d) Chemii czystey.
e) Chemii aplikowaney, do Aptekarstwa.
f) Botaniki.

. . . .

§ 5. W Laboratorium chymiczném i aptekarskim zawsze będą.

§ 6. Ci co klassy skończyli, uczyć się będą lat pięć.

. . . .

§ 8. W ostatnim roku zostawania w aptece, będzie aptekarz wykładał ustawy wypadłe dla aptekarzów, będzie pokazywał ceny materiałów, zkąd przychodzą, i iak ie taniéy dostać można, jak iedne drugie zastępuią. Poruczać ma nayścisleyszą dokładność, w wykonywaniu recept, aby przez omyłkę, zdrowie ludzkie lub zwierzęce nie poniosło szkody.

Rozdział siódmy[36]).

O babach położniczych.

§ 1. Z każdego Imperatorskiego Miasta będzie posłanych dwie bab położnych.

§ 2. Każdy właściciel iest wezwaném, w imie ludzkości, aby posyłał kobiety do uczenia się tey ważney nauki.

§ 3. Te kobiety powinny mieć świadectwo, o dobrém postępowaniu, i rozsądku.

§ 4. Nigdy lekarskiey nauki, uczyć się nie mogą Wprawianemi będą mechanicznie do tey ważney usługi, i ta część anatomii wyłożoną im będzie. Uczonemi bydź maią iak się obeyśdź z dziećmi, pozornie umarłemi. Dana Im zostanie Instrukcia, jak sobie z bliskiemi połogu, i w czasie tey choroby, i po niey postępować. Przekonywać ie należy, że lekarskie powołanie oddzielne od wielce użytecznego obowiązku, który wykonywaią.

§ 5. Przez trzy miesiące co rok, przez dwa lata uczy się baba położnicza.

§ 6. Wyuczona idzie na doświadczenie, pod dozór starszey baby Powiatowey, i ieżli ma świadectwo dostanie patent, ieżli nie ma ieszcze raz przyieżdża i uczy się.

. . . .

Rozdział ósmy.

O Konowałach.

§ 2. Obowiązki uczenia się konowalstwa są przyłączone do Cerulikow i Dyrektorow Paraffialnych.

. . . .

[36]) Tu zaszła pomyłka w liczbowaniu, gdyż Rozdział ten jest ósmym z rzędu.

§ 4. Jedni będą teoryczno-praktyczni, a drudzy praktyczni.

§ 5. Teoryczno-praktyczni uczą się lub umieią

a) Po polsku, i po rusku,

b) Po niemiecku,

c) Arytmetyki czterech klass,

d) Fizykę czyli chemią,

e) Technologią applikowaną do przedmiotow Jego powołania. Botanikę,

f) Konowalstwo sądowe i policiine.
Anatomią porównalną, a szczególniey zwierzęcą.

g) Teorii utrzymania stad i onych udoskonalenia.
Ustawnie w szpitalu zwierzęcym będą.

§ 6. Praktyczni Konowałowie umieć powinni, czytać, rachować. Uczyć się maią

a) Anatomii zwierzęcey,

b) Kucia koni,

c) Technologii chimiczney, części właściwej swemu powołaniu,

d) Części potrzebnej botaniki.

e) Ustawnie w szpitalu zwierzęcym będą.

§ 7. Umieiący po Polsku, Rossyisku i Niemiecku, sposobiący się Teoryczno-praktyczni ucznie będą uczyć się lat cztery.

§ 8. Praktyczni lat trzy.

§ 9. Przed wyzwoleniem posłanemi bydź powinni do praktykowania rok ieden przy stadzie bydła, koni i owiec. Ten rok iest doświadczenia. O Jego pracy zdatności, i postępowaniu przysłane będą świadectwa.

§ 10. W praktyce koło stad nauczyć się powinni stosunku teorii do tey części doświadczenia.

§ 11. Dla bydlęcego szpitala co trzy lata oznacza się taxa dzienna od każdego bydlęcia, które jest przyprowadzone do leczenia.

. . . .

Rozdział dziesiąty.

O nadgrodach i karach.

§ 1. Co sześć lat uważa Władza.

a) Zmniejszaną wielość umieraiących iedney słabości w szpitalu Krzemienieckim i w innych podległych.

b) Szczególniey zmnieyszaną liczbę dzieci chorych.

c) Czy i z iakiey przyczyny przestały lub umnieyszyły się choroby ludzkie.

d) Czy były zarazy bydląt, iak im zapobieżono.

e) Wiele Cerulików, bab położniczych, konowałów i aptekarzów wyszło z szkoły.

f) Wielu dzieciom ocalaiącą ospę zaszczepiono.

h) Jak daleko popularna medycyna zgłębioną i sprostowaną została.

§ 5. Posłany lekarz, lub cerulik, we wszystkich zaraźliwych chorobach, gdy umnieyszy nieszczęście, w miarę poświęcenia siebie dobru powszechnemu, niebezpieczeństw, którym podlegał, wielkości usługi, którą okazał, będzie miał nadgrodę. Władza Edukaciina żądać ma od przyzwoitey władzy, aby umarłego lekarza, lub cerulika, w czasie zaraźliwey choroby, dzieci lub wdowa miały względy.

§ 6. Doktor u partykularnego bawiący, ieźli

a) nad liczbę oznaczoną szczepi ocalaiącą ospę, podwoyney liczbie dzieci przez cztery lata i przysyła urzędowne protokoły,

b) jeźli na pierwsze uwiadomienie o zaraźliwey chorobie, poiechał, i potrzebne zrobił urządzenia,

c) jeźli ubogich leczy bez nadgrody i z pilnością,

d) jeźli popularną medycynę zgłębiał, i sprostował, i choroby kraiowe doskonale opisał, i onych zabieżenia dobre dał środki.

Taki przed skończeniem każdego dwóchrocza przedstawionym zostanie, do otrzymania medalu, rangi, lub przypuszczenia do Towarzystwa Gymnaziowego. Wszelka usługa sądzoną przez część lekarską zostanie.

. . . .

§ 8. Dla bab położniczych, w każdey Gubernii, dwie postanowi się nadgrody. Ta odbierze pierwszą nadgrodę, która więcey dzieci pozornie umarłych ocaliła, drugą, która więcey dzieci ubogich ludzi odebrała.

§ 9. Naylepszy ieden aptekarz co dwa lata może być do rangi otrzymania przedstawiony, a co sześć ci wszyscy

a) którzy w naylepszém stanie utrzymywali apteki,

b) w których naymnieyszego wypadku nie było.

. . . .

Będzie zaletą, gdy studentom ubogim i innym nędznym darmo dawali lekarstwa.

Kary.

. . . .

§ 10. Lekarz lub cerulik

a) nie idący w czasie gwałtowney potrzeby do chorego, nie maiąc ważney przyczyny do zostania w domu,

b) targuiący się, z chorym lub iego domownikami za wyleczenie,

c) nie szczepiący ospę, gdy są dzieci i materia iest przysłana

Po ostrzeżeniu sądzony, i w miarę winy, zawieszony, i za niesposobnego sprawować obowiązkow swoich nie może.

§ 11. Doktor maiący aptekę lub w niey część,

a) konfiskatą apteki,

b) zawieszeniem na lat dwa karanem będzie.

§ 12. Aptekarz, z którego winy lekarstwo iedne za drugie dane zostało podlega karze niemożności otrzymania rangi przez lat dwa: lecz gdyby ten błąd zdrowiu ludzkiemu zaszkodził, do sądu kryminalnego odesłaném zostanie, i na zawsze traci prawo otrzymania apteki.

§ 13. Aptekarz biorący nad taksę, dwa razy zapłaci, a trzecim razem przekonany, trzymać apteki nie będzie[37])».

Rozglądając się w tej instrukcyi, trudno powiedzieć, co podziwiać tu należy, czy roztropność i rozwagę Czackiego, która mu umożliwiła prędkie zrozumienie i uchwycenie rzeczy, czy też oględność i praktyczność jej przepisów, które normowały stosunki czynników podwładnych nietylko w czasie ich urzędowania w szkole, ale i poza nią. Mamy tu na myśli etykę lekarską, którą, jak się z przytoczonych przepisów pokazuje, wysoko cenił, oraz społeczne znaczenie, jakie przypisał lekarzowi, aptekarzowi itd. Samo jednak wysokie pojęcie o powadze stanu lekarskiego nie wystarczało mu. Dla zupełnego przeprowadzenia swego planu i zmuszenia do przestrzegania go, ustanowił surowe kary na przekraczających przepisy, a nagrody dla poddających się im.

Tak więc był wprawdzie zarządzony porządek domowy, lecz samego domu jeszcze nie było. Do dźwignięcia go nie miało wogóle przyjść. Nie zależne jedynie i wyłącznie od samego Czackiego sprawy, złączone z jego planem, zaczęły się przeciągać w nieskończoność. (Dokończ. nastąpi).

Prof. RUDOLF TRZEBICKY.

Chirurgia polska raz po razie dotkliwe ponosi ciosy. Jeszcze nie zwarły się szczerby, jakie zadał ostatni dziesiątek lat, gdy oto znów majestat śmierci pogrążył w sen wiekuisty jednego z tych, którzy talentem swym, wiedzą i wydatną pracą służyli wytrwale i chwalebnie sprawie nauki ojczystej. W pełni wieku męskiego rozstał się z tym światem pracownik nieutrudzony, w którego duszy gorzała szlachetna bezsprzecznie ambicya działania na coraz to szerszej i celniejszej arenie, a który na każdem polu swej działalności rozwijał podziwu godną energię i moc ducha.

Ś. p. Rudolf Antoni Trzebicky urodził się w roku 1859 w Koloszwarze, gdzie ojciec chwilowo bawił z pułkiem, jako lekarz wojskowy; nauki gimnazyalne odbył w Krakowie i tu złożył egzamin dojrzałości w roku 1877, poczem uczęszczał na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, który ukończył w roku 1882. Za nadzwyczajną gorliwość w naukach, zarówno w calem studyum gimnazyalnem, jakoteż przy wszystkich egzaminach uniwersyteckich, odznaczany szczególnie, przedstawiony został przez Wydział lekarski do promocyi na doktora wszech nauk lekarskich *sub*

[37]) Kod. nr. 3773 arch. XX. Czartoryskich: Czackiego Tadeusza ważne autografy do Epoki (1775—1815), nazwanej Czackiego epoką.

auspiciis Imperatoris, który to akt uroczysty i niezwykły w murach uniwersyteckich odbył się dnia 12 maja 1883 r. Z tak chlubnym zadatkiem, wróżącym wiele o przyszłości, wstąpił jako asystent do kliniki chirurgicznej krakowskiej, właśnie co tylko objętej przez Mikulicza. Obowiązki asystenta klinicznego pełnił aż do kwietnia 1887 r., t. j. do chwili opuszczenia katedry chirurgii przez Mikulicza i wtedy objął zastępczo kierownictwo kliniki chirurgicznej aż do końca półrocza letniego roku 1887, habilitując się równocześnie na docenta chirurgii.

Nie bez żalu po ukończeniu pięciolecia ustawą dozwolonego ustąpił ś. p. Trzebicky z murów klinicznych i oddał się praktyce prywatnej chirurgicznej, w której, dzięki zdobytej wiedzy i opromienionemu już chwałą kliniczną imieniu, pozyskał rychło wielką wziętość i niezwykłe powodzenie. Pomimo rozległej i wyczerpującej mu czas cały czynności operatorskiej, tęsknił jednak zawsze do pracy ściślej, klinicznej; to też gdy zreformowany przez nowego kierownika Szpital Braci Miłosierdzia w Krakowie, otworzył w roku 1891 odrębny oddział chirurgiczny, skwapliwie przyjął w nim obowiązki chirurga-operatora i przez szereg lat chlubnie znaczył tam swoją działalność.

W r. 1895 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego chirurgii; w grudniu r. 1897 objął prymaryat oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, zamianowany wkrótce potem w roku 1898 nadzwyczajnym profesorem chirurgii.

Na tym ostatnim posterunku, który dawał pole do wytężonej, lecz zarazem płodnej w doświadczenie pracy, skupił najlepsze siły swoje ś. p. Trzebicky, przodując wzorową gorliwością i niesłabnącą ani na chwilę, a nawet w czasach niedomogi swego zdrowia, czujną strażą około dobra powierzonych mu chorych. Przykładem własnej wytrwałości zadziwiał i zagrzewał równocześnie licznych swych współpracowników w szpitalu, których tu wabił zarówno uznanej sławy operator, jakoteż wyborny nauczyciel i kierownik. Śród pełnej działalności, która obiecywała jeszcze na długo bujne owoce dla nauki i sztuki chirurgicznej, po kilkotygodniowej chorobie zmarł dnia 22 lipca, osierocając wdowę i dwóch małoletnich synów.

W chirurgicznej działalności i pracach naukowych śp. Trzebickyego przebija wyraźnie kierunek i piętno, jakie wywarł na Nim pięcioletni pobyt w klinice chirurgicznej u boku Mikulicza. Były to czasy, gdy po latach martwej ciszy nowa nastała era dla kliniki chirurgicznej w Krakowie. W nizkiej i mrocznej sali operacyjnej starej kliniki, mieszczącej równocześnie audytoryum dla stu z górą słuchaczy, a pozbawionej najniezbędniejszych dzisiaj dogodności i urządzeń pomocniczych, naraz ruchliwe zapanowało życie i wartką falą wpłynął tu prąd najnowszych zdobyczy w chirurgii. W warunkach nader utrudnionych, znanych już dzisiaj jedynie z opowieści młodszemu pokoleniu lekarzy, przebiegały najśmielsze i najcięższe operacye, najlepszym wieńczone skutkiem, rodziły się piękne pomysły dróg nowych i sposobów operacyjnych, a obok, w pracowni klinicznej, poświęconej badaniom i zabiegom doświadczalnym, wrzał nieustanny i żywy ruch. To też w takiem środowisku utalentowanemu i pełnemu gorliwości asystentowi nie zabrakło wzorów niedorównanej techniki operacyjnej, bystrości spostrzegawczej i ducha pomysłowości twórczej, z których czerpał obficie na drogę późniejszej swej działalności samoistnej.

Zasadniczym podstawom swej szkoły pozostał też śp. Trzebicky wierny aż do końca, a wyniesionych z niej dogmatów antyseptyki bronił wytrwale przed wszechwładztwem bezwzględnej aseptyki, której nie pomijał jednak o tyle, o ile pozwalały na to warunki, śród których działał i nauczał.

Śród rozległych i znojnych zajęć praktyki chirurgicznej nie zaprzestał ś. p. Trzebicky działalności naukowo-literackiej, wszczętej już wcześnie za czasów asystentury klinicznej. Szereg cennych niżej podanych prac i rozpraw, rozwiązujących na podstawie starannych poszukiwań anatomicznych i badań doświadczalnych rozliczne zagadnienia chirurgii, pozyskał ogólne uznanie i znalazł należne miejsce w nauce. Jako referent stały dla prac chirurgicznych polskich w *Centralbl. für Chirurgie, Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesam. Medic.* i w *Hildebrands: Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie* zapoznawał obcych z naszym dobytkiem naukowym; za to i osobna i nie mała należy się Mu wdzięczność. W ostatnich latach zaproszony do współudziału, opracował w zbiorowem dziele Draschego *Bibliothek der gesam. medic. Wissenschaften* liczny szereg artykułów z dziedziny chirurgicznej.

Razem z objęciem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza przypadło ś. p. Trzebickiemu dalsze jeszcze zadanie kształcenia licznie napływających tu po uzyskaniu dyplomu doktorskiego lekarzy, celem uzupełnienia swych praktycznych wiadomości w dziedzinie chirurgii. Życzliwe nader przyjęcie, jakiem darzył wstępujących na oddział, zawsze chętna gotowość do pouczenia i wskazówek, szczodrość i ofiarność, jakich nie skąpił w przydzielaniu im materyału operacyjnego, sprawiły, że coraz większy poczet już nietylko młodych wyzwoleńców wszechnicy, ale starszych praktyków z prowincyi i lekarzy wojskowych garnął się do szpitala, aby pod kierunkiem ś. p. Trzebickyego doskonalić się w sztuce operowania. W dobrej szkole wdrożona Mu śmiała technika operacyjna, spokój nie dający się zaburzyć nasuwającemi się przeszkodami i trudnościami zabiegu, pewność, dokładność i czujna nad chorym piecza stanowiły podstawę Jego powodzenia, budziły w współpracownikach podziw i uznanie i zapewniały coraz szerszą działalność chirurgiczną. Serdeczny stosunek, jaki łączył ś. p. Trzebickyego z drużyną Jego asystentów i towarzyszy w pracy, zawdzięczał niewątpliwie wrodzonej dobroci, uprzejmości i stanowisku, które wobec nich zajął. Nie zwierzchnikiem surowym i sztywnym, lecz przyjacielem i doradcą stawał się dla nich, wyrozumiały i cierpliwy na błędy początkujących, troszczący się o los ich i przyszłość. Dumnym czuł się też z tego, że w krótkim stosunkowo okresie czasu zdołał wykształcić znaczną liczbę dzielnych chirurgów i lekarzy, rozprószonych po całym kraju i działających skutecznie w szpitalach galicyjskich.

Szereg prac i artykułów, jaki w ciągu pięcioletniej działalności ś. p. Trzebickyego pojawił się w druku, już to ręką Jego skreślonych, już to dokonanych przez uczniów pod Jego kierunkiem, urządzenie przy oddziale chirurgicznym stałej pracowni histologiczno-chemicznej świadczą wymownie o poważnym i naukowym nastroju, jaki panował w oddziale, przez Niego prowadzonym.

W wykładach uniwersyteckich, które od chwili habilitacyi swej nieprzerwanie i gorliwie głosił, poruszał kolejno rozmaite działy chirurgii, a umiał podać je w formie tak przystępnej i jasnej, że gromadził około siebie zawsze pokaźną liczbę słuchaczy, sławiących Jego talent nauczycielski i jędrne bez gubienia się w szczegółach przedstawianie rzeczy. Tem samem uznaniem cieszyły się liczne odczyty i demonstracye ś. p. Trzebickyego w Towarzystwie lekarskiem krak., w którem prócz godności wiceprezesa, przewodniczył przez długie lata w Komisyi sprawozdawczej dla „Roczników Virchowa-Hirscha“ i do ostatnich chwil wchodził w skład członków Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“.

Wybitny uczestnik Zjazdów chirurgów polskich, poczętych przed 13 laty z inicyatywy i gorliwych zabiegów Rydygiera, w roku bieżącym po raz pierwszy uchylił się od udziału, a wiadomość Jego ciężkiej już natenczas niemocy napełniła szczerym żalem i smutkiem licznie zebranych przyjaciół i czcicieli Jego, którzy ceniąc w Nim zasługi, położone na polu nauki i sztuki chirurgicznej, świadomi byli również trudów i zachodów, jakich nie szczędził około wywalczenia lepszej doli materyalnej zagrożonemu w swym bycie ogółowi lekarzy. W wędrówkach swych, jako dzielny

i szczęśliwy operator w odległe punkta całego kraju, poznał ś. p. Trzebicky dobrze troski i niedole zawodu lekarskiego, nie zabezpieczającego częstokroć koniecznych potrzeb życia, to też na pierwsze hasło do stworzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy, stanął w szeregu najczynniejszych organizatorów, składając następnie miejsce naczelne w ręce możniejsze dla zapewnienia losu i dalszego rozkwitu tej instytucyi.

Niezwykłe zaufanie i sympatya świata lekarskiego darzyła ś. p. Trzebickyego po trzykroć mandatem do zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i powierzyła Mu po ostatnich wyborach godność przewodniczącego w łonie wydziału. Jak wszędzie, gdzie tylko miał sposobność działać, jął się także na tem stanowisku żywej i ruchliwej pracy, rokującej owocne skutki na przyszłość, których niestety nie było Mu danem oglądać.

Chętnie i z zapałem współdziałał również jako członek Wydziału, zabiegając skrzętnie około rozwoju tak humanitarnego Towarz. ratunkowego ochotniczego i jako Radca miejski, wybrany w ostatniej kadencyi do Rady m. Krakowa, gdzie zaciągnął się w szeregi Komisyi zdrowotnej i szkolnej i wybitne także zajął stanowisko.

Pasmo pożytecznego życia, pełnego ciągłej pracy i zawsze świeżej energii, przecięła nagle prawie śmierć, kładąc kres niepospolitej działalności cenionego nauczyciela, wsławionego lekarza i nieustraszonego bojownika w obronie słusznych życzeń i praw stanu lekarskiego. Olbrzymi niekończący się pochód, ciągnący ze czcią i szczerym smutkiem za trumną zmarłego, kwiaty i wieńce, zdobiące dziś jeszcze kaplicę grobową, świadczą wymownie o żałobie, która okryła przez zgon ś. p. Trzebickyego uniwersytet, miasto, stan lekarski i te nieprzeliczone tłumy, pomne Jego zasług i dobroczynnej działalności. Z blizka i z dala pospieszyli uczniowie, koledzy i przyjaciele, oraz wdzięczna rzesza pacyentów, aby przy marach Jego złożyć raz jeszcze objawy czci, miłości i ostatnią wyrazić podziękę.

Za wcześnie dla nauki, której bogatą wiedzą i doświadczeniem przysporzyć był zdolen niejedną jeszcze zdobycz, za wcześnie dla najbliższych swych i przyjaciół, których wiernością i bezgraniczną zniewalał ofiarnością, z dotkliwą szkodą dla cierpiącej ludzkości, której służył wytrwale z całem poświęceniem i tkliwością, przedwcześnie zamknięty nad Nim grób, stłumił wszystkie żywych nadzieje i otulił zmarłego w mroki nieprzejrzane, zanim mógł ziścić marzenia swych młodzieńczych snów.

Lecz choć szczupłą odmierzył Mu los miarkę żywota, ślad dni ziemskich ś. p. Trzebickyego nie zaginie w dziejach nauki i trwać będzie w pamięci potomnych na znak, że *non omnis mortuus est*. *Doc. Dr. Bossowski.*

Spis prac ś. p. Prof. Dra Trzebicky'ego.

1) Pierwotny rak cewki moczowej. (Przegl. lek. 1884).
2) Przyczynek do lokalizacyi skórzaków. (Przegl. lek. 1884).
3) Sprawozdanie z XIII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie. (Przegl. lek. 1884).
4. *a*) Przyczynek do nowotworów szczęki. (Przegl. lekar. 1885).
b) Toż samo po niemiecku. (Zeitschrift f. Heilk. Bd VI. 1885).
5) Złamanie szyjki kości udowej przy odprowadzaniu zwichnięcia w stawie biodrowym. (Przegl. lek. 1885).
6) Beiträge zu den Operationen an der Harnblase. (Wien. med. Presse 1885).
7) Przypadek przepukliny pachwinowo-podotrzewnowej. (Przegląd lekar. 1886).
8) Przyczynek do laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewnej. (Przegl. lekar. 1887)
9) O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1887).
10) O obecnym stanie chirurgii żołądka. (Przegl. lekar. 1887).
11) O gastroenterostomii. (Medycyna 1887).
12 *a*) Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lekar. 1887).
b) To samo po niemiecku. (Wien. med Wochenschrift 1890).
13) Dodatkowy przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lek. 1887).
14) Jednostronny krwiak macicy i trąbki, wyleczony przez laparotomię. (Przegl. lekar. 1887).
15. *a*) O operacyjnem leczeniu hemoroid. (Przegl. lekar. 1889).
b) To samo po niemiecku. (Wien. mediz. Presse 1891).
16) W sprawie przepuklin ściennych. (Przegl. lekar. 1889).
17) Przypadek zatrucia kokainą. (Przegl. lekar. 1891),
18. *a*) O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznej dolnej przy paracentezie jamy brzusznej (Przegl. lekar. 1889).
b) To samo po niemiecku (Arch. f. klin. Chir. T. 41).
19. *a*) O doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych. (Gaz. lek. 1899)
b) To samo po niemiecku. (Wien. med Wochenschrift 1899).
20. *a*) Ile można odciąć z długości jelita?
b) To samo po niemiecku.
21. *a*) Przypadek gastroenterostomii sposobem Podresa. (Gaz. lekar. 1899).
b) To samo po niemiecku. (Centralbl. f. Chir.).
22) O zastosowaniu jodku skrobi w chirurgii. (Przegl. lek. 1895).
23. *a*) Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka (w dziele prof. Jaworskiego pod tytułem »Podręcznik chorób żołądka 1898).
b) To samo po niemiecku. (Heilkunde).
24. *a*) O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha. (Pam. dla prof. Korczyńskiego 1899).
b) To samo po niemiecku. (Wien. medic. Wochenschr. 1899).
25 *a*) Sprawozdanie oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie za r. 1898
b) To samo po niemiecku. (Kraków 1898).
26. *a*) Przyczynek do kazuistyki rzadszych umiejscowień torbieli skórzastych. (Medycyna).
b) To samo po niemiecku. (Wien. medic. Wochschrf.).
27) Sammelbericht aus der polnischen chirurg. Literatur f. d. Jahr 1894 u. 1895. (Heilkunde).
28) Zur Therapie der senilen u diabetischen Gangrän der Extremitäten. (Heilkunde).
29) Przypadek wielkiej ilości włókniaków powierzchownych. (Przegląd lekarski 1901).
30) Fremdkörper in der Blase von Männern. (Centralblatt f. Chir. 1899).
31) Cztery kamyki miedniczki nerkowej. (Przegl. lekar. 1901).
32) Przypadek nawrotu mięsaka na pięcie. (Przegl. lekar. 1901).
33) Zur Kazuistik der Trachealkanulenbrüche. (Wien. med. Wochenschrift 1902).
34. *a*) W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku zapomocą koszyka Gräfego. (Przegl. lekar 1902).
b) To samo po niemiecku. (Wien. med. Wochschrf. 1902).
35) O amputacyi w przypadkach ropienia na kończynach. (Przegląd lekar. 1902).
36) O znieczulaniu sposobem Biera. (Przegl. lekar. 1901).
37) O leczeniu gruczolaków zołzowych na szyi (Medycyna 1902).
38. *a*) Przyczynki do wypiłowania ścian klatki piersiowej z powodu nowotworów. (Przegl. lekar. 1902).
b) To samo po niemiecku. (Archiv Langenb. 1902).
39) Die chirurg Abtheil. des St. Lazarus-Spitales zu Krakau — (J. d. Zeit. vom 1 Oktob. bis Ende Septemb. 1902).
40) W dziele Draschego «Bibliot. der ges. mediz. Wiss.« artykuły Coxitis, Gangrän, Patellarfraktur, Patellarluxation, Schenkelhalsbruch, Schenkelbruch, Unterschenkelbruch.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 sierpnia.

* Na wezwanie grona lekarzy zamiejscowych, którzy przybyli w m. lipcu do Krakowa w celu wzięcia udziału w kursach wakacyjnych, zarządzanych od 2 lat dla lekarzy przez Wydział lekarski U. J., odbyło się parę zgromadzeń wspólnie z profesorami, mających na celu wydoskonalenie instytucyi kursów. Na porządku dziennym tych posiedzeń było 8 wniosków Dr. Wernica. Po wyczerpującej dyskusyi, kierowanej przez przewodniczącego zgromadzenia, Prof. H. Jordana, ostatecznie uchwalono: 1) Nie tworzyć osobnego towarzystwa, lecz pozostawić Komitet obecny z przybraniem profesorów: Ciechanowskiego, Raczyńskiego i Doc. Krzyształowicza. 2) Zwoływać na początku i na końcu kursów zebranie słuchaczów dla omówienia spraw kursowych i protokołowania uwag, wypowiedzianych na posiedzeniu ostatniem.

O ile nam wiadomo, zgromadzenie pragnęło zaznaczyć, że uznaje organizacyę kursów dla lekarzy za instytucyę wielkiej wagi, konieczną dla polskiego stanu lekarskiego i polskiej nauki lekarskiej; że pragnie widzieć tę instytucyę ustaloną i posiadającą wszelkie podstawy trwałości. Drogą do tego celu byłaby z jednej strony organizacya, ułatwiająca przybywającym na kursa pobyt i szerokie korzystanie z wykładów, — z drugiej — rozszerzenie programu kursów; takie rozłożenie wykładów, ażeby z sobą nie kolidowały; usunięcie zastępstw przez wykładających i niektóre jeszcze pomniejsze życzenia. Porozumienie było łatwe, gdyż życzenia kolegów przybyłych na kursa zupełnie są zgodne

z zamiarami i pojęciami wykładającego grona profesorów krakowskich.

* Dr. Leonard Bier mianowany został inspektorem w krakowskim Zakładzie badania środków spożywczych.

* Tytuł nadzwyczajnego profesora lwowskiego uniwersytetu otrzymali docenci: Dr. Grzegorz Ziembicki i Dr. Hilary Schramm.

* Wydział krajowy mianował Dr. Stan. Kruszyńskiego, sekundaryusza w zakładzie kulparkowskim, prymaryuszem tego zakładu.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 11 sierpnia.

* Prezydent ministrów, jako minister spraw wewnętrznych, powołał do Najwyższej Rady sanitarnej w Austryi na nowe trzechlecie dotychczasowych członków zwyczajnych i nadzwyczajnych.

* W sprawie rozszerzenia dyscyplinarnego prawa Izb lekarskich zamierza Izba bukowińska zasięgnąć zdania wszystkich członków, należących do jej okręgu i doradza innym Izbom, ażeby weszli na tę drogę.

* Lekarz powiatowy w Jaworowie, Dr. Karol Gołębiowski, przeniesiony został do Stanisławowa.

* Ze względu na wzmożenie się między dziećmi szkolnemi na Bukowinie przypadków wola, karłactwa, matołectwa i obrzęku śluzakowego, zarządziło namiestnictwo bukowińskie, ażeby lekarze gminni notowali podczas szczepienia ospy wszystkie dzieci, ulegające tym zboczeniom, a to w celu osiągnięcia dokładnego materyału statystycznego.

* Na zaproszenie wiedeńskiego Wydziału lekarskiego, wystosowane do profesora wrocławskiego Dr. Neissera, ażeby objął katedrę po prof. Neumannie, nadeszła odpowiedź odmowna.

(—) Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili od dnia 26 lipca do 1 sierpnia następujący nowi członkowie: Kol. Bukowski (Rzeszów), Chóróbski (Podhajce), Godłowski (Mielec), Hyżycki (Przemyślany), Soniewicki (Borszczów), Taub (Strzyżów).

Dr. Langie, I sekretarz.

* Między 22 a 28 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.) buczackim (1 gm.), horodeńskim (1 g.), jaworowskim (1 g.), mościskim (1 g.), niskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (1 g.), żywieckim (1 g.), stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), zaleszczyckim (2 gm.)

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVIII (12—18—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 70, umarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 7 (3 zam.), z zapalenia płuc 4 z błonicy 1 (zam.), z krztuśca 1, z płonicy 1, z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 8 (2 zam.), z cholery swojskiej 1, z gorączki pologowej 1.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Uhlenhut (higiena) w Gryfii; Vahlen (farmakologia) w Halli; Borst (patologiczna anatomia) w Würzburgu; Stubenrauch (chirurgia), Lange (ortopedya) i Dürck (patologiczna anatomia), wszyscy trzej w Monachium; Umber (klinika lekarska) w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Kuczyński, l. 51, w Dalnim. Dr. Bolesław Bujalski l. 89, w Radomiu.

Bibliografia:

— *Przegląd chirurgiczny* (T. V. Z. II). Karwacki: Badanie krwi z punktu widzenia dyagnostyki chirurgicznej. Szuman: Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Krajewski: Epityphlitis. Uwagi nad przebiegiem i leczeniem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Ciechomski: Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety, będącej w podeszłym wieku. Władysław Sterling: O ośrodkach korowych mięśni ocznych (c. d.). Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30. Simon: »Elektromagnetyzm jako czynnik leczniczy«. Klein: O rozpoznawaniu białaczki (c. d.)

— *Głos lekarzy* N. 3. Zawiera: Partykularyzm. — Jak nas przyjęto? — Krajowa, czy państwowa organizacya lekarzy? — W ważnej sprawie! — W sprawie strejków lekarskich. Odwrotna strona medalu. — Kasa pogrzebowa — Kasa chorych lekarzy. — Wiec medyków we Lwowie. Rewizya projektu nowej ustawy dla lekarzy. — Odcinek. — Korespondencye. Kronika.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Elgart: Nová methoda napravení zadních luxací kloubu kyčelního. Kuthan: O účinku a léčebných výsledcích vody (dok.). Chalupecký: Paprsky Becquerelovy a účinek jich na organismus (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 58. Brissaud i Brécy: Uwagi nad tworzeniem się osadów kw. moczowego, w szczególności w nerce chorych na dnę. Meunier: Dyagnostyka chemiczna nadmiernej kwasoty, wykazanej drogą badania rozpuszczalnych substancyi skrobiowatych. Nr. 59. Mitulesco: Wahania spółczynnika odżywczego komórek. Roger: Splenektomia w chorobie Bantiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30. Stern: Wartość aglutynacyi dla rozpoznania duru brzusznego. Halpern: Przyczynek do sprawy albumosuryi doświadczalnej. Müller: Prosta metoda do rozrużnienia między organicznemi a psychicznemi zaburzeniami czucia i ruchu w palcach. Berger: Doświadczalne studyum nad patogenezą ostrej psychozy. Beard: Zarodniaki (embryomata) i inne guzy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30. Leube: Białko mocz w niedomykalności zastawek aorty. Rolly: Przyczynek do nauki o porażeniu Landryego. Schridde: Przypadek samoistnego wyzdrowienia wgłobienia jelita biodrowego po wydaleniu części wgłobionej, oraz przyczynek do powstawania i rozwoju wgłobienia. Rosenbach: Przewaga widzenia jednoocznego przy patrzeniu dwuocznem. Groedel II: Nowy rodzaj kąpieli w Nauheim. Schanz: Nowy pomysł operacyjny dla leczenia zastarzałego złamania rzepki. Graeser: Adrelina w leczeniu krwotoku kiszkowego w przebiegu duru. Thienger-Teocyna jako le. moczopędny. Frankenburger: Lecznicza skuteczność mezotanu. Franke: Objawy zatrucia po aspirynie. Nebelthau.: Przyczynek do teoryi powstawania gruźlicy z jelit (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Basch: O wyłuszczeniu grasicy. Pflanz: Etyologia choroby morskiej. Pelzl: Diazoreakcya Ehrlicha jako pomocniczy różniczkowy środek rozpoznawczy. Holub: Leczenie tężca antytoksyną.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 31. Nagel: Przyczynek do leczenia choroby wywołanej tęgoryjcem dwunastnicy. Salomon: W sprawie rozpoznawania raka żołądka. Mideldorpf: O zakrzepach i zatorach w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, zwłaszcza o jednym przypadku zatoru prawej tętnicy udowej z następową zgorzelą kończyny. Scagliosi: Przyczynek do patologii oparzeń skóry. Alexander: Pole odgłosowe Kröniga w gruźlicy szczytów płucnych, oraz odgłos wypukowy stosu pacierzowego,

Redakcya otrzymała. J. Landau: Enuresis nocturna.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 65988. **Ogłoszenie konkursu.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na obsadzenie posady prymaryusza oddziału chirurgicznego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pobory na tej posadzie są następujące: płaca 2400 Koron rocznie i prawo do trzech dodatków pięcioletnich po 400 Koron.

Ubiegający się o tę posadę doktorowie medycyny winni wykazać:

1) że są obywatelami państwa austryackiego,
2) że nie przekroczyli 40 roku życia,
3) że posiadają znajomość języków krajowych,
4) że są specyalistami w chirurgii.

W tym celu mają kandydaci przedłożyć też swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza sie na dzień 31 Sierpnia b. r.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do Dyrekcyi szpitala św. Łazarza w Krakowie.

We Lwowie dnia 24 lipca 1903.

Konkurs.

Komisya klimatyczna **w Zakopanem** rozpisuje konkurs na posadę prowizorycznego lekarza stacyi klimatycznej.

Kandydaci winni posiadać następujące warunki:

1) Dostateczną fizyczną zdolność,
2) Prawo obywatelstwa austryackiego,
3) Nieskazitelny charakter,
4) Znajomość języków krajowych,
5) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
6) Najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim,
7) Do obowiązków lekarza stacyi oprócz ścisłego zastosowania się do instrukcyi wydanej przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie z dnia 12/12 1893 będzie należało tymczasowe prowadzenie szpitala klimatycznego,
8) Roczna płaca lekarza stacyi wynosi 1600 koron oraz 800 koron za tymczasowe prowadzenie szpitala klimatycznego. Pierwszeństwo będą mieli kandydaci pracujący w zakładzie hygieny,
9) Bliższe warunki określi umowa zawarta z Komisyą klimatyczną.

Termin do wnoszenia podań do 15-go sierpnia b. r. włącznie. *Komisya klimatyczna.*

Rok XLII. Kraków 15 Sierpnia 1903. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

I.

Wrodzona niedrożność jelit cienkich.

Podali

Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. nadzw.

i **Dr. Leon Konrad Gliński,**

asystenci zakładu.

Korzystając z łaskawego zezwolenia Czcigodnego naszego Szefa, prof. Browicza, któremu za udzielenie materyału i za cenne wskazówki najszczersze składamy podziękowanie, rozpoczynamy szereg luźnych spostrzeżeń anatomopatologicznych opisem czterech przypadków wrodzonej niedrożności jelit cienkich.

Przypadki te, spostrzegane w dość krótkich odstępach czasu i przedstawione przez nas w Tow. lekarskiem krakowskiem (w d. 22 IV. 1903), zasługują, zdaniem naszem, na ogłoszenie nietylko z tego powodu, że wrodzona niedrożność jelit cienkich nie jest (w porównaniu szczególniej do zarośnięcia odbytu) wcale częstą i że w naszem piśmiennictwie bardzo niewiele nią się zajmowano, ale także dla pewnych szczegółów, mogących rozszerzyć wiadomości o sposobie powstawania tych zboczeń.

W pracach niektórych autorów znaleźć można zestawienia, dające pojęcie o stosunkowej rzadkości wrodzonych zarośnięć jelita cienkiego. Müller[1]) na 75.000 sekcyi z „Domu wychowawczego“ w Moskwie znalazł 36 przypadków niedrożności jelit, z tych 11 w jelicie biodrowem, 7 w dwunastnicy, 5 w jelicie czczem; reszta przypadała na kiszki grube. Theremin[2]) na 150.000 sekcyi w petersburskim domu podrzutków spotkał tylko 15 razy wrodzoną niedrożność jelit. Leichtenstern[3]) oblicza, że na 375 przypadków wrodzonego zarośnięcia odbytu wypada 10 przypadków wrodzonej niedrożności okrężnicy, a 74 przypadki wrodzonej niedrożności jelit cienkich. Ducros[4]) zebrał 82 spostrzeżenia wrodzonych zwężeń i zarośnięć jelit cienkich (na zwężenia przypada 26); z tego siedzibą zmiany był 7 razy odźwiernik, 27 dwunastnica, 40 jelito biodrowe, 8 zastawka okrężnicy (Bauhina) i granica jelita grubego i cienkiego. Silbermann[5]) zgromadził 57 spostrzeżeń, z tego 12 przypada na zwężenia, 45 na zarośnięcia; z całej zaś liczby 57 przypadków dotyczyło 24 dwunastnicy, 33 jelita czczego i biodrowego. Także i statystyka Heckera[6]) stwierdza stosunkową rzadkość tych zmian w porównaniu do wrodzonego zarośnięcia odbytu; do roku 1896 odszukał Hecker w piśmiennictwie tylko 82 przypadki zmian w jelicie cienkiem, wliczając już w to 57 przypadków, zebranych przez Silbermanna; z tych 82 przypadków w 54 było jelito zupełnie niedrożne. Kuliga[7]) w pracy, ogłoszonej po oddaniu już niniejszych spostrzeżeń do druku, zgromadził z piśmiennictwa 185 przypadków wrodzonych zwężeń i zarośnięć jelit na przestrzeni między odźwiernikiem, a odbytnicą. Z tych 185 przypadków przypada 46 na dwunastnicę (11 zwężeń, reszta zarośnięcia), 18 na jelito czcze (3 zwężenia), 38 na jelito biodrowe (7 zwężeń), 11 na granicę jelita biodrowego i kątnicy, 5 na granicę żołądka i dwunastnicy; 15 spostrzeżeń dotyczy zwężeń lub zarośnięć kiszki (kątnicy, okrężnicy powyżej odbytnicy); 37 spostrzeżeń odnosi się do zwężeń i zarośnięć mnogich, t. j. w kilku naraz miejscach jelita; w reszcie spostrzeżeń albo zmiana dotyczyła całego lub prawie całego jelita cienkiego, albo siedziby zmiany dokładniej nie oznaczono, lub wreszcie niedrożność była skutkiem ostrego zadzierżgnięcia (*incarceratio*), skręcenia (*torsio*) i t. p. Zestawienie Kuligi nie jest jeszcze zupełne; nie zawiera ono spostrzeżeń, opisanych w piśmiennictwie polskiem (nie licząc naszych czterech), rosyjskiem, wielu francuzkich (np. Ducros, Jaboulay, Mauclaire, ob. niżej), a z niemieckich szeregu nowszych (Lilienfeld, Braun, Preisich, Schwalbe, Schnizlein, Fuchsig, ob. niżej). Ale nawet z temi spostrzeżeniami nie wykracza liczba opisanych dotąd niedrożności jelita cienkiego znaczniej ponad dwie setki.

Przekroczyłoby ramy naszej notatki, gdybyśmy chcieli pokusić się o zestawienie z bardzo rozproszonych spostrzeżeń kazuistycznych wyczerpującej statystyki; wystarczy na podstawie przytoczonych większych zestawień stwierdzić, że zwężenie i niedrożność jelit cienkich, zwłaszcza zaś ta ostatnia, jest rzeczywiście zjawiskiem rzadkiem i że w jelicie cienkiem zmiany te zdają się najczęściej sadowić w jelicie biodrowem i na granicy między niem a kątnicą, potem w dwunastnicy, a najrzadziej w innych odcinkach jelita cienkiego; ten stosunek częstości w różnych częściach jelita podaje także Leichtenstern[8]).

W polskiem piśmiennictwie zdołaliśmy odszukać tylko

[1]) cf. Libow: K'uczenju o wraždionnych niedorazwitijach i su-żeniach kiszecznawo kanala. Wracz 1898, Nr. 37 i 38.

[2]) Theremin: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Tom VII. 1. 1877.

[3]) Leichtenstern w Ziemssena: Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. T. VII, część 2. 1876, str. 369.

[4]) Ducros: Thèse de Paris, 1895.

[5]) Silbermann: Jahrbuch für Kinderheilkunde. Neue Folge. T. XVIII.

[6]) Hecker: St Petersburger medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 45. S. 399.

[7]) Kuliga: Zieglers Beiträge zur path. Anat. 1903. T. 33. Z. 3. Str. 486.

[8]) l. c.

trzy ogłoszone spostrzeżenia. Najdawniejsze podał Brodowski [9]); dotyczy ono noworodka, który po urodzeniu się nie oddawał wcale smółki, po każdem nakarmieniu wymiotował i zmarł w trzecim dniu życia. Badanie pośmiertne wykryło brak jelita cienkiego wraz z krezką na przestrzeni $1^1/_2$ cala; powyżej były jelita rozdęte, poniżej zaś reszta jelit cienkich aż do zastawki Bauhina i kiszka były skurczone, lecz drożne. Drugi przypadek Brodowskiego [10]), przedstawiony w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem dnia 17. III. 1874, odnosi się do dziecka 4-dniowego, które zmarło po ciągłych wymiotach, nie oddawszy ani razu stolca. Jelito biodrowe w odległości kilku cali od zastawki Bauhina zarosłe na długości prawie jednego cala, przedstawia się w postaci cienkiego sznurka Ponad miejscem niedrożnem jelito bardzo znacznie rozdęte i dochodzi dwukrotnej wielkości żołądka. Powstanie niedrożności przypisuje Brodowski w tym przypadku zapaleniu otrzewnej, przebytemu w życiu płodowem; dowodzić tego mają „błony rzekome obrączkowej postaci, zaciskające światło kiszek“.

Trzeci przypadek spostrzegano w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej [11]), a opisał go ówczesny asystent Dr. Krokiewicz. Jelito cienkie, osadzone całe na bardzo długiej, ruchomej krezce, kończyło się ślepo 98 ctm poniżej odźwiernika; od tego miejsca biegł dalej wzdłuż brzegu krezki lity postronek, długi na 1·5 ctm., potem kawałek jelita, posiadający światło, a lejkowatym końcem zwrócony ku przodowi jamy brzusznej, długi na 1 ctm.; ten kawałek przechodzi dalej za pośrednictwem drożnego dla zgłębnika 2 ctm. długiego kanalika w dolną część jelita cienkiego, długą na 94 ctm. Postronkowato zwinięta sieć przyrosła do niedrożnego jelita w odległości 102 ctm. od odźwiernika. W ślepem zakończeniu górnej części jelita cienkiego znajdowało się pęknięcie, przez które smółka dostała się do jamy otrzewnej. Autor wyłożywszy, że niedrożność jelita nie powstała w danym przypadku ani przez zaciśnięcie, ani przez okręcenie (*torsio*), ani przez wgłobienie, ani też wskutek przepukliny, zastanawia się obszerniej nad tem, czyby przyczyną niedrożności nie mogło być załamanie wskutek zrostu z siecią. Aby jednak zrost z siecią mógł sprowadzić załamanie, musiałaby być odpowiednia pętla jelita ustalona; tymczasem w danym przypadku była ona na długiej krezce swobodnie ruchoma. Wobec tego należy, zdaniem autora, szukać przyczyny niedrożności w tym przypadku w skręcie uchyłka Meckela pod wpływem udzielających się uchyłkowi skrętów pępowiny.

Przed opisem naszych spostrzeżeń nadmienimy jeszcze dla łatwiejszego ich przeglądu, że przypadki wrodzonej niedrożności jelita cienkiego możnaby podzielić na takie, w których przyczyną niedrożności były zboczenia pewnych spraw rozwojowych i na takie, w których przyczyną były zmiany patologiczne, nie pozostające w żadnym ściślejszym związku ze sprawami rozwojowemi, zdarzające się w życiu płodowem niejako przypadkowo. Podział taki zgadza się zresztą prawie zupełnie z podziałem czysto anatomicznym według siedziby niedrożności; niedrożność bowiem, zawisła od nieprawidłowego przebiegania samychże spraw rozwojowych, obiera sobie pewne stałe miejsca.

Taką ulubioną siedzibą niedrożności w tych przypadkach, w których inne także szczegóły obrazu anatomicznego dowodzą, że przyczyną niedrożności było zboczenie samychże spraw rozwojowych, bywa najczęściej dolny odcinek jelita biodrowego w niewielkiej odległości od zastawki okrężnicy, dalej samaż granica między jelitem cienkiem, a kiszką, wreszcie dwunastnica w okolicy ujścia przewodu żółciowego wspólnego i trzustkowego; rzadziej zaś miejsce przejścia jelita czczego w biodrowe. Z tych czterech miejsc w pierwszem powstawać ma niedrożność najczęściej w związku z zanikaniem przewodu pępkowojelitowego, w trzech innych zarośnięcie przypisywane bywa zazwyczaj nieprawidłowemu rozwojowi fałdów okrężnych jelita, mianowicie przyrośnięciu fałdów zbyt wysokich do przeciwległej ściany, lub też zrośnięciu się dwóch naprzeciwległych, a zbyt wysokich fałdów Prócz tego niektórzy autorowie wspominają o zbyt silnem pociąganiu ścian jelita przez rozwijające się w miejscach późniejszej niedrożności zawiązki narządów gruczołowych, coby jednak głównie odnosić się mogło do niedrożności dwunastnicy. Wygłoszono także zapatrywanie, że w wielu przypadkach niedrożność bywa następstwem zaburzeń w rozwoju naczyń krezkowych (Wyss [12]), Jaboulay [13]).

Nie zastanawiając się na razie szczegółowiej nad temi zapatrywaniami, usiłującemi sprowadzić patogenezę wrodzonej niedrożności jelit z przyczyn czysto rozwojowych do wspólnego mianownika, a przynajmniej do kilku zaledwo możebności, zauważyć należy, że to pozorne uproszczenie sprawy mogłoby łatwo sprowadzić na manowce. Przypuszczenie bowiem, że przyczyną niedrożności aż w trzech miejscach jelita, w których zjawia się ona niejako typowo, jest nieprawidłowy rozwój fałdów okrężnych, opiera się głównie na tem, że w miejscach tych polegać ma niedrożność na przedzieleniu ciągłości światła jelita przegrodą błoniastą. W rzeczywistości niezawsze tak bywa, a nawet zdaje się, że częściej, niż przegroda błoniasta, zdarza się przerwa na dłuższej przestrzeni, na której jelito zamienione jest w lity, wązki postronek. Te wszystkie przypadki przeto trudno byłoby tłómaczyć poprostu przyrośnięciem fałdu okrężnego do ściany przeciwległej, lub zrostem dwóch naprzeciwległych fałdów w jedną błonę przegradzającą. Nadto niełatwo zrozumieć, dlaczego miałoby takie zrastanie się fałdów okrężnych zdarzać się wyłącznie, lub prawie wyłącznie tylko w pewnych stałych miejscach, nie zaś gdziekolwiek wzdłuż przebiegu jelita, gdziekolwiek fałdy takie istnieją. Także i uogólnianie zdania, że niedrożność, zawisła od zmian rozwojowych i typowo się sadowiąca, zależy tylko od nieprawidłowości w rozwoju naczyń, byłoby, naszem zdaniem, z tych samych powodów niewłaściwe. Zapatrywanie to może mieć podstawę tylko o tyle, o ile dotyczy pewnych ściśle oznaczonych gałązek naczyniowych; w przeciwnym razie raczej zaciemnić, niż rozjaśnić może patogenezę wrodzonego zarośnięcia jelit.

Może też w usterkach tych zapatrywań leży właśnie przyczyna, że wielu autorów odrzuca zupełnie, lub prawie zupełnie istnienie niedrożności jelit czysto rozwojowej, a na-

[9]) Brodowski: Pamiętnik Towarz. lek. warszawskiego T. LIV, 1866. Protokół pos. Tow. lek. warsz. z dnia 27. II. 1866. Str. 435.

[10]) Tamże: T. LXX. 1874. 2. 9.

[11]) Krokiewicz: Przegląd lekarski 1889, Nr 12. S. 142.

[12]) Wyss obacz Kuliga l. c., str. 503.

[13]) Jaboulay: Comptes rendus de l'association des anatomistes, 3-e session, Lyon-Nancy, 1901. (Presse méd. 1902, Nr. 35).

tomiast prawie wszystkie takie przypadki uważa za następstwo przypadkowo w życiu płodowem nabytych spraw patologicznych, wśród których lwia rola przypadać ma zapaleniu otrzewnej. (Müller[14]), Hecker[15]). Powstające po takiem zapaleniu zrosty postronkowate mogą wywołać uwięznienie, załamanie lub skręcenie jelita; to ostatnie powstaćby mogło zresztą wobec nadmiernie długiej i ruchomej krezki i bez przyczynienia się zrostów otrzewnowych, poprzednio istniejących; również bez przebycia zapalenia otrzewnej mogłaby niedrożność rozwinąć się, jako następstwo wgłobienia[16]). Możnaby wreszcie myśleć o zapaleniu jelita na ograniczonem miejscu (bez zmian w położeniu), poczem nastąpićby mogło zarośnięcie światła (Ahlfeld). Niewielu co prawda autorów było w tak szczęśliwem położeniu, jak Marckwaldt[17]), który w przypadku wrodzonego zarośnięcia przełyku, dwunastnicy i odbytnicy zdołał wykazać nietylko wyraźne histologiczne ślady sprawy zapalnej przewodu pokarmowego, ale nawet obecność bliżej nieokreślonych ziarenkowców w jego ścianach; i niekażdy gotów bez wielu zastrzeżeń przykładać do tego ostatniego szczegółu większą wagę, jak to czyni Kuliga[18]).

Niema wątpliwości, że szukanie przyczyny wrodzonej niedrożności jelit zawsze, lub prawie w każdym przypadku w sprawach, przypadkowo w życiu płodowem nabytych, byłoby równie błędnem, jak ograniczenie się do samych i to tylko kilku spraw rozwojowych. W przeważnej bowiem części opisanych dotąd spostrzeżeń nie było żadnych śladów spraw zapalnych, przebytych w życiu płodowem, co nawet skłania niektórych autorów do zapatrywania, że bywają one tylko bardzo rzadko przyczyną niedrożności (np. Simmonds[19]). Co więcej, w tych przypadkach, w których ślady takie, np. na otrzewnej, znaleziono, mogłyby to być skutki sprawy wtórorzędnej, rozwijającej się już jako następstwo wcześniej powstałej niedrożności.

Skrajne sprzeczności w zapatrywaniach i braki teoryi, usiłujących tłómaczyć patogenezę wrodzonej niedrożności jelit w sposób ile możności jednolity, służyć mogą jedynie za ostrzeżenie, że w każdem nowem spostrzeżeniu należy szukać najprawdopodobniejszej przyczyny osobno, bez z góry powziętych uprzedzeń i za wskazówkę, że tylko przez dalsze zbieranie i staranne roztrząsanie nasuwających się przypadków dojść będzie można z czasem do pewniejszych wniosków ogólnych.

Z naszych czterech spostrzeżeń dotyczy jedno dwunastnicy, trzy inne — pozostałej części jelita cienkiego.

I. *C. M.*, noworodek płci żeńskiej, dni 2. (PS. 407 z r. 1902). Z danych klinicznych wiadomo tylko tyle, że matka zmarła przy porodzie; noworodek, przyniesiony do ambulatoryum kliniki chorób dzieci, wymiotował treścią fusowatą, a po wprowadzeniu palca do odbytu oddał smołkę. Wkrótce potem nastąpiła śmierć.

Zwłoki mają cechy płodu donoszonego o lichej budowie. Okolica ust i szyja powalana wymiocinami fusowatemi, okolica odbytu i nogi powalane smołką. Pępowina podwiązana, kikut jej podsychający.

Czaszka i jej treść, oraz narządy klatki piersiowej (płuca, serce, krtań, tchawica i t. d.) bez zmian, jedynie tylko przełyk ku dołowi rozszerzony. Obwód przełyku na wysokości krtani wynosi 10 mm., na wysokości podziału tchawicy 20 mm., a tuż ponad wpustem 27 mm.; obwód samego wpustu 25 mm. Ściana przełyku w części dolnej wyraźnie zgrubiała.

Z narządów jamy brzusznej nerki, wątroba i śledziona bez żadnych zmian. Górną część jamy brzusznej zajmuje bardzo znacznych rozmiarów torba, składająca się z żołądka i górnego odcinka dwunastnicy, a wypełniona obfitą treścią fusowatą. Na pierwszy rzut oka zdaje się górna część dwunastnicy tworzyć z żołądkiem jedną całość; przy dokładniejszem dopiero badaniu dostrzega się między nimi, jako granicę, bardzo rozciągnięty pierścień mięsny odźwiernika. Obwód odźwiernika wynosi 65 mm., długość krzywizny wielkiej żołądka 170, krzywizny małej 75 mm. Na błonie śluzowej żołądka, częściowo nadtrawionej, niezbyt liczne drobne wybroczyny. Rozdęta górna część dwunastnicy, kończąca się ślepo ku stronie prawej i osią swą długą leżąca prawie poziomo, mierzy w najszerszem miejscu w obwodzie 80 mm., na długość zaś 40 mm. Warstwa mięsna żołądka i górnej części dwunastnicy przerosła.

Na prawo od kopulastego ślepego zakończenia górnej części dwunastnicy leży pionowo również ślepo zakończony początek jelita cienkiego, a raczej dolnej części dwunastnicy. Oba ślepe końce zupełnie nie są ze sobą w związku; rozdziela je kilka mm. gruby pokład wiotkiej tkanki łącznej. Do ślepego początku jelita cienkiego uchodzi na samym prawie szczycie, nieco od tyłu, przewód żółciowy wspólny, prawidłowo drożny, z którego za pociśnięciem woreczka żółciowego dobywa się żółć płynna, prawidłowej, żółtej barwy. Tuż poniżej przewodu żółciowego wspólnego leży ujście przewodu trzustkowego, w które daje się wprowadzić włosie. Trzustka, zresztą prawidłowa, leży prawie poziomo pod torbą, złożoną z rozdętego żołądka i górnego odcinka dwunastnicy.

Cały dolny odcinek jelit, począwszy od ślepego początku, t. j. od ujścia przewodu żółciowego aż do odbytnicy, osadzony jest na wspólnej, wysokiej, ruchomej krezce, zbiegającej się we wspólną nasadę, przymocowaną wzdłuż kręgosłupa. Granicę między jelitem cienkiem a kiszką odznacza tylko dobrze wykształcona kopuła kątnicy i wyrostek robaczkowy. Jelito cienkie, ułożone w kłębek drobnych zawojów, oraz kiszka, ułożona w kilka wężykowato biegnących pętli, zawierają niewielką ilość smołki, są skurczone i zajmują niewiele miejsca w samej dolnej części jamy brzusznej.

Otrzewna jest wszędzie cienka, gładka, lśniąca; nigdzie nie widać żadnych zgrubień, ani zrostów.

Prócz zmian krezki innych zmian rozwojowych niema.

Treść dolnego odcinka przewodu pokarmowego, badana pod mikroskopem, ma zwykłe cechy smołki; w treści żołądka, prócz cząstek pokarmu i zmienionej krwi, liczne czworniaki (*sarcina ventriculi*).

Wszystkie szczegóły tego przypadku, jak usadowienie się przerwy przewodu pokarmowego w jednem tylko, a bardzo typowem miejscu, utrzymanie się krezki w stanie, odpowiadającym wczesnemu okresowi jej rozwoju, brak ja-

[14]) cf. Libow: *l. c.*

[15]) Hecker: *l. c.*

[16]) Chiari: Verein deutscher Aerzte in Prag. 20 II, 1903. Wiener klin. Wochs. 1903, Nr. 18.

[17]) Marckwaldt: Münchener med. Wochs. 1894, Nr. 14.

[18]) Kuliga l. c., str. 504.

[19]) Simmonds: Dyskusya w »Biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg« 21. XI. 1899. Münchener med. Wochs 1900, Nr. 5.

kichkolwiek śladów przebytego zapalenia otrzewnej, przemawiają za tem, że niedrożność była tu skutkiem zaburzeń samejże sprawy rozwojowej. Co do sposobu powstania niedrożności, to odrazu można wyłączyć powstanie jej przez przyrośnięcie zbyt wysokiego fałdu okrężnego do ściany przeciwległej; brak tu bowiem tej cechy morfologicznej, która jedynie przypuszczenie to popiera, to jest owej błoniastej przegrody poprzecznej, zdarzającej się zdaniem Birch-Hirschfelda[20]) i tak wogóle rzadko, choć najczęściej jeszcze w dwunastnicy. W naszym przypadku oba ślepe końce są od siebie zupełnie odzielone. Zresztą i inne przypadki niedrożności dwunastnicy, ogłoszone w nowszych czasach, trudnoby było, prócz może przypadku Preisicha[21]), tłómaczyć przez przyrośnięcie zbyt wysokich fałdów do ściany przeciwległej lub do siebie. Zupełnie zaś niezrozumiałe byłyby wtedy przypadki wrodzonego zwężenia dwunastnicy (bez całkowitego zamknięcia światła), jak n. p. z nowszych ogłoszony właśnie przypadek E. Schwalbego[22]), lub oba pierwsze spostrzeżenia Żukowskiego[23]), a z dawniejszych — 11 spostrzeżeń, zestawionych przez Kuligę (l. c.), których szczegółowsze rozpatrzenie przekracza ramy niniejszej notatki. W przypadkach, podobnych do naszego, jak np. z nowszych w 2 spostrzeżeniach Sicka[24]) i jednem Simmondsa[25]) i w kilkunastu dawniejszych, zebranych w pracy Kuligi, myślećby raczej należało ze względu na ścisły stosunek siedziby zwężenia do ujścia przewodu żółciowego o zboczeniach, wywołanych przez rozwój wątroby lub trzustki, lub obu tych narządów razem. Za dowód, jak znacznym może być wpływ spraw tego rodzaju, służyć może powstawanie prawdziwych uchyłków dwunastnicy w związku z rozwojem trzustki dodatkowej, o czem pisał niedawno jeden z nas[25]). Jeżeli niewielkie stosunkowo trzustki dodatkowe mogą sprowadzać znaczne wypuklenie ściany jelita przez jej pociąganie, to łatwo można sobie wyobrazić, iż rozwój narządów znacznie większych (wątroba i trzustka) przez wypuklenie ściany pierwotnej cewki jelitowej łatwo dać może powód w pewnych warunkach do zaburzeń znacznie wybitniejszych. Zważyć bowiem należy, że oprócz pociągania ściany jelita przez rozwijające się przewody tych gruczołów, może również odgrywać rolę skręcanie się, szczególniej trzustki z położenia płodowego w położenie późniejsze. Przytem łatwo powstać może silne zagięcie lub załamanie jelita w okolicy ujścia przewodów tych narządów, prowadzące w dalszym ciągu wobec może innych jeszcze sprzyjających warunków do zupełnego zamknięcia się światła pętli jelitowej.

Być może zresztą, że rozwijające się zawiązki wątroby i trzustki mogą niekiedy pociągać ścianę jelita w kierunkach odmiennych; może takiem niezgodnem ich działaniem dałyby się wytłómaczyć przypadki, w których zarośnięcie dwunastnicy przypadało nie ponad, ale poniżej ujścia przewodu żółciowego. W przypadku, opisanym przez Hessa[26]) dwunastnica zarosła zupełnie w okolicy ujścia przewodów żółciowego i trzustkowego w ten sposób, że przewód żółciowy uchodził do górnego, ślepo zakończonego odcinka dwunastnicy, a więc powyżej zarośnięcia, trzustkowy zaś do dolnego odcinka dwunastnicy, a więc poniżej zarosłego miejsca. Przypadek ten wydaje nam się szczególnie ważnym, bo, o ile nam wiadomo, drugiego podobnego niema w piśmiennictwie; może troskliwsze badania ujścia przewodu trzustkowego w odpowiednich przypadkach pomnożą z czasem liczbę takich niezwykłych, a do naszego ostatniego przypuszczenia dziwnie przypadających spostrzeżeń.

Nowsze badania embryologiczne dostarczyły jeszcze jednego szczegółu w sprawie powstawania wrodzonej niedrożności dwunastnicy. Mianowicie, w tym samym roku (1900) Filimowski[27]) w krakowskim Zakładzie anatomii opisowej i Tandler[28]) stwierdzili, że w pewnym okresie życia płodowego ulega światło dwunastnicy już fizyologicznie czasowemu zamknięciu przez bujający nabłonek. Nabłonek przewodu pokarmowego, pochodzący z entoblastu, jest w pierwszych okresach rozwoju jednowarstwowy, z początku brukowaty, potem wałeczkowy. W niektórych jednak miejscach jelita buja on potem znacznie i staje się wielowarstwowym (Kollmann). Takie bujanie i grubienie warstwy nabłonkowej spostrzegał Filimowski u zarodków psich, 19 mm. długich, na granicy żołądka i dwunastnicy, a wskutek tego bujania nabłonka światło dwunastnicy znacznie było zwężone. Wkrótce potem układ komórek wybujałego, wielowarstwowego nabłonka staje się w tem miejscu luźniejszy, a pomiędzy komórkami nabłonkowemi bądź przez ich rozsuwanie się, bądź przez rozpad, powstają wolne przestrzenie. W końcu dochodzi do tego, że światło jelita podzielone zostaje przez siatkę postronków nabłonkowych, nie zawierających tkanki łącznej, na kilka odrębnych części. Postronków tych stopniowo ubywa, cieńczeją, w końcu znikają zupełnie, a utrzymuje się tylko nabłonek przyścienny; granica nabłonka przyściennego i sąsiedniej tkanki łącznej pozostaje przez cały ten czas nienaruszoną. Filimowski przypuszcza, że cała ta ciekawa sprawa mogłaby być w związku z powstawaniem niedrożności; Tandler, który u innych ssawców i u człowieka między 30 a 60 dniem rozwoju płodowego opisuje zalepienie światła dwunastnicy przez wybujały nabłonek i powrót jego drożności, wprost twierdzi, że jeżeli fizyologiczny powrót drożności nie nastąpi, to wytwarza się wrodzone zwężenie lub zarośnięcie dwunastnicy.

Nie można zaprzeczyć, że to przypuszczenie jest bardzo pociągające; fizyologiczne zwężenie, czy nawet zupełne zalepienie nabłonkiem światła dwunastnicy tłómaczyłoby dobrze, dlaczego stosunkowo łatwo powstać może wrodzone zarośnięcie tej części jelita pod działaniem rozwoju sąsiadujących z nią dużych gruczołów, o którem wyżej mówiliśmy, jeżeli to działanie przypadnie równocześnie ze szczytem owych

[20]) Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie Wydanie IV. 1895. T. II.

[21]) Preisich: Jahrb. f. Kinderheilk. T. 57. 1903.

[22]) Schwalbe: Naturhist.-medicin. Verein Heidelberg. Medic. Section. 10. II. 1903. Münchener med. Wochens. 1903. Nr. 21. (Przypadek I).

[23]) Żukowskij: Chirurgija (miesięcznik rosyjski). 1902. T. 12. S. 421.

[24]) Sick: Biolog. Abtheilung d. ärztl. Vereins Hamburg. 21. XI. 1899. Münchener med. Wochenschrift. 1900. Nr. 5. — [25]) Simmonds: w dyskusyi tamże.

[25]) Gliński: Przegląd lekarski. 1901 i Virchows Archiv. 1901.

[26]) Hess: Deuts. med. Wochens. 1897.

[27]) Filimowski: Biuletyn Akademii Umiej. w Krakowie. 1900. Kwiecień.

[28]) Tandler: Morphol. Jahrb. 1900. T. 29 i Ergänzugsh. d. anat. Anzeigers. 1900. T. 18. S. 42. według Maurera »Handb. der Entwickelungslehre der Wirbelthiere«. Jena 1902. Zesz. 6—8. S. 184.

fizyologicznych przemian nabłonka. Ale zdanie, że same tylko te przemiany nabłonka mogą niekiedy wywołać zarośnięcie dwunastnicy, wydaje nam się niezupełnie usprawiedliwione; mianowicie nie znajdujemy w niem wytłómaczenia, czemu właściwie w pewnych przypadkach nie następuje fizyologiczny powrót drożności światła jelita i czemu zdarzające się zupełne zarośnięcie dwunastnicy tak często i tak ściśle trzyma się okolicy ujścia przewodów trzustki i wątroby. Zdaniem naszem należy tu przypuścić koniecznie przynajmniej współdziałanie innych wpływów rozwojowych, o których mówiliśmy, z przemianami nabłonka; same zaś owe przemiany mogłyby mieć większe znaczenie chyba w tych rzadkich przypadkach, gdzie zwężenie lub zarośnięcie światła usadowiło się na samej granicy żołądka i dwunastnicy, tam właśnie, gdzie przedewszystkiem ową fizyologiczną czasową niedrożność spostrzegano [29]).

Na podstawie tego, cośmy powiedzieli, oznaczyć też można mniejwięcej czas, w którym powstało w naszym przypadku zarośnięcie dwunastnicy. Jest nim w każdym razie wczesny okres życia płodowego, nie później, niż 2—3 miesiąc ciąży, gdyż w tym czasie wykształcają się trzustka i wątroba, rozwój krezki zaś nie jest jeszcze ukończony. Wskazują też na to stosunkowo znaczny przerost roboczy i rozdęcie żołądka, górnej części dwunastnicy i przełyku, potwierdzające zresztą znany fakt, iż płód w łonie matki pracuje już całym swym przewodem pokarmowym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Z oddziału prof. Rosnera c. k. Szkoły położnych.**

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Ciąg dalszy).

Skręcenia, zawęźlenie jest jeszcze rzadsze; w piśmiennictwie znaleźliśmy zaledwie 6 przypadków, dodając do tego dwa nasze, będziemy mieli razem przypadków 8. Przyczyną skręcenia w warunkach prawidłowych bywa nadmierna długość krezki i jelita. Ponieważ skutkiem ciąży, a więc powiększenia się macicy, zmniejsza się wolna przestrzeń w jamie otrzewnowej, przesunięte kiszki ponad i poza macicę są do pewnego stopnia przez macicę uciśnięte, stąd i wolna przestrzeń w jamie otrzewnowej jest mniejszą i ruchomość kiszek upośledzoną; wszystko to usuwa konieczne warunki do powstania skrętu. Daleko prędzej powinno się trafić skręcenie w połogu, bo nagłe zmniejszanie się macicy pozostawia wolną dużą przestrzeń w jamie otrzewnowej, a nadto rozciągnięte wiotkie powłoki nie stawiają żadnej przeszkody ruchowi jelit i jelit tych należycie nie uciskają, jak to często widzimy przy skręceniu szypuły torbieli jajnikowych. Skręcenia pętli jelita w połogu znaleźliśmy w piśmiennictwie tylko jeden przypadek; zdaje się, że powodem takiej rzadkości jest z jednej strony znacznie w połogu zmniejszony ruch robaczkowy jelit, dalej — zachowanie się położnicy, to jest leżenie i ścisła dyeta, wreszcie nie można wykluczyć, że pewien szereg przypadków nie został ogłoszony, albo też, występując w połogu, mógł być uważany za ostre zapalenie otrzewnej. (Grupa II.)

Na ośm zebranych w piśmiennictwie skręceń mamy tylko jeden przypadek w połogu, reszta jest podczas ciąży i to przeważnie w miesiącach późniejszych, a więc w tych, kiedy macica duża zapełnia prawie całą jamę otrzewnową i kiedy przechyla się na stronę prawą, pozostawiając wolniejszą przestrzeń po stronie lewej. We wszystkich przypadkach było nawykowe zaparcie stolca; bezpośrednią zaś przyczyną skrętu był jakiś wysiłek fizyczny. Zapad przy skręceniu tak szybko postępuje, że w trzech przypadkach śmierć nastąpiła przed rozwiązaniem, ztąd też zwiększa się znacznie przy skręceniu i odsetek śmiertelności płodów. Na ośm przypadków mamy 5 płodów nieżywych, a tylko troje żywych, z tych zaś jedno urodzone przed powstaniem skrętu. (Przypadek 1. 6). Co do śmiertelności matek, to dwa przypadki nieoperowane zakończyły się śmiercią, z operowanych zmarło 5, razem przypadków 7; w jednym tylko przypadku uratowano życie matki. We wszystkich operowanych przypadkach starano się tylko usunąć skręcenie; we wszystkich też następował prawie bezpośrednio po operacyi poród, po ukończeniu którego matka umierała, lub też umierała jeszcze przed ukończeniem porodu. We wszystkich tych przypadkach płody były nieżywe, bądź to przez to, że matka zmarła przed rozwiązaniem, bądź też przychodziły na świat nieżywe. Czy na śmierć wpływała sama operacya, tego z tak nieliczne statystyki rozstrzygnąć nie można; przemawiałaby przeciw temu statystyka operacyi, wykonanych śród innych przyczyn niedrożności. Być może, że płody te ulegały zatruciu, jakie w niedrożności powstaje w ustroju; ta sama jednak przyczyna powinnaby zabijać płody i przy innych niedrożnościach przewodu pokarmowego. Śmiertelność ta płodów była bodźcem, dlaczego, robiąc laparotomię, zrobiliśmy w naszym przypadku odrazu i cięcie cesarskie, gdyż dzięki temu dostaliśmy płód żywy. Że matka zmarła, to powodem nie było tu przedłużenie operacyi, ani ciężkość samego zabiegu, ale rozpoczęte tuż przed operacyą zapalenie otrzewnej; gdyby nie to przebieg pooperacyjny, mimo, a właściwie dzięki wykonaniu cięcia cesarskiego, byłby pomyślny. W przypadkach niedrożności w ostatnich miesiącach ciąży, jeżeli wśród czasu trwania niedrożności rozpoczął się już poród, możemy być pewni, że poród ten po dokonanej operacyi będzie dalej postępował. Z ogłoszonych przypadków przekonujemy się dalej, że podczas porodu, odbywającego się bezpośrednio po operacyi, umierają matki, umierają także i płody, jeżeli nie można było przed śmiercią matki wydobyć płodu sztucznie. Ponieważ życie płodu, jak słusznie podnosi Dohrn, jest tyle warte, co i życie matki, pozostawałoby w przypadkach tych wykonanie cięcia cesarskiego na umierającej lub zmarłej. Jeżeli jednak uwzględnimy wstręt lekarzy do wykonania cięcia na umarłej, często opór rodziny, a przytem brak bezwzględnej pewności, że płód uratujemy, to daleko racyonalniej będzie przy operowaniu niedrożności wykonać równocześnie cięcie cesarskie. Naturalnie wykonać go można tylko wtenczas, jeżeli wiemy, że płód jest żywy, zdolny do życia, jeżeli, jak słusznie podnosi Runge, wiemy prawie

[29]) Kuliga (l. c.) czyni inne jeszcze zarzuty przypuszczeniu, że same przemiany nabłonka mogłyby być źródłem zarośnięcia dwunastnicy. Przedewszystkiem zauważa Kuliga, że dwie powierzchnie wówczas dopiero zróść się mogą, gdy stracą ochronną pokrywę nabłonkową. Wypełnienie tedy nabłonkiem światła jelita nie mogłoby doprowadzić do stałego zarośnięcia, jeżeliby nabłonek ten całkowicie przez jakąś sprawę patologiczną nie zniszczał. (Przypisek w korekcie).

Grupa II. *Skręcenia i zawęźlenia.*

Liczba	Wiek	Miesiąc ciąży	Autor	Objawy	Sposób leczenia	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyny niedrożności
1	—	10	Gottsched. Inaug. Diss., 1869.	Nagle bóle w brzuchu i wzdęcie. W 2 dniu choroby rozpoczął się poród.	Przetwory narkotyczne	Śmierć w 2 dniu choroby	—	Skręcenie poprzecznego ramienia jelita grubego.
2	34 wielor.	10	G. Braun. Wien. med. Wochenschr., 1885.	Od 8 dni brak stolca i wiatrów, od 3 dni nudności i silne bole. Napad drgawek. Po porodzie znowu tesame objawy, zapad.	Lewatywy	Śmierć w 3 dniu połogu, w 11 od początku choroby	Poród dobrowolny po napadzie eklampsyi, płód nieżywy	Skręcenie jelita esowatego
3	24	10	Assmuth. Petersburg med. Wochenschr., 1885.	Nagle objawy niedrożności; w kilka godzin później rozpoczął się poród.	Laparotomia po porodzie w 59 godzin od rozpoczęcia się choroby	Śmierć w 60 godzin po operacyi	Poród dobr. ukończono kleszczowo płód nieżywy	Skręcenie $1^1/_2$ jelita esowatego
4	43 wielor.	3	K. Braun Archiv. f. klin. Chirurg. Bd. XLIII.	Objawy niedrożności od 4 dni.	Sztuczna przetoka kałowa. Dnia następnego laparotomia.	Śmierć w 5 godzin po operacyi	—	Skręcenie jelita esowatego
5	39 wielor.	4	Gottschalk Arch. f. Gynäk., 1894.	Od 6 dni objawy niedrożności.	Laparotomia.	Smierć w kilka godz po operacyi	Poronienie rozpoczęło się przed śmierc.	Skręcenie jelita esowatego
6	wielor.	połóg	Morestin. Soc. chirurgie, 1900.	Objawy niedrożności w pierwszym dniu połogu.	Laparotomia w 2-gim dniu połogu.	Wyleczenie	Płód żywy	Skręcenie jelita cienkiego

na pewno, że rodząca wkrótce umrze i że nie możemy jej rozwiązać drogami naturalnemi i w sposób łagodny.

Załamanie, jako powód niedrożności przewodu pokarmowego, przytrafia się prawie wyłącznie w połogu. Przyczyna jest ta sama, co i poza ciążą, to jest zrost otrzewnowy. Zrost taki pomiędzy pętlą jelita a ścianą macicy, najczęściej z dnem powstały w ciąży, nie sprowadza żadnych złych następstw aż do chwili połogu, a nieraz nawet i przez pewien czas po połogu. Dopóki macica jest duża, dopóty zrost taki nie naciąga kiszki, nie sprowadza jej zagięcia; w miarę jednak, jak macica maleje coraz bardziej, pociąga zrost pętlę jelita, aż w końcu sprowadzi jej załamanie i ztąd też im zrost będzie dłuższy, tem później w połogu wystąpią objawy niedrożności Aby jednak załamanie to mogło powstać, musi zrost być dosyć gruby i twardy, a nadto niezbyt długi; zrosty cienkie, świeże, mogą się same rozdzielić skutkiem ruchu robaczkowego jelit; zrosty zaś długie nie sprowadzają załamania, ale mogą być przyczyną także niedrożności przez powstanie zasznurowania lub uwięźnięcia. Omawiając załamania, uwzględniamy tylko przypadki takie, w których zrost był między pętlą jelita, a ścianą macicy, i w których prócz załamania pojedynczej pętli reszta jelit zachowywała się prawidłowo; wszystkie inne przypadki, w których prócz zrostów były jakieś nieprawidłowości ułożenia jelit, uwzględniliśmy w grupie pierwszej.

Grupa III.

Przypadek załamania pętli jelita po porodzie opisują:

1. Kirmisson: zrost, odchodzący od dna macicy do pętli jelita cienkiego, sprowadził załamanie całkowite z objawami niedrożności dopiero w trzecim miesiącu po porodzie. Po usunięciu zrostu nastąpiło wyleczenie.

2. Témoin: załamanie w 6-tym miesiącu ciąży, z wszystkimi objawami niedrożności. Podczas wykonania laparotomii znalazł T. zrosty, sprowadzające załamanie, odchodzące od tylnej ściany macicy do jelita cienkiego. W kilka godzin po operacyi nastąpiło poronienie, mimo to chora wyzdrowiała.

3. Noble przytacza przypadek Longakra, który skończył się zajściem śmiertelnem, a przyczyną niedrożności był zrost jelita z macicą.

Załamanie, jak to z zebranych przypadków widzimy, trafia się przeważnie w połogu; w jednym tylko przypadku nastąpiło w ciąży. Rokowanie w tego rodzaju niedrożności, jak z tej statystyki wynika, byłoby dobre, lepsze, niż w grupach poprzednich, gdyż na pięć przypadków mamy tylko jedno zejście śmiertelne. Na dobre wyniki operacyjne może wpływać to, że chora jest już położnicą, a więc jama otrzewnowa po operacyi pozostaje w spokoju, chociaż w przypadku L. 2. mieliśmy ciężarną, która po operacyi odbyła poronienie, a mimo to wyzdrowiała; główną jednak przyczyną będzie powolne powstawanie niedrożności, przystosowanie się ustroju do tego, nadto nie tak gwałtownie występujący zapad, łatwiejsze rozpoznanie, większa pochopność do wykonania operacyi w połogu, niż w ciąży, ztąd też i wcześniej, a więc w lepszych warunkach, wykonane operacye. W piśmiennictwie znajdujemy przytoczone przypadki niedrożności przewodu pokarmowego w ciąży, których nie możemy do żadnej z tych trzech grup zaliczyć, bo wszystkie chore zmarły nieoperowane, a nadto nie robiono sekcyi, któraby wyjaśniła rodzaj niedrożności. I tak Abramson opisuje przypadek niedrożności w dziewiątym miesiącu ciąży; Hancocke — w 6-tym tygodniu; Pye Smith — w piątym miesiącu i Galabin w szóstym miesiącu. Również do żadnej grupy nie możemy zaliczyć, ani w ogóle uważać za niedrożność tych przypadków, które liczni autorowie opisują wprawdzie jako niedrożność, a w których objawy ustąpiły po odpowiedniem ułożeniu położnicy, lub podaniu leku przeczyszczającego lub lewatywy. Takich przypadków niedrożności nie z piśmiennictwa, ale z własnego spostrzegania moglibyśmy przytoczyć całe dziesiątki; lecz o nich zupełnie zamilczymy, gdyż niedrożność, której objawy ustępują po

środkach przeczyszczających lub lewatywach, uważamy jako zwykłe zaparcie stolca, częste u ciężarnych, zwłaszcza u nerwowych i dotkniętych zaparciem nawykowem.

Grupa IV.

Liczba	Miesiąc ciąży	Autor	Sposób leczenia
1	3	Albrecht: »Med. Central. Zeitung, 1855«.	Electuarium lenitivum
2	połóg	Gusserow: »Verhand. f. Gesch. f. Geb., 1868«.	250 grm. rtęci
3	połóg	Tournay: »Soc. belge de gyn. et d'obst. 1897«.	Ułożenie kolankowo-piersiowe
4	4	Vollmer: »Schmidt's Jahrb., 1834«.	Środki przeczyszczające, lewatywy z wody lodowej i leków czyszczących, zlewania wodą lodową, lód do połykania.
5	3	Duplon de Garach: »Gaz. des Lôp., 1893«.	Środki przeczyszczające, przepłókanie żołądka
6	—	Carthy: »Lancet, 1888«.	Nakłócie
7	połóg	Fraisse, »Nouvel. arch. de obst. et gyn., 1892«.	Wysokie lewatywy
8	7	Lepage »Com. à la Soc. d'obst. de gyn., 1902«.	Po poronieniu dobrow. lewatywy i leki czyszczące
9	8	Meyer: „Monat. f. Geb. u. Gyn., 1899«.	Przepłókiwanie żołądka po porodzie i wstrzykiwanie morfiny.
10	połóg	A. Mars: »Roczn. Tow. ginek., 1891«.	Leki przeczyszczające, lewatywy, zmiana położenia

Jak to wynika z przytoczonych przypadków, zaczerpniętych z piśmiennictwa, objawy niedrożności ustąpiły w przypadku 1, 4, 5, 7, 8 i 9 po podaniu odpowiednich leków czyszczących, wysokich lewatyw i przepłókiwań żołądka; to, że właśnie po tego rodzaju lekowaniu przypadłości te ustąpiły, mimo woli nasuwa się przypuszczenie, że były to przypadki tylko zwykłego zaparcia stolca. Jedynie wysokie lewatywy mogłyby usunąć nieznaczną przeszkodę w drożności jelit, spowodowaną złem ich ułożeniem; wręcz przeciwnie działać będą w przypadkach tych środki przeczyszczające, a przepłókiwanie żołądka usuwa tylko chwilowo jeden z objawów, ale nie samo cierpienie; stosowanie tego zabiegu w niedrożności przez czas dłuższy uważa Rydygier za bardziej niebezpieczne, niż samą laparotomię; podobnie Bardeleben i Madelung zapatrują się i na inne sposoby, tak zwane łagodniejsze leczenia niedrożności. Podawanie dużej ilości rtęci ma obecnie znaczenie historyczne i żaden chirurg nie będzie go używał przy pewnej niedrożności, tak samo i nakłócia kiszek, jako zabiegu zbyt niebezpiecznego, a mało pewnego; oba więc te przypadki, t. j. 2 i 6, prawdopodobnie także nie były typową niedrożnością. Jedynie w przypadku Marsa niedrożność była stwierdzoną, objawiała się jednak tylko nadmierną bębnicą, brakowało zaś innych objawów niedrożności ostrej, co dowodziłoby, jak niebezpiecznem jest takie powikłanie w połogu, i jak utrudnia rozpoznanie istotnej niedrożności.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Haug (Monachium): **Hygiene des Ohres im gesunden u. kranken Zustande.** Trzy tablice. Ernst Heinrich Moritz. Stuttgart.

Może na żadnem polu wiedzy ludzkiej nie istnieje tyle bezmyślnych zabobonów, tyle błędnych pojęć i zapatrywań u publiczności, a taki brak wiedzy u lekarzy, jak w zakresie chorób usznych. Tem się też tłómaczy, że w żadnej dziedzinie higieny nie napotyka się tyle zaniedbania, lekceważenia i ich następstw, jak w patologii i terapii narządu słuchowego.

Prof. Haug, z którego pracy podajemy krótkie sprawozdanie, zasłuży na niespożytą wdzięczność swojemi usiłowaniami rozjaśnienia panującej tu ciemnoty i sprostowania mylnych poglądów.

Po wstępie, w którym autor podnosi doniosłe znaczenie osobnicze i społeczne dobrego słuchu, wymienia on drogi powstawania chorób usznych i zwraca uwagę na środki i sposoby, służące z jednej strony do zachowania prawidłowej czynności narządu słuchowego, z drugiej do zapobiegania cierpieniom, oraz pogorszeniom już istniejących chorób słuchu; podnosi zatem znaczenie częstego czyszczenia jamy ustnej, potrzebę gimnastyki oddechowej, pożytek ze stosowania środków higienicznych w ostrych i przewlekłych chorobach górnych dróg oddechowych i t. p. W rozdziale o higienie ucha zewnętrznego omawia autor szkodliwy wpływ powietrza mroźnego i gorącego, noszenia kolczyków, nieodpowiednich sposobów oczyszczania ucha, zatykania ucha watą, dostawania się ciał obcych, urazów ucha, kąpieli w przebiegu chorób usznych i t. d. W rozdziale następnym przedstawia autor uszkodzenia uszów, wynikające z różnych zawodów i daje pouczenie postępowania przy wyborze zawodu, przestrzega przed stosowaniem pewnych leków i udziela wskazówek zachowania się w przebiegu różnych chorób usznych. W ostatnich nareszcie rozdziałach roztrząsa znaczenie dziedziczności w powstawaniu chorób usznych, wpływ jazdy na kole, stosunek chorób usznych do sprawy ubezpieczeń na życie, dalej kalectwo chorych na uszy, wreszcie przyczyny i leczenie głuchoniemoty.

Z tego powierzchownego zarysu poznać można bogaty i obfity materyał, zawarty w dziełku prof. Hauga. Wywody autora skierowane są przeważnie do szerokiego ogółu, lecz zawierają wiele pouczających szczegółów i dla lekarza. Życzyć tylko należy, by rady i upomnienia autora znalazły ochoczy posłuch i łatwy przystęp do umysłu czytającego ogółu. Forma zewnętrzna książki okazała, a cena bardzo dostępna. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Schumburg. **Uwagi nad działaniem wyskoku mydlanego, jako środka odkażającego narzędzia lekarskie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Przed rokiem ogłosił Gerson swoje doświadczenia, z których wynika, że wyskok mydlany jest bardzo dobrym środkiem odkażającym. Doświadczenia robił w ten sposób, iż wprost po operacyach ropnych owijał noże w watę, przesiąkniętą wyskokiem mydlanym i na kilka dni tak pozostawiał, potem zdejmował tę watę i nóż wbijał w stężoną żelatynę, lub agar; w 20 próbach pożywki pozostały jałowemi. Gerson przypuszczał, że w ciągu tych dni wyskok mydlany się ulatnia i narzędzie staje się przez to jałowem. Autor powtórzył te doświadczenia, jednakże z tą odmianą, że zamiast żelatyny używał bulionu, który daje lepsze warunki dla rozwoju drobnoustrojów, niż pożywka stała, a drobnoustroje przez dłuższe zetknięcie się z wyskokiem mydlanym i metalem noża, jak też przez wysuszenie się osłabiały. Noże posmarowane hodowlą paciorkowców leżały przez trzy dni owinięte w watę przepojoną wyskokiem mydlanym; po trzech dniach zaszczepił autor tymi nożami żelatynę i bulion i okazało się, że podczas gdy żelatyna pozostała jałową, wyrosły w rurkach bulionowych obficie pa-

ciorkowce, z czego wynika, że ich wyskok mydlany nie zabił. Na mocy swych dawniejszych prac nad bakteryobójczością środków odkażających autor twierdzi, że w jakikolwiekbądź sposób się to dzieje, czy osłona skrzepłego białka z drobnoustrojów chroni i inne od zagłady, czy też jakieś warunki, powstające przy mięszaniu płynów, to pewna jednak, że wyskok mydlany bezwarunkowo nie zabija drobnoustrojów, chociażby tak wrażliwych, jak n. p. prątki cholery.

B. Żmigród.

Becher. **Związek między zniekształtnieniami klatki piersiowej i skrzywieniami bocznemi kręgosłupa, a wyroślami gruczołowatemi w jamie nosowo-polykowej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 17). U znacznej liczby dzieci w wieku 6—12 lat należy odnieść nawykowe skrzywienie kręgosłupa do obecności wyrośli gruczołowatych. Idzie tu o lekkie postacie skrzywienia z równoczesnem zniekształtnieniem klatki piersiowej, która ulega nieckowatemu zagłębieniu w dolnej trzeciej części mostka i z płaskiem wciągnięciem bocznem. Wciągnięcia te są widocznym wyrazem trwającego latami utrudnienia oddechu. W okresie wzmożonego wzrostu ustroju powstaje później nagle skrzywienie boczne stosu pacierzowego wskutek ogólnej wątłości, wynikłej z istniejącego przez długi czas utrudnienia oddechania. Usunięcie wyrośli gruczołowatych sprowadza szybkie wyprostowanie kręgosłupa, co również przemawia za związkiem przyczynowym między temi cierpieniami.

W dyskusyi nad tym odczytem, który miał miejsce na posiedzeniu „Wolnego Stowarzyszenia chirurgów“ w Berlinie, podniósł Hoffa, że zniekształtnienie to klatki piersiowej jest tak charakterystyczne, że z niego samego można wnioskować o obecności wyrośli gruczołowatych, albo przerosłych migdałków; postać tę należy stanowczo odróżnić od zniekształtnień pochodzenia krzywiczego.

Spira.

Hirschl. **Pląsawica ciężarnych.** (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.* tom 17, zeszyt 1, 1903). Pląsawica, występująca w ciąży, stanowi osobną postać chorobową i jest rodzajem „chorea minor“; autor poleca dla niej nazwę „chorea e graviditate“. Pewną jej odmianą jest t. zw. „hemichorea“, w której choroba zajmuje tylko połowę ciała i to zwykle lewą. Inne postacie pląsawicy, jak Huntingtona, „chorea electrica“, lub „chorea posthemiplegica“ zdaje się w ciąży zupełnie nie występują. Choroba ta, stanowiąca zawsze bardzo ciężkie powikłanie ciąży, występuje zwykle w pierwszej jej połowie i głównie u pierwiastek (62·2%). Chociaż gościec niewątpliwie odgrywa ważną rolę w powstawaniu tego cierpienia, mimoto zdaje się, że i pewne substancye trujące, krążące w ustroju kobiety ciężarnej, a pochodzące może z płodu, przyczyniają się, jeżeli nie do wywołania samej choroby, to z pewnością wytwarzają pewne usposobienie do łatwego jej wybuchu. Bezpośrednim bodźcem mogą być wreszcie urazy psychiczne i fizyczne. Że zachodzi istotny związek między tą postacią pląsawicy, a ciążą, za tem przemawia fakt, że z chwilą opróżnienia jamy macicznej objawy prawie zawsze zupełnie ustępują i to tem wcześniej, im w późniejszym okresie ciąży choroba wystąpiła. Wybuch jej poprzedza zwykle okres zwiastunowy, objawiający się porażeniami, bólami gośćcowymi, psychicznem przygnębieniem i t. p. Samą chorobę rozpoznaje się z łatwością po ciągłych skurczach mimowolnych, głównie w mięśniach twarzy i kończyn; nadto przyłączają się nierzadko objawy psychiczne. Wszystkie te objawy mogą dojść do tego stopnia, że chora, nie będąc w stanie ani chodzić, ani leżeć, ani też przyjmować pokarmów, umiera wprost z osłabienia w 1—2 tygodni po wybuchu choroby. Rokowanie jest wątpliwe; śmiertelność matek waha się między 17·5%, a 30%; czasem choroba przechodzi w formę przewlekłą (2·7%); śmiertelność płodów wynosi według Buista 43%. Leczenie bywa różne: jedni w każdym przypadku przerywają ciążę natychmiast, drudzy postępują zachowawczo. Według autora leczenie powinno zależeć od ogólnego stanu chorej, a nie od natężenia objawów. W przypadkach, w których chora z dnia na dzień słabnie z powodu zupełnej bezsenności i nieprzyjmowania pokarmów, lub jeśli występują takie powikłania, jak zapalenie śródsierdzia, lub zaburzenia psychiczne, tam ciążę należy przerwać bez względu na życie płodu, i tak wątpliwe. W przypadkach lżejszych można czekać i przez ten czas leczyć objawowo. Najlepszym środkiem jest roztwór arsenowy Fowlera, ale w małych dawkach, 3—40 kropli dziennie; kobietom niedokrewnym dodaje się nalewkę jabłkanu żelaza. Wstrzykiwań podskórnych roztworu i podawania makowca należy unikać. Dobrym lekiem jest również chloral 2—4 grm. dziennie; soli bromowych autor nie poleca, gdyż działanie ich jest krótkie i przemijające, a nadto przy dłuższem użyciu sprowadzają ciężkie krwotoki porodowe; objawy szałowe uśmierza się hyoscyaminą, jednak z małym skutkiem; wreszcie niektórzy używają kwasu salicylowego i nalewki kozłka.

Dr. E. Ehrenpreis.

Stravoskiadis. **O zmianach macicy w przebiegu chorób zakaźnych.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 17, zeszyt 1 i 2, 1903). Po omówieniu piśmiennictwa tego przedmiotu przechodzi autor do swoich badań. Badanych było 24 przypadków; w 12-tu przypadkach; sekcya wykazała: zapalenie płuc krupowe; w 4 dur brzuszny; w 3 ropnicę; w 2 zapalenie opon mózgowych, w 1 otok opłucnowy; w 1 wąglik, wreszcie w 1-szym ogólną ostrą gruźlicę prosówkową. Pięć razy sprawa dotyczyła położnic, 19 razy kobiet poza okresem połogowym. W 16-tu przypadkach badanie dało wynik dodatni, w 8-miu ujemny. Wyniki te są następujące: Makroskopowo można było wykazać we wszystkich przypadkach wyraźne powiększenie i wiotkość trzonu macicy. Często w przebiegu ostrych chorób zakaźnych występuje różnego stopnia ostre zapalenie błony śluzowej macicy, od zwykłego nieżytowego do błoniczego; w połączeniu z temi zmianami zauważono mniejsze lub większe krwotoki. Zapalenie to zostaje wywołane wprost przez swoiste drobnoustroje, odpowiadające zwykle tym, które wywołują i pierwotną chorobę zakaźną. Drobnoustroje te dostają się do macicy drogą naczyń krwionośnych i zdaje się, że w okresie ciąży lub połogu znajdują szczególnie korzystne warunki do szybkiego rozmnażania się. Przyczyny poronienia lub porodu przedwczesnego w przebiegu ostrej choroby zakaźnej należy często szukać w owych zmianach na błonie śluzowej macicy; wówczas bowiem przychodzi nierzadko do wytworzenia się wypociny, lub krwotoku między błoną doczesną, a płodem, co może wywołać skurcze macicy. Nadto zmiany te mogą wywołać zaburzenia w odżywianiu samego płodu, a w następstwie tego nawet jego śmierć. Śmierć płodu może być również spowodowaną samem zakażeniem jego ustroju, lub wysoką ciepłotą ustroju matki.

Dr. E. Ehrenpreis.

Carles. **Poszukiwanie indykanu w moczu jako środek rozpoznawczy w zboczeniach chemizmu żołądka.** (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 15). W przypadkach chorób żołądkowych, w których dla względów ubocznych badanie bezpośrednie soku żołądkowego jest niedostępne, musimy uciekać się do innych środków rozpoznawczych. Do nich są zaliczane dotychczas ilościowe oznaczanie mocznika i chlorków w moczu. Obecnie autor zachwala w tymsamym celu systematyczne poszukiwanie indykanu. Obecność indykanu w moczu zależy w znacznej części, jak na to zwrócił uwagę Charrin (*Sém. méd.*, 1902), od nieprawidłowej fermentacyi w jelitach, której następstwem jest wzmożone wytwarzanie indolu. Otóż fermentacya ta, jak wogóle przebieg trawienia jelitowego, jest w znacznej części zawisła od chemizmu żołądka. I tak: wysoka zawartość kwasu solnego w soku żołądkowym zapobiega przez swoje działanie odkażające wytwarzaniu się indolu; u chorych z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego nigdy nie spotkamy w moczu indykanu. Naodwrót w przypadkach raka, gdzie wydzielanie kwasu solnego jest w znacznym stopniu upośledzone, lub nawet zupełnie zniesione, indykanurya przybiera znaczne rozmiary. Badanie zatem w tym kierunku może mieć w praktyce ważne znaczenie rozpoznawcze. Metoda, jaką autor posługiwał się dla wykazania indykanu, jest bardzo prosta. Nalewa się do probówki równe części kwasu solnego i moczu; dodaje się nieco chloroformu, lekko podgrzewa i dolewa kilka kropel wody utlenionej. Jeżeli się kilka razy potrząśnie probówką, zatknąwszy ją palcem, indykan przejdzie do chloroformu, nadając mu zabarwienie od szaro-niebieskawego, aż do ciemnego granatu.

Dr. T. Żeleński.

Boscolo. **Wstrzykiwania wody utlenionej w przebiegu nieżytowego zapalenia płuc u dzieci.** (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 15). Dobroczynne działanie wdechań tlenowych przy grożącej zamartwicy (asfiksyi) znane jest już oddawna. W nowszych czasach Gärtner przeprowadził na zwierzętach szereg doświadczeń, wprowadzając im tlen do żył. Doświadczenia te, jak również fakt, stwierdzony przez fizyologów, że woda utleniona działa ożywczo na mięsień sercowy, wyosobniony ze zwierzęcia, posłużyły za punkt wyjścia badaniom włoskich uczonych. Mariani zastosował doświadczenie Gärtnera u człowieka, zaś Boscolo stara się zwalczać duszność w przebiegu zapalenia płuc u dzieci zapomocą wstrzykiwań wody utlenionej. Autor wprowadza pod skórę 6—8 grm. płynu, powtarzając w razie potrzeby ten zabieg co drugi dzień. Podczas tej małej operacyi stosuje wdechania tlenu, aby uniknąć nagłej niedomogi serca, spowodowanej obawą i niepokojem dziecka. Woda, służąca do otrzymania przetworu, winna być poprzednio wyjałowiona, jak również zasady aseptyki zachowane. Autor stosował metodę swoją w dwóch przypadkach i w obu osiągnął dobre wyniki; w jednym przypadku stosowane były dwa zastrzyknięcia, w drugim trzy.

Dr. T. Żeleński.

Leven. **Wyskok, a otyłość.** (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 19). U otyłych alkoholików autor w licznych przypadkach osiągnął schudnięcie przez proste usunięcie napojów wyskokowych bez

zmian w reszcie pożywienia i w fizycznym trybie życia. Jeżeli chorym takim dostarcza się taką samą, lub wyższą ilość ciepłotek (kaloryi), jaką utracili przez odjęcie w wyskoku, podając im dość masła, lub cukru, to waga ciała pomimo tego się nie podnosi, lecz pozostaje stałą. Ztąd autor wyprowadza wniosek, że alkohol nie tuczy ilością ciepłotek, jakie dostarcza ustrojowi, lecz przez zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, które wywołuje. Doświadczenia te potwierdzają pogląd, że wszelkie pożywienie niestrawne bez względu na skład chemiczny i na zawartość ciepłotek może spowodować przybytek tłuszczu. *Dr. T. Żeleński*

M. Hegyi. **Różnica drobnowidowa między kośćmi ludzkiemi, a zwierzęcemi.** (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 48, 1902). Doświadczenia, które H. przeprowadził w koloszwarskim zakładzie medycyny sądowej, wykazują, iż przekrój poprzeczny kości kończyn ludzi dorosłych można łatwo odróżnić od takiegoż przekroju kości kończyn zwierząt, (psów, owiec, świń, bydła, królików, sarn, jeleni, zajęcy, kotów), ponieważ występujące na przekroju kości ludzkich, okrągłe i jajowate kanaliki Hawersa są w przecięciu trzy razy większe, a ilość ich w polu widzenia o $^1/_3$ mniejsza. Dalszą różnicą jest to, iż na poprzecznych przekrojach kości zwierzęcych widzimy 10—15 obok siebie położonych, do obwodu kości równolegle bieżących, podłużnie rozmieszczonych kanalików Hawersa, których obecność bezwątpienia dowodzi zwierzęcego pochodzenia kości. *Baschkopf.*

E. Tövölgyi (Budapeszt). **O zatruciu jodem.** (*Orvosi hetilap* Nr. 40, 1902). Dotychczas nie jest rozstrzygniętą sprawa przy zatruciu jodem, skutkiem jakich procesów chemiczno-biologicznych uwalnia się jod z jodku potasowego, w której to postaci najczęściej bywa podawanym. T. uważa za najprawdopodobniejszą teoryę Oppenheima, według której jod uwalnia się z połączenia skutkiem procesu rozkładowego, jaki ma miejsce w zakresie górnych dróg oddechowych. Lecz i ta teorya nie tłómaczy procesu chemicznego. Uderza też, iż właśnie chorzy, zażywający jodek potasowy w małych ilościach, skłonni są do zatrucia jodowego. T. opisuje przypadek zatrucia, w którym obok znanych objawów jodyzmu zwracały uwagę wielokrotne zapalenia okostnej; szczególnie uderzał ograniczony obrzęk błony śluzowej krtani poniżej więzadeł głosowych, gdzie przedtem był kilak. Objawy te znikały po zaprzestaniu leczenia jodem, by z ponownem rozpoczęciem leczenia na nowo wybuchnąć. Dla uniknięcia jodyzmu radzi T. podawać większe ilości jodku potasowego z dodatkiem nieco sody i to w mleku po jedzeniu. *Baschkopf.*

Géza Illyés i Géza Kövesi (Budapeszt). **O rozcieńczającej zdolności nerek, jako sposobie czynnościowego rozpoznania.** (*Orvosi hetilap* Nr. 14, 1902). Kövesi i Roth-Schultz wykazali, iż w rozlanych sprawach chorobowych nerek wydzielanie wody, zatem zdolność rozcieńczająca nerek jest mniej, lub więcej upośledzoną. W doświadczeniach, przeprowadzonych w peszt. klinikach: chirurgicznej i lekarskiej starali się J. i K. sprawę tę praktycznie wyzyskać do oznaczenia sprawności każdej nerki z osobna. Do moczowodów wprowadzono cewniki, a mocz, osobno z każdej nerki otrzymany, badano najprzód bez próby rozcieńczania. Potem chory wypijał około dwóch litrów wody Salwatora, poczem mocz badano co pół godziny. W niektórych z badanych przypadków zmiany chorobowe w jednej nerce były bardzo ciężkie. W tych przypadkach nerka chora wydzielała tylko bardzo mało moczu, a wydzielanie nie wzmagało się także podczas próby rozcieńczania. W czterech przypadkach jedna z nerek była chorobowo zmienioną, mimoto jednak wydzielała mocz; ilość jego była jednak mniejszą, oraz zgęszczenie molekularne było mniejsze, niż moczu z nerki zdrowej. Próba rozcieńczania wykazała jeszcze wyraźniejszą różnicę sprawności nerek: nerka zdrowa okazywała daleko większą zdolność wydzielania wody, natomiast molekularne zgęszczenie moczu nerki chorej zmieniało się w nieznacznym tylko stopniu. Autorowie przemawiają za nieszkodliwością zgłębnikowania moczowodów i nie obawiają się zostawiać zgłębnika w moczowodzie przez bardzo długi czas, względnie nawet dłużej, niż 24 godzin. *Baschkopf.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Guajacolum liquidum. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Zalecone w swoim czasie przez Sciollę leczenie gruźlicy zapomocą zewnętrznego pędzlowania skóry gwajakolem, mało zyskało zwolenników wskutek niebezpieczeństw, związanych z tym sposobem leczenia. Obecnie twierdzi Ławrow, że obawa zbytniego obniżenia ciepłoty i zapadu zachodzi tylko przy użyciu zbyt dużej dawki leku. Należy zatem zaczynać od bardzo małej ilości i wybadać, czy chory lek znosi. Na powierzchni skóry, wynoszącej 30—40 ctm.², pędzluje się 0·5 do 2 grm. najwyżej gwajokolu i nakrywa się tę przestrzeń odpowiednio dużem szkiełkiem zegarkowem, przytwierdzonem do skóry zapomocą kleju cynkowego Unny. Pędzlowania te, stosowane codzień, mają wpływać pomyślnie na kaszel, gorączkę, poty nocne, łaknienie, sen i mają zmniejszać objawy nieżytowe. Zaczerwienienie, jakie powstaje przy częstem stosowaniu pędzlowań na temsamem miejscu, ustępuje łatwo pod maścią cynkową. Graude podaje, iż stosowaniem 5% maści gwajakolowej leczy się szybko zapalenie gruczołu przyusznego. Posmarowane miejsce należy przykryć watą i założyć lekką opaskę uciskową. W dentystyce gwajakol ma być cennym środkiem przeciw bolom w zapaleniu miazgi zębowej; również można go użyć jako dodatku do ciasta (pasty) arsenowego. Cena 1 grm. = 6 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Menthol. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Lek ten ma być bardzo skuteczny w pewnych odruchowych postaciach wymiotów. W znaczniejszej dawce nie należy mentolu podawać, gdyż działa zbyt drażniąco na błonę śluzową żołądka; również należy możliwie ograniczyć domieszkę alkoholu, potrzebną dla rozpuszczenia mentolu. Zamiast niego najlepiej użyć *Tinctura Quillaye* według następującego przepisu:

Mentholi 0·03—0·05
Trae Quillaye 3·00
Glycerini puriss. 5·00
Adde guttatim:
Aquae q. s. ad 125·00
S. Brać łyżkami.

W silnych bolach głowy skuteczne mają być okłady, zanurzone w płynie:

Mentholi 0·50
Trae Quillaye 15·00
Sensim adde:
Aquae q. s. ad 155·00
S. zewnętrznie. *Dr. T. Ż.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół posiedzenia zwyczajnego w dniu 25 maja 1903.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Krzyształowicz dwóch chorych z *trichorrhexis nodosa* na włosach brwi i wąsów. Na wielu włosach w ciągu ich długości widać typowe węzełki (*noduli*) i włos zazwyczaj w tych miejscach zbacza ze swego pierwotnego kierunku, jakby był nadłamany; inne znowu włosy są na końcu pędzelkowato rozszczepione, całość zaś przedstawia się, jakgdyby włosy były przypruszone. Pod drobnowidem stwierdza się w miejscu węzełka brak istoty rdzennej włosa, zaś istota korowa rozszczepiona na drobniutkie włókienka wygina się na zewnątrz. Sposób powstawania węzełków nie jest jeszcze dokładnie znany. Jedni autorowie twierdzą, że najpierw rozpada się istota rdzenna i ta dopiero rozpiera korową; inni, że po rozpadnięciu się istoty korowej rozszczepia się istota rdzenna. Na jakiem tle ta choroba się rozwija, również nie jest pewnem. Hodara, który się patogenezą tego cierpienia zajmował na Wschodzie, podaje, że udało mu się wyhodować krótkie prątki; w tym przypadku jednak mimo szczepienia na najrozmaitsze pożywki żadnego nie można było osiągnąć wyniku.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Borzęcki i kol. Reiss.

II. Kol. Borzęcki przedstawia chłopca ze zmianami na stopach, które rozpoznaje jako *epidermolysis bullosa hereditaria.* Pęcherze wypełnione treścią jasną, a pozostałości po nich są usadowione głównie na granicy podeszwy. Cierpienie to jest dziedziczne i występuje w pierwszych miesiącach życia. Mięszano je dawniej z *pemphigus* (Hebra); ale dziedziczność i występowanie po zadrażnieniu mechanicznem wyróżnia je od pęcherzycy. Leczenie jest objawowe, a tylko podawanie arsenu (Jarisch) ma dawać względnie dobre wyniki.

W dyskusyi zabrał głos kol. Reiss.

III Kol. Borzęcki przedstawia następnie chorą z łuszczycą dość rozległą, bardzo często się powtarzającą i długo opierającą się leczeniu. Chora obecnie jest leczoną przez 9 tygodni bardzo energicznie i w tym czasie nietylko zmiany nie poustępowały, ale wystąpiło wiele świeżych ognisk.

IV. Kol. Reiss przedstawia chorego, którego cierpienia z całą stanowczością dziś jeszcze rozpoznać nie można. Stopa prawa obrzękła,

sino-czerwona; palce 2. 3 i 5 martwicze ze zmianami zgorzelinowemi na grzbiecie. Chory w roku 1892 przebył *sclerosis labii oris*, zmian ogólnych kiły nie okazywał, ani też nie przebył ogólnego leczenia przeciwkiłowego. Przed trzema laty odjęto mu kończynę dolną lewą z powodu zgorzeli stopy. Obecnie od 6 tygodni trwają bóle gwałtowne, tłumione tylko znacznemi dawkami morfiny, oraz obrzęk stopy, a zmiany zgorzelinowe na palcach od czterech. Możnaby tu myśleć o *morbus Raynaudi*, lub też o *endarteritis luetica*. Za *morbus Raynaudi* przemawiałaby głównie symetryczność cierpienia, inne objawy przechylałyby jednak rozpoznanie na stronę kiły tętnic obwodowych. Przypadek pozostawiono dalszej obserwacyi. Obok gorących kąpieli stopy zaordynowano bardzo energiczne leczenie przeciwkiłowe.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Krzyształowicz, kol Steuermark i kol. Borzęcki.

V. Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z cierpieniem na tylogłowiu, znanem jako *dermatitis pilaris capillitii, folliculitis scleroticans nuchae*, lub *acnekeloid*. Cierpienie znajduje się już w okresie niemal zupełnego zbliznowacenia. Rokowanie co do porostu włosów w tem miejscu, niepomyślne.

VI. Kol. Steuermark przedstawia chorą z *ulcus rodens*, przedstawioną już na jednem z zeszłorocznych posiedzeń. Mimo najenergiczniejszego leczenia arsenem, podawanym wewnętrznie w pigułkach i stosowanego w postaci pędzlowania, cierpienie rozszerzało się coraz dalej, a obecnie wystąpiły i silne bóle głowy, coby przemawiało za zajęciem podstawy czaszki. Zabieg operacyjny, na który chora poprzednio zgodzić się nie chciała, nie może już znaleźć zastosowania.

VII. W końcu przedstawia kol. Reiss chorą z *lues gummosa serpiginosa in regione metacarpi dextri*. Obraz chorobowy przypomina na pierwsze wejrzenie *trichophytia animalis vegetans*. Badanie drobnowidowe wykluczyło *trichophytia*, a leczenie przeciwkiłowe jest w toku.

Sekretarz *Dr. Pacyna*.

Sekcya Sanocka Tow. lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie administracyjno-naukowe odbyte w Sanoku d. 25. lipca 1903

Przewodniczący kol. Pajączkowski, obecnych członków 12-tu

I. W miejsce przeniesionego do Jarosławia kol. Dra Czyżewicza wybrano prezesem sekcyi kol. Dra Pajączkowskiego.

II. Na wniosek kol. Karpińskiego z Liska uchwalono wysłać odezwę do wszystkich lekarzy, praktykujących w obwodzie sądowym sanockim. wzywającą do solidarnego przystąpienia do Towarzystwa samopomocy lekarzy.

III Kol. Pajączkowski zdał sprawę ze szczegółowego zwiedzenia Sanatoryum dla chorych na piersi w Zakopanem, zostającego pod kierunkiem Dra K. Dłuskiego.

IV. Dr. Ramer wygłosił rzecz: »O leczeniu błonicy wstrzykiwaniami surowicy Bujwida, oraz o intubacyi krtani z demonstracyami.«

Dr. Ramer, sekretarz sekcyi.

VII. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Dokończenie).

Wypadki szybko po sobie następowały. Pod złą wróżbą rozpoczęta, a wśród niesnasek i podejrzeń osobistych otwarta, nie wydała Szkoła krzemieniecka takich wyników, jakich po tak wielkim nakładzie i trudzie spodziewaćby się należało. Myśl, powstała w głowie genialnego Czackiego, która może nie była wyrazem rzeczywistej potrzeby narodu, nosiła na sobie ślady pomysłu, zrodzonego pod wpływem nastroju chwili i gorączkowo przeprowadzanego, nie miała już sama w sobie warunków długiego trwania. Umiał się wprawdzie Czacki szczęśliwie uchronić przed niebezpiecznymi, bo nie będącymi do przeprowadzenia, pomysłami Jędrzeja Śniadeckiego, którego planu nawet poważnie nie roztrząsano; lecz popadłszy raz w podejrzenie, że dąży do założenia uniwersytetu, nie mógł się z niego Czacki otrząsnąć. Tłumić zaś w zarodku podobne zamiary miał nie kto inny, jak sam Czartoryski, którego, jako kuratora wileńskiego, myśl ta trapiła. „Boi się (Czartoryski), aby Krzemieniec nie wyrósł na *Universitatem*, czemu iest przeciwny, bo podług niego namnożyłoby się Szkół wydoskonalenia, a nie byłoby Szkól Przysposabiaiących do doskonałości“ [38]), pisze Jan Śniadecki z Krakowa.

Kurator musiał z natury rzeczy baczyć w pierwszym rzędzie na ogólnokrajowe i polityczne cele, na straży których go postawiono, jakoteż niemniej na swój stosunek do cesarza Aleksandra. Przeciwny jemu usposobieniem Czacki miał na sercu tylko oświatę narodową i z jej natchnienia wszystko przedsiębrał. Ztąd zmienne jego losy od chwili otwarcia szkoły. Już w roku 1807 popadł w podejrzenie u generał-gubernatora Kutuzowa, z powodu którego musiał przebywać poza granicami Wołynia przez przeciąg jednego roku, którego część pełnił z woli cesarza zastępczo funkcye kuratora wileńskiego, w czasie, gdy Czartoryski zastępował przy boku cesarza Aleksandra I-go ministra spraw zewnętrznych. W roku 1808 wraca, witany jak zwycięzca pośród swoich, do Krzemieńca. W tym samym roku urzeczywistnia część swojego pierwotnego planu przez założenie gimnazyum podolskiego w Winnicy i stwarza osobną komisyę edukacyjną dla Wołynia. Takiem, choć krótkiem tylko powodzeniem podnieceni przeciwnicy Czackiego wygotowali piekielny plan, o którym dobrze wiedzieli, że nie pozostanie bez trwałych następstw. Oto wnieśli na ręce cesarza skargę, w której wytykają nieporządki w kasie szkoły krzemienieckiej. Odpowiedzialnym za nie uczynili nie kogo innego, jak samego Czackiego. Następstwem tego było, że została wyznaczona komisya do zbadania sprawy, która oczyściła go zupełnie od wszelkich zarzutów [39]). Dotknięty tem posądzeniem w najstraszniejszy sposób, nie przebolał go jeszcze Czacki, gdy już w roku 1810 wpłynęło przeciw niemu nowe oskarżenie, zarzucające mu faworyzowanie Polaków na niekorzyść Rosyan. Naturalnie, że się i tym razem nie obeszło bez wyznaczenia komisyi, która Czackiego znowu uznała niewinnym. Nadszedł nareszcie rok 1812, a z nim potrzeba żołnierza dla państwa rossyjskiego. Książę Bagration, głównodowodzący południową armią rosyjską, nieprzychylny szkole krzemienieckiej, postanowił jednym zamachem szkołę znieść i całą dorosłą młodzież zaciągnął do wojska. Dyplomatyczne jednak postępowanie Czackiego potrafiło i jego udobruchać, a postanowione zniesienie szkoły odroczyć. Lecz przykre te przejścia, rzucane przez przeciwników oszczerstwa, targanie czci i dręczenie duszy nie mogły pozostać bez wpływu na Czackiego. Złamany na ciele i duszy, zmarł roku 1813. A Gimnazyum wołyńskie? Ono jeszcze przez lat 20 wiodło żywot suchotniczy, wśród

[38]) Kod. nr. 3140 Bibl Jagiel. List bez początku Jana Śniadeckiego, pisany z Krakowa r. 1806, prawdopodobnie do Czackiego.

[39]) Najlepszą odpowiedzią na ten zarzut, a zarazem najwymowniejszym dowodem, jak dalece Czacki dla dobra gimnazyum poświęcał własne mienie, niech będzie następujący wyjątek z listu Jana Śniadeckiego do Adama Czartoryskiego z dnia 21 marca 1816 r.; pisze on między innymi: »..... Dowiedziałem się za powrotem do Wilna, że JW. Czacka zrobiła Dworowi Naszemu propozycyę o kupienie od Niey Xiążek i Manuskryptów Męża. Zmarły Czacki oświadczywszy się, że będzie kończył historyę kraiową po Naruszewiczu, miał sobie dane wszystkie Manuskrypta Stanisława Augusta wielkim iego nakładem zebrane, i stosuiące się do historyi kraiowey. Jest to własność publiczna Polaków pożyczona tylko, że tak powiem, P. Czackiemu do historyi i kraiu: i o tę upomnieć się mogą. Ale znowu z drugiey strony P. Czacki dla zatrudnień Edukacyinych opuścił i zruynował swoie interessa: czego żona i familia iest ofiarą. Żadney za to nie miał nagrody, ale owszem wiele cierpień i zgryzot. Należy do Sprawiedliwości Monarchy nadgrodzić familii choć w części tak ogromne straty. Wszakże był dawniey proiekt P Zawadowskiego i W. Xcey' Mci' wyrobić dla Niego Starostwo Winnickie. Czyby teraz nie można tego proiektu wznowić, obowiązawszy P. Czacką do oddania tych Manuskryptów i Xiążek, gdy ten dar przyjdzie do skutku: albo zrobić z P. Czacką umowę dla nabycia tego dla Biblioteki Wileńskiey«? ...

(Akta kuratoryi wileńskiej w arch. XX. Czartoryskich nr. 39).

którego raz się tylko — gdy je w roku 1818 podniesiono do znaczenia „liceum", zdawało, że się utrzyma przy dawnej świetności, aż je w roku 1833 z rozkazu cesarza Mikołaja rozwiązano, a zbiory i bibliotekę wcielono do nowo zakładającego się uniwersytetu kijowskiego.

Projekty Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, tyczące się zamiaru założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu, nie zostały przeprowadzone, lecz ziarno, raz rzucone, nie pozostało bez owoców. Mamy tu na myśli wykłady z zakresu higieny, instytucyę lekarzy szkolnych, zarządzenia sanitarne byłego liceum krzemienieckiego i *artem veterinariam*. Pierwszym lekarzem szkolnym został zamianowany Bartsch. Akt nominacyi zaś zaręcza, że w przyszłości lekarz szkolny „......używać będzie wszystkich praw i perogatyw iak Członek Składu Gymnazyowego. Zostaie pod bezpośrednim Rządem dyrektora, za proporcyą roku który kończy się z rokiem szkolnym na złt. tysiąc ośmset pensii, z którey i stancią naiąć powinien"...... [40]).

Uważając nauczyciela parafialnego za pioniera oświaty i bezpośredniego krzewiciela jej pośród ludu, który się częstokroć do niego uciekał i z większem stanowczo zaufaniem, aniżeli do kogo innego, żądał Czacki od nich, by byli obznajomieni z najpierwotniejszem leczeniem, czyli udzielaniem pierwszej pomocy w nagłych przypadkach i ze sztuką leczenia zwierząt. Zrobiwszy zaś pod względem lekarskim złe bardzo doświadczenia na Wołyniu, gdzie naówczas szarlatanerya kwitła, zamierzał Czacki wprowadzić wykłady z tych przedmiotów w szkołach parafialnych. I znowu uchronił go przed nierozważnym bardzo krokiem doświadczony Kołłątaj, który dobrze przewidział widział, że wykłady podobne w szkołach parafialnych nietylko nie zapobiegną partactwu, ale owszem, przyczynią się do jego wzmożenia Zgadzał się natomiast Kołłątaj z Czackim pod względem zaprowadzenia nauki weterynaryi. Więcej upłynęło czasu, nim wprowadzono higienę i to jako przedmiot nadobowiązkowy. Pierwszym, który wykładał higienę, był lekarz domowy liceum, Karol Kaczkowski, który zajęty „myślą wcielenia nauki lekarskiej do publicznego wychowania", wypracował „projekt i prospekt katedry higieny dla liceum krzemienieckiego [41]). Po zatwierdzeniu projektu przez władze, pierwszy rozpoczął wykłady tego przedmiotu. Jeżeli te dwa przedmioty, jako przedmioty wykładowe, świadczą o zrozumieniu przez Czackiego prawdziwych potrzeb ludu, to cóż dopiero powiedzieć o jego zarządzeniach sanitarnych w szkołach, o które się dziś napróżno upominamy? Mamy tu na myśli ćwiczenia gimnastyczne i zabawy towarzyskie, aptekę szkolną, szpital dla studentów, świadectwo zdrowia, jakie musiał przedkładać każdy nowo wstępujący uczeń, nadzór nad apteką przez lekarza [42]) i.... instytucyę lekarzy szkolnych!

Dzieło Czackiego krótkie miało życie, ale duch, który je do życia pobudził, istniał długo, a najlepszym dowodem jego działalności niech będzie to, że „Nowosilcow złorzeczył jego pamięci i mawiał, że Czacki o sto lat oddalił Rosyę od celu".

[40]) Kod. nr. 3446 Arch. XX. Czartoryskich. Protokół różnych czynności wizytatorskich k. 287.

[41]) Karol Kaczkowski: Wspomnienia o Krzemieńcu. Gwiazda T. II. Wilno, 1855.

Jak się zaś wykłady z zakresu higieny odbywały, jaki obszerny one materyał obejmowały, opowiada w swoich wspomnieniach były uczeń liceum krzemienieckiego, Antoni Kamieński, w następujący sposób:

XII.

Higiena.

»Karol Kaczkowski, Dr. medycyny, publiczny w liceum wołyńskiem medycyny profesor, wykładał ją następującym sposobem: Historya nauki lekarskiej, a szczególniej nauki higieny w Rosyi, w Polsce i innych krajach. Wykład anatomii i fizyologii w ogólności. Różnica pod względem higieny co do temperamentów, płci i wieku, klimatu i rozmaitych powołań Wykład obszerniejszy przepisów wychowania niemowląt i dzieci. Prawidła zachowania zdrowia w wieku młodzieńczym, dojrzałym i podeszłym Do wykładu umiejętności Kaczkowski używał własnych przezeń wypracowanych rękopisów, z których ogłosił w dwóch zeszytach dwie lekcye higieny, a takich miało być dwanaście drukowanych«.....

XIII.

Wakcyna.

Wojciech Majewski, doktor szkolny, publicznie nauczał o niej w liceum wołyńskiem z własnych rękopismów....

. . . .«

(Kod. nr. 5012 Bibl. Jagiel. »Lyceum Wołyńskie w Krzemieńcu«).

Piśmiennictwo. 1) M. Baliński: Życie Jędrzeja Śniadeckiego. Leszno i Gniezno, 1840. — 2) Fr. Kojsiewicz: X. Hugona Kołłątaja korrespondencya listowna. Kraków, 1844. — 3) J. Sobek: herbu Brochowicz: Krzemieniec w Athenaeum Wilno. 1845. — 4) P. R.: List o Tadeuszu Czackim w Athenaeum. Wilno, 1846. — 5) A. Osiński: O życiu i pismach Tadeusza Czackiego. Kraków, 1851. — 6) T. Łukaszewicz: Historya szkół. Poznań, 1849—1851. — 7) K. Kaczkowski: O szkole krzemienieckiej i o jej fundatorze Tadeuszu Czackim. Gwiazda T. I. Wilno, 1855. — 8) K. Kaczkowski: Wspomnienia o Krzemieńcu. Gwiazda. T. II. Wilno, 1855. — 9) Mowa Tadeusza Czackiego na zjeździe duchowieństwa w Łucku w r. 1803: Biesiada Krzemieniecka Paryż, 1858. — 10) Mowa Czackiego na otwarcie gimnazyum w Krzemieńcu 1 października 1805: Biesiada Krzemieniecka, 1859. — 11) W. Grochowski: Tadeusz Czacki. Tygodnik illustrowany. Warszawa, 1861. — 12) Wzmianka o Tadeuszu Czackim staroście nowogrodzkim. Biesiada krzemieniecka. Paryż, 1861.—14) A. Słowikowski. Wspomnienia szkoły krzemienieckiej w Bibl Warszawskiej z r. 1863. T. II. — 15) M. Baliński: Pamiętniki o Janie Śniadeckim. Wilno, 1865. — 16) T. Ziemba: Tadeusz Czacki i jego zasługi, zwłaszcza w dziejach naszego szkolnictwa. Kraków, 1872. — 18) W. Spektator: Krzemieniec. Kraków, 1873. — 18) T. O. Orzechowski: Wspomnienie z papierów pozostałych po Karolu Kaczkowskim. Lwów, 1876. — 19) J. Dr. Karwicki: Szkice obyczajowe i historyczne. Warszawa, 1882. — 20) H. Merczyng: Kołłątaja i Czackiego, projekt urządzenia gimnazyum wołyńskiego i wszystkich innych szkół w gubernii wołyńskiej. Warszawa, 1881. — 21) P. Chmielowski: Encyklopedya wychowawcza(T. III. Warszawa, 1885. — 22) J Bieliński: Stan nauk lekarskich za czasów akademii medyko chirurgicznej. Warszawa, 1885. 23) J. Zagrodzki: Instrukcya Czackiego dla lekarza liceum krzemienieckiego. Muzeum T. IV Lwów 1888. 24) F. Majchrowicz: Tadeusz Czacki i jego zasługi w dziedzinie wychowania publicznego. Muzeum. Lwów, 1894. — 25) M. Rolle: Ateny Wołyńskie. Lwów, 1898. — 26) Bieliński: Uniwersytet wileński (1579 do 1831). T. I—III. Kraków, 1899—1900. — 27) A. Kraushar: Towarzystwo Warszawskie Przyjaciół Nauk. T. I, Kraków-Warszawa, 1900. 28) St Tarnowski: Historya literatury polskiej. Kraków, 1901. — 29) A. Kwaśnicki: Zarządzenia sanitarne Tadeusza Czackiego w b. liceum krzemienieckiem. Przegląd lekarski. Kraków, 1901.

Materyał rękopiśmienny.

1. Biblioteka Jagiellońska kod. nr.: 3102, 3104, 3119, 3131, 3140 i 3151.

2) Archiwum XX. Czartoryskich kod. nr.: 3441, 3446 («Protokół różnych czynności wizytatorskich»), 3773 («Czackiego Tadeusza ważne autografy do Epoki (1716—1815) nazwanej Czackiego epoką»).

3) Akta kuratoryi uniw. wil. w Arch. XX. Czartoryskich: nr. 7 («Reskrypt Jego Cesarskiey Mości Alexandra I do JW. Tadeusza Czackiego itd.»... Drukowane w »Dzienniku wileńskim« z r. 1805), 39 i 88 (»Kopia projektu urządzenia Szkół w wydziale Imperatorskiego Wileńskiego Uniwersytetu przysłanego przy Rapporcie do JO Xięcia Kuratora pod dniem 17 kwietnia 1804 za Nr. 343 m.«.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 sierpnia.

* D. 11-go b. m. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Przewodniczący Dr. Walczyński złożył hołd pamięci zmarłego prezydenta Izby, ś. p. prof. Rudolfa Trzebickyego, a następnie zarządził wybory. Prezydentem Izby wybrany został obecny wiceprezydent, Dr. Walczyński; wiceprezydentem — Dr. A. Kwaśnicki. Na opróżnione miejsce w Wydziale powołany został prof. Jan Raczyński. Delegatem Izby na jesienny Wiec rakuzkich Izb lekarskich wybrany został prezydent Dr. Walczyński.

* Uroczyste odsłonięcie pomnika ś. p. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem odbędzie się w dniu dzisiejszym. Ze strony społeczeństwa polskiego jest to szlachetny i zasłużony wyraz wdzięczności potomnych dla twórcy klimatologii krajowej. Ufajmy, że i lud góralski, dla któ-

[42]) Nadzór ten nad apteką już w samych początkach dawał powody do niesnasek pomiędzy dyrekcyą szkoły, a właścicielem apteki. Już w roku 1806 donosi Scheidt wizytatorowi szkół wołyńskich, że aptekarz Janowski nie pozwala na rewizyę swojej apteki przez lekarza szkolnego Bartscha i proponuje z tego powodu ustanowienie nowej apteki gimnazyalnej. Kod. nr. 3441 k. 151 w Archiwum XX. Czartoryskich.

rego zmarły profesor stworzył nową erę bytu moralnego i materyalnego, nie zabraknie w dzisiejszym obchodzie i da wyraz swej wdzięczności.

* W świeżo wydanem przez prof. Granchera i Dr. Combyego dziele p. t.: »Traité des maladies dę l'enfance«, dział: »Dur osutkowy« i »Gorączka powrotna« wyszedł z pod pióra warszawskiego lekarza, Dra L. Wolberga.

* W folwarku Wągrów pod Rogowem znajdują się źródła żeleziste; grono lekarzy z Warszawy i Łodzi badało tę miejscowość, o ile ze stanowiska klimatycznego nadaje się ona do założenia tu zdrojowiska.

* Ministeryum spraw wewnętrznych wydało d. 17 lipca b. r. rozkaz do krajowych władz politycznych Moraw, Galicyi i Ślązka, ażeby ze swej strony wezwały krajowe urzędy sanitarne do zbadania okolic, nawiedzonych w r. bieżącym klęską powodzi i zarządziły asanizacyę miejscowości, zagrożonych wybuchem chorób nagminnych, a zwłaszcza ażeby miały na oku możebność wystąpienia chorób zakaźnych.

* Morawska Izba lekarska przygotowuje na jesienny Wiec rakuzkich Izb lekarskich projekt podania do ministra sprawiedliwości o pouczenie sądownictwa, że między świadczeniem lekarza jako świadka, a jego zeznaniem, mającem charakter orzeczenia znawcy, zachodzi zasadnicza różnica. Brak należytego określenia tej różnicy prowadzi nieraz sędziego do wyzyskania lekarza, wezwanego n. p. jako świadka, a następnie obarczanego, oczywiście bezpłatnie, pytaniami, wkraczającemi w naukowy zakres lekarza-znawcy.

* Pierwszy międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej ma się odbyć podczas Wielkiejnocy 1904 r. w Norymberdze. W komitecie zarządzającym wezmą udział: Baginsky, Hoffa, Eulenburg, Cohn, Hueppe z przybraniem higienistów innych narodów. Zjazd będzie miał 10 sekcyi: 1) Higiena budynków szkolnych i ich urządzeń. 2) Higiena internatów. 3) Higiena metod nauczania. 4) Higiena uczenia. 5) Nauka higieny dla nauczycieli i dla uczniów. 6) Wychowanie fizyczne młodzieży szkolnej. 7) Choroby, schorzenia, oraz służba lekarza w szkole. 8) Szkoły pomocnicze dla umysłowo słabych. 9) Higiena młodzieży poza szkołą. 10) Higiena ciała nauczycielskiego.

* VII-my międzynarodowy Kongres otologów odbędzie się w Bordeaux od 1 do 4 sierpnia 1904 roku.

* Od 1 do 5 sierpnia b. r. przystąpili do Towarzystwa samopomocy lekarzy następujący nowi członkowie: J. Dorożyński (Rohatyn), Z. Gembarzewski (Lwów). W. Margulies (Śniatyn), W. Opolski (Lwów), W. Pajączkowski (Sanok), M. Rosner (Kołomyja), G. Turzański (Jarosław), A. Winogrodzki (Sambor).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXIX (19—25—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 43, umarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 12 (9 zam.), z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 3 (1 zam.), z cholery niemowląt 7 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Docent dentystyki w Wrocławiu, Dr. Riegner, otrzymał tytuł profesora. Docent okulistyki Gołowin mianowany został profesorem nadzwyczajnym w Odesie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Karol Maydl, prof. chirurgii w Pradze, w wieku lat 50. Dr. Nocard, profesor i kierownik Szkoły weterynaryi w Alfort, członek Akademii lekarskiej w Paryżu, licząc lat 53. Zmarły należał do najwybitniejszych uczniów Pasteura, pozostawił liczne prace z zakresu bakteryologii, chorób zakaźnych zwierząt, oraz stosunku patologii ludzkiej do zwierzęcej. Występując przeciw zdaniu Kocha na Kongresie przeciwgruźliczym w Londynie, znakomicie bronił twierdzenia zaraźliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka. Dr. E. Munk, prof. fizyologii w Berlinie, lat 52. Dr. S. Fuchs, prof. fizyologii w wiedeńskiej Szkole rolniczej, licząc lat 44. Dr. Stanisław Witkowski zakończył życie d. 17 lipca w Starem Siole (powiat miński).

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 8. Dutkiewicz: Higiena zawodu aptekarskiego. Lewin: Wyssanie rany przy rytualnem obrzezaniu, jako jeden z momentów etyologicznych gruźlicy.

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. L. Nencki i Podczaski: Kryoskopia mleka. Wład. Sterling O ośrodkach korowych mięśni ocznych (dok.) Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 31. Klein: O rozpoznawaniu białaczki (c. d.). Wacław Orłowski: Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliznie w r. 1901.

— *Kronika lekarska* Z. 14. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 31 Kropáč: O gangrénách foudroyantních. Šebor: Případ atrofie v obvodu levé horní končetiny. Novák: Případ spontanního zhojeni intususscepce z následným ileem. Bloch: Nový therapeutický a zároveň diagnostický způsob léčeni rheumatických affekci.

— *La Presse médicale* Nr. 60. Herscher: Żółtaczka bez barwika żółciowego w moczu. Dumarest: Ocena krytyczna wyników otrzymanych w lugduńskiem sanatoryum Hauteville (Sanatoryum Manginiego).

Nr. 61. Darier: Leukoplazya a rak. Rola i znaczenie wycinania kawałeczków schorzałego utkania w celach rozpoznawczych. Uwagi nad wykładem prof. Gauchera. Cantas: Wyrostek robaczkowy i glisty Wyrostek robaczkowy i ciała obce. Weiller: Niedrożność jelit a kamica żółciowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Hohfeld: Rumień wypocinowy wielokształtny Płasawica. Gościec węzłowaty. Zapalenie wsierdzia i osierdzia. Sigel: Lecznicza wartość reumatyny. Havelburg. Stosunek moskitów do żółtej febry. Lassar: Gruźlica szczepiona bydła. Stern: Wartość rozpoznawcza aglutynacyi w durze brzusznym (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32 Jehle: Aglutynacya pneumokoków z surowicą krwi dzieci, chorych na zapalenie płuc. Hertle: Zewnętrzne zapalenie opon mózgowych twardych. Elgart: Dwa wyleczone operacyjnie przypadki wgłobienia biodro-kątnicego u dorosłych. Maresch: Przypadek krwotoku mózgowego przy doświadczeniach z duszeniem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 31. Hippel: Częstość schorzeń stawowych u chorych na kiłę dziedziczną. Jordan: Przyczynek do kiły odziedziczonej późnej. Dürig: W sprawie nauki o dziedziczeniu kiły. Wittmaack: Leczenie wilka błony śluzowej nosa kwasem pirogalasowym. Moritz: Oznaczenie granic serca fonendoskopem podług Smitha. Klieneberger: Przyczynek do zapalenia żołądka ropówkowego. Apetz: Rzeżączkowo-przerzutowe zapalenie oka u dorosłego. Perutz: Uwagi kliniczne nad rakiem pierwotnym wątroby. Rullmann: Obumarcie prątków gruźliczych w mleku ogrzewanem. Siegert: Babki karmiące swe wnuki. Bumke: Nowy przyrząd do mierzenia źrenicy. Kuhn: Nowa strzykawka do natryskiwania. Rolly: Przyczynek do nauki o porażeniu Landryego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Schlesinger: Kliniczne wykazanie urobiliny. Landsberg: W sprawie cukrzycy pokarmowej w chorobach wątroby. Rotter: Przyszycie okrężnicy przy opadnięciu jelita odchodowego. Heidemann: Doszczętne wydalenie rakowatej ciężarnej macicy oraz pochwy drogą brzuszną. Honda: Doszczętna operacya przepuklin pachwinowych. Neuhaus: Przyczynek do techniki mikroskopowej.

Redakcya otrzymała. Hammerschlag: Therapie der Ohrenkrankheiten. Bernhardt: Die Verletzungen des Gehörorgans besonders auch ihre Beziehungen zum Nervensystem.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 22 Sierpnia 1903. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Mechanizm odklejania się i wydalania popłodu nie jest dotychczas poznanym w tym stopniu, jak poród płodu, a zwłaszcza mechanizm porodowy główki w miednicy małej. Dlaczego tak się rzecz ma, powodów jest kilka; najważniejszym atoli wydaje mi się ten, iż w praktyce nie bada się przebiegu 3-go okresu wszystkiemi metodami klinicznemi, a głównie mam tu na myśli badanie wewnętrzne. Przyczyny tego faktu należy szukać w przesadnej obawie zakażenia kobiety przez badanie, oraz w kategorycznym zakazie badania 3-go okresu wewnętrznie tak, że nawet w przypadkach groźnych zaburzeń w 3-cim okresie ogranicza się lekarz do badania tylko zewnętrznego przy rozpoznawaniu stanu chorej i ustaleniu wskazania dla zabiegu operacyjnego. Podczas gdy od lekarza, chcącego wykonać operacyę kleszczową, wymaga się ścisłego rozpoznania odpowiedniej fazy mechanizmu tak, aby mógł ocenić, czy trzeba i czy można dalszy ciąg mechanizmu sztucznie wykonać, a zabrania mu się szablonowo wyczekać 2 czy 3 godzin od chwili pęknięcia pęcherza płodowego, aby potem, skoro tylko poród płodu nie następuje, zaraz zakładał kleszcze i wydzierał dziecko z matki, to od lekarza, chcącego zabieg wykonać w 3-cim okresie, ścisłego rozpoznania się nie wymaga. Tu niestety wolno lekarzowi, bez względu, jaka faza 3-go okresu, skoro tylko zajdzie potrzeba wydobycia popłodu, a względnie skoro tylko upłynie całkiem dowolny, w każdej szkole położniczej inny, czas od chwili porodu dziecka, próbować po kolei wszystkich znanych sobie sposobów wydobycia popłodu aż do skutku. Ponieważ w obecnych czasach lekarz do ręcznego wydobycia popłodu potrzebuje skrupulatnie zdesinfekcyonować ręce, a to wymaga czasu i trudu, więc lekarz przedewszystkiem stara się wygnieść łożysko. Ponieważ zaś nie zawsze łożysko wygnieść się daje, a on nie wie o tem, dlaczego w danym przypadku się nie udaje wygniecenie, bo nie był ciekawy dowiedzieć się badaniem wewnętrznem, co słychać z popłodem, więc maltretuje kobietę całkiem na ślepo. Są znane przypadki w literaturze, gdzie taki uparty operator wynicował macicę, a łożyska nie wygniótł. Na odwrót: bez postawienia ścisłego rozpoznania często wyjmuje się ręcznie łożyska takie, które mogłyby całkiem dobrze i łatwo same odejść, albo też po wyczekaniu odbycia się samoistnie odpowiedniej fazy mechanizmu z całą łatwością mogły być wygniecione. Wielkie szczęście, że zdobył sobie prawo obywatelstwa w położnictwie szablon Ahlfelda, który długi czas każe czekać na rozpoczęcie zabiegów do wydobycia popłodu. Niemniej atoli i obecnie widzi się codziennie zgubne następstwa dla zdrowia kobiet z bardzo nieumiejętnego stosowania zabiegów leczniczych w 3-cim okresie. Wyliczać ich chyba nie potrzebuję.

Z wyżej wymienionych powodów urobiło się w logicznej konsekwencyi przekonanie, że dla praktyka kwestya mechanizmu 3-go okresu przedstawia interes czysto idealny, a studyum przebiegu 3-go okresu metodami wewnętrznemi jest poprostu wzbronione. Lekarz praktyczny ze znajomości mechanizmu 3-go okresu nie widzi żadnych namacalnych korzyści. Cóż więc dziwnego, że nauka o 3-cim okresie pozostaje ciągle dla ogółu lekarzy ciemną? Fakta już dawno wykryte przez badaczy, niesprawdzane przez ogół, leżą zapomniane w pismach specyalnych, a w podręcznikach stereotypowo powtarza się zdanie, że mechanizm 3-go okresu jest dotąd nie zbadany, jakby chodziło o istnienie mieszkańców na innej planecie, a nie o fakta tysiące razy dziennie się powtarzające. Ponieważ wielu czytelnikom niniejszej pracy mimo wszystko zdawać się będzie, że studyum przebiegu klinicznego 3-go okresu, jako pierwszy krok dla poznania mechanizmu 3-go okresu porodowego, ma wartość czysto teoretyczną — w myśl przysłowia „sztuka dla sztuki“, więc w kilku punktach chcę przypomnieć wprost praktyczne korzyści, jakie z niego osiągnąć możemy.

1) Poznanie normy fizyologicznej danej funkcyi jest rozstrzygającem dla naszego postępowania dyetetycznego i leczniczego. Lekarz przy łożu chorego niema innego zadania, jak normę przywrócić, a względnie pilnować, aby przebieg danej funkcyi od normy nie odstąpił. Zadaniu temu jedynie wtedy będzie mógł sprostać, jeśli o normie będzie miał należyte wyobrażenie.

2) Jest to pewnik obecnie powszechnie uznany, że w razie zaburzeń biegu fizyologicznego danej funkcyi natura stara się sama sobie jak najcelowiej dopomódz zapomocą mechanizmów samoregulujących. Poznać te samoregulujące mechanizmy i ewentualnie wyzyskać je dla celów leczniczych można jedynie przez studyum porównawcze normy danej funkcyi, a przebiegu tejże wobec zaburzeń.

3) Zatrzymanie łożyska i błon, oraz krwotoki z miejsca łożyskowego w 3-cim okresie są jedynie poza normę fizyologiczną przeciągniętymi czynnikami normalnego mechanizmu 3-go okresu, i zależnie od przyczyn przedstawiają małe lub poważne niebezpieczeństwo dla matki. Lekarz więc musi znać szczegółowo prawidłowy mechanizm 3-go okresu, oraz przyczyny zaburzeń, aby mógł w danym razie ściśle rozpoznać dany przypadek, ocenić jego doniosłość i obrać najracyonalniejszą metodę postępowania. Widząc mianowicie, iż samopomoc ustroju kieruje się na fałszywe tory, przez to, iż wytwarza się t. z. *circulus vitiosus*, a więc w skutkach wycho-

dzi organizmowi na zgubę, musi tę samopomoc na właściwe tory skierować, nie przeszkadzać, ale dopomagać naturze.

Kliniczny przebieg 3-go okresu porodowego. Ostatnie chwile 2-go okresu i pierwsze chwile 3-go w przypadkach, przebiegających bez wszelkiej pomocy lekarskiej, przedstawiają się klinicznie w sposób następujący: Skoro część poprzedzająca, więc n. p. główka płodu odpowiednio się zwróciła, a szpara sromowa dostatecznie się rozwarła, główka dziecka, wśród trwania bólu i parcia rodzącej, przeszedłszy swym największym obwodem szparę sromową, nagle występuje między udami. Zazwyczaj w tejże chwili ból ustaje, a rodząca ucisza się. Po chwili atoli występuje nowy ból, kobieta prze odruchowo i wśród bólu i parcia wydobywa się na świat za jednym zamachem reszta płodu i wody następujące. Jeżeli w czasie ostatnich chwil 2-go okresu trzymać będziemy rękę na dnie macicy, przekonamy się, że z chwilą wydostania się główki między uda rodzącej dno macicy obniża się, sięgając mniej więcej do połowy odstępu między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym. Gdy następnie reszta części płodu wydostaje się po kolei, bez względu czy fizyologicznie w czasie bólu i parcia, czy też sztucznie w przerwie między bólami, dno macicy opada równomiernie coraz to więcej nadół, aż wreszcie z chwilą, gdy poród płodu się ukończył, a wody następowe wypłynęły, macica staje na wysokości pępka lub palec nad pępkiem, zawsze skurczona, jako opór twardy, dający się dobrze ograniczyć, zwykle pochylony nieco na prawo, wyczuwalny na 5 palców po obu stronach linii białej, z wybitnie wyczuć się dającym pierścieniem skurczowym, przebiegającym poprzecznie na 2—3 palce nad spojeniem łonowem.

Dalszy kliniczny przebieg porodu, t. j. 3-ci okres porodowy bywa b. rozmaitym w szczegółach. Rozpocznę od przedstawienia typu najczęstszego, a więc normalnego przebiegu 3-go okresu.

Po wydaleniu dziecka i odpływie wód następowych z części rodnych zewnętrznych kobiety nie krwawi wcale. Pępowina przedstawia powrózek siny, śrubowato skręcony; żyła pępowinowa energicznie wydęta krwią; obie tętnice pępowinowe tętnią rytmicznie wskutek ruchów serca płodu. Przy potrącaniu trzonu macicy stwierdzamy w żyle fałszywe tętnienie, przy obniżaniu trzonu wysuwa się pępowina, aby się cofnąć po zwolnieniu ucisku.

Do pochwy udaje się bez trudności wprowadzić całą rękę, albowiem szpara sromowa i wejście do pochwy są ziejące. Po wprowadzeniu ręki do pochwy stwierdzamy, że ściany jej są bardzo rozpulchnione i cienkie z powodu rozciągnięcia przez wychodzący płód, a kanał pochwy bardzo obszerny. Szczególnie wyciągniętą jest tylna ściana pochwy, która, po wprowadzeniu ręki, przylegając do podłogi miedniczej, oraz do wygięcia kości krzyżowej, tworzy pojemną kotlinę.

Celem badania szczegółów przebiegu 3-go okresu porodowego wystarczy wprowadzić do pochwy złożone na płask 4 palce. Przy tem badaniu stwierdzamy, że kanał pochwy tuż po porodzie dziecka przedstawia szparę poprzeczną t. zn. przednia ściana pochwy przylega do tylnej. Idąc palcami ku górze po ścianach pochwy, wyczuwamy płaski, cienki, wiotki i bardzo rozpulchniony fałd. Oryentując się bliżej, stwierdzamy, że jest to rozdęta pochwowa część macicy. Część odpowiadająca wardze tylnej leży na wysokości kolców kości siedzeniowej, przednia zaś, nieco grubsza, w pobliżu górnej krawędzi spojenia łonowego. Sklepień niema, bo rozciągnięta część pochwowa wprost przylega do obu ścian pochwy. Ujście zewnętrzne macicy przedstawia sfałdowaną szczelinę, przebiegającą poprzecznie, z której wiszą błony do światła pochwy. Niekiedy błony widzieć można nawet w szparze sromnej, otulające pępowinę, wtedy mianowicie, gdy 1 okres porodowy przeciągał się z powodu grubości pęcherza tak, iż ten, wyciągnąwszy się b. znacznie, pękł późno.

Obniżając łokieć ręki badającej, dostajemy się 4 palcami do jamy rozdętej szyi, dolnego odcinka. Ściany tej części macicy są wiotkie, przednia ściana przylega do tylnej, a kanał jest płaski, podobnie jak pochwy. Idąc w górę w kierunku pierścienia skurczowego wyczuwamy łożysko. Kładąc drugą rękę na powłoki brzuszne, możemy najdokładniej określić, gdzie leży pierścień skurczowy. Przekonywamy się, iż leży on mniej więcej na 3 palce nad górną krawędzią spojenia łonowego, tworząc elipsę z osią długą w wymiarze poprzecznym miednicy, obciskającą ściśle dolną część łożyska.

Chcąc zbadać szczegółowo tę część łożyska, która jest już poniżej pierścienia skurczowego w górnej części jamy dolnego odcinka, wsuwamy delikatnie 4 palce badające do wnętrza jaja płodowego, ułatwiając sobie drogę przez to, iż kierujemy się pępowiną, którą lekko napinamy drugą ręką. Przy badaniu stwierdzamy: 1) iż łożysko zwrócone jest do końców palców badających powierzchnią owodni; 2) iż przedstawia opór płaski, b. mało wypuklony, wreszcie 3) iż nie mamy przed sobą dolnego brzegu łożyska, ale zdwojenie utworzone z dolnej części łożyska. Brzeg dolny łożyska jest umocowany zapomocą błon wyżej, z reguły jeszcze poza pierścieniem skurczowym w trzonie macicy. Te same szczegóły można wybadać, nie wchodząc do wnętrza jaja płodowego palcami, albowiem błony w czuciu nie wiele przeszkadzają.

Badając wewnętrznie po upływie 2-ch minut czujemy, iż wspomniane płaskie zdwojenie łożyska i błon, przybrało na pojemności tak, iż obecnie możemy wybadać znaczniejszy odcinek powierzchni owodni łożyska. Jeżeli w spokoju ułożymy końce palców na łożysku, wyczuwamy, iż część łożyska przyległa do dolnego brzegu łożyska nie zesuwa się dołowi; natomiast czujemy powolne wysuwanie się górnych partyi łożyska, jednem słowem stwierdzamy sposób wywijania się łożyska z jamy trzonu przez pierścień skurczowy. Równocześnie z wysuwaniem się coraz to nowych partyi łożyska grubieje jego część wybadalna. Widocznie sącząca się krew z jamy macicy zbiera się poza wywiniętem łożyskiem, przez co zdwojenie wypukla się, upodabniając się coraz to bardziej do odcinka kuli.

Badanie po kilku minutach wykazuje: Łożysko wysunęło się prawie w całości z jamy trzonu poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, przyczem wypukliło się tak, iż przybrało postać kuli, która, jak gdyby główka, wypełniła te 2 części macicy. Ujście zewnętrzne szyi przybiera obecnie kształt okrągły. Brzegi ujścia zrazu nie są napięte, ale wiotkie, z lekka pofałdowane, i luźnie przylegają do powierzchni obniżającego się łożyska.

Badanie dalsze, uskutecznione w odstępach co 3 a następnie co 5 minut, poucza nas o sposobie wydostawania się łożyska z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi przez ujście zewnętrzne do pochwy. Kula utworzona z łożyska i krwi — hematomatu, — obniżając się wchodzi w pła-

szczyznę ujścia zewnętrznego tak, iż brzegi tegoż napinają się, przylegając ściśle do powierzchni owodni łożyska. Obecnie wyczuwamy dokładnie oba sklepienia wypuklone, przednie i tylne. Tylna warga leży nieco powyżej kolców kości siedzeniowej.

Sposób przechodzenia łożyska do pochwy odbywa się w sposób następujący: Ujście zewnętrzne macicy z okrągłego staje się owalnem z osią długą w wymiarze prostym miednicy kostnej; przednia warga pozostaje na jednej wysokości, tylna zaś cofa się po powierzchni owodni wypuklonego łożyska ku górze w kierunku *promontorium* przyczem cieńczeje, staje się, węższą, a sklepienie tylne mniejsze. Z chwilą, gdy ujście zewnętrzne całkowicie się rozwarło, a łożysko w znacznej części znajduje się w pochwie, trudno dosięgnąć tylnej wargi. Łożysko wypuklone wydostaje się do pochwy w analogiczny sposób, jak przechodziło z jamy trzonu do jamy dolnego odcinka, bo ułożywszy palce na łożysku, czujemy, że górna partya jego wywija się przez rozszerzające się ujście zewnętrzne macicy, zaś partya łożyska, przyległa do dolnego brzegu łożyska, znajduje się we względnym spoczynku.

Kula utworzona z wypuklonego łożyska i krwi (krwiak) zesuwa się w jamie pochwy po wygięciu kości krzyżowej aż na dno podłogi miednicy, przyczem w niektórych przypadkach udaje się stwierdzić ruchy obrotowe tej kuli, które żywo przypominają zwroty główki w kanale miednicy małej. Po pewnym czasie łożysko obniża się tak nizko, iż zaczyna przeć na międzykrocze i rozwierać szparę sromową. Jeżeli kobieta prze, wypuklone łożysko zupełnie analogicznie jak główka płodu rozwiera całkowicie szparę sromową i wytacza się na zewnątrz, a za łożyskiem wypadają odklejone błony, obejmujące krew płynną i skrzepy krwiaka. Po urodzeniu się popłodu przez chwilę wylewa się jeszcze ze szpary sromnej krew płynna, zmieszana ze skrzepami, t. j. reszta krwiaka. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Wrodzona niedrożność jelit cienkich.

Podali

Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. nadzw.
i **Dr. Leon Konrad Gliński,**
asystenci zakładu.

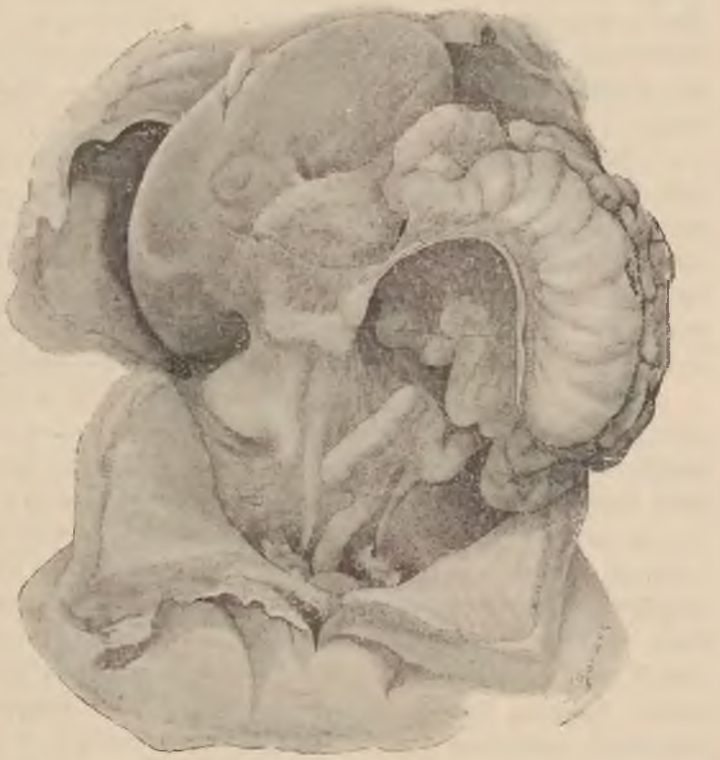
(Ciąg dalszy).

II. spostrzeżenie dotyczy płodu płci żeńskiej, niedonoszonego, urodzonego 31. X. 1898 w klinice położniczej. Kolegom asystentom klinicznym zawdzięczamy wiadomości dokładniejsze o matce i dziecku, które przytaczamy tutaj z tego względu, iż według niektórych autorów wrodzona niedrożność jelit pojawia się niekiedy gromadnie u dzieci jednej matki. W naszym przypadku nietylko nie było niczego podobnego, ale raczej rzecz miała się odwrotnie; wada rozwojowa była wyjątkiem wśród licznego zdrowego rodzeństwa. Matka płodu, który badaliśmy, licząca w owym czasie lat 40, odbyła przedtem jedenaście porodów prawidłowych (dzieci te żyją i są zdrowe), i dwunasty, ukończony obrotem z powodu położenia poprzecznego. Poród płodu, przez nas badanego, z rzędu trzynasty, przedwczesny, w 9-tym miesiącu księżycowym ciąży, z położenia skośnego, powikłany był wypadnięciem nóżki i pępowiny, rozpoczął się siłami natury i w końcu dopiero wymagał pomocy ręcznej. Płód przyszedł na świat lekko omdlały i dał się dość łatwo docucić; ważył 2100 gramów, (długość 44 ctm., obwód główki 30 ctm.). Po ocuceniu krzyczał mocno, ssał prawidłowo, objawów zboczeń w przewodzie pokarmowym nie zauważono. W rok później przebyła matka jeszcze czternasty poród prawidłowy, wydając na świat dziecko, dotąd żyjące.

Sekcyę (P. S. N. 971) noworodka, zmarłego trzeciego dnia życia, wykonaliśmy 3. XI. 1898, stwierdzając, co następuje: Waga zwłok 2010 grm., budowa dobra, odżywienie dobre. Skóra różowa, pokryta jeszcze gdzieniegdzie meszkiem; paznokcie nie przechodzą końców palców; jądra kostne w dolnych nasadach kości udowych nie dochodzą 2 mm. średnicy. Pępowina świeża, bez zmian. Brzuch nieco wzdęty.

Czaszka i jej treść, oraz narządy zawarte w klatce piersiowej — prawidłowe; płuca we wszystkich częściach powietrzne. Przepona nieco wyżej ustawiona. W jamie brzusznej znajduje się około 100 grm. cieczy brunatnawo-krwawej, w której drobnowidowo oprócz krwinek czerwonych i białych można wykazać składniki smołki. Otrzewna nastrzykana, gdzieniegdzie zasiana punktowatemi wybroczynami, miejscami przyćmiona. Zgrubień, ani nieregularnych zrostów otrzewnej nigdzie niema. Żołądek w położeniu płodowem; wątroba, trzustka i śledziona prawidłowo ułożone, bez zmian, podobnież i nerki, oraz reszta narządu moczowego i narządy płciowe. Dwunastnica i jelito czcze przebiegają prawidłowo; dolna część jelita czczego i jelito biodrowe rozszerzone coraz znaczniej, im dalej ku dołowi; wreszcie przechodzi jelito biodrowe w ślepy worek, bardzo znacznie rozdęty i wypełniony smołką, która wydobywa się z niego na zewnątrz przez otworek wielkości grochu, o brzegach nierównych, strzępiastych, znajdujący się na przedniej ścianie worka, blisko jego dna. Cała ta workowato zakończona część jelita biodrowego osadzona jest na bardzo długiej krezce, która okręciła się u swej podstawy dwukrotnie około osi i uległa zaciśnięciu. Całe ślepe, workowate zakończenie jelita biodrowego jest silnie biernie przekrwione, zabarwione ciemno-sino. Między workowatem zakończeniem jelita biodrowego, a dolnym odcinkiem przewodu pokarmowego niema połączenia, jak tylko przez krezkę, która kończy się w miejscu przerwy ciągłości jelita wolnym, cieniutkim, sierpowato wklęsłym brzegiem; długość tego brzegu od ślepego workowatego końca jelita biodrowego do dalszego ciągu jelit wynosi 5 ctm. Brzeg ten w dalszym ciągu bezpośrednio przymocowany jest do szczytu ślepego, stożkowatego, $1^1/_2$ ctm. długiego uchyłka, który przylega podstawą do kątnicy i podobnie, jak ona, nie posiada krezki. Kopuła kątnicy prawidłowo wykształcona; wyrostka robaczkowego nie widać i nie można go też odszukać po przecięciu otrzewnej, pokrywającej kątnicę i odchyleniu jej ku górze. Kątnica leży tak wysoko pod wątrobą, że szczyt jej kopuły przypada prawie w równej linii z dolną granicą dolnej poziomej gałęzi dwunastnicy; odpowiednio do tego jest i część wstępująca okrężnicy bardzo krótka, a krezki również nie posiada. Otrzewna, pokrywająca tę część okrężnicy i prawą połowę części poprzecznej, przechodzi ku górze w ten sposób na wątrobę, że otwór torby sieciowej zupełnie nie istnieje. Reszta okrężnicy biegnie prawidłowo, przytwierdzona ściśle do podstawy;

odbytnica również w położeniu prawidłowem; pętla esowata na wysokiej krezce. Cała kiszka gruba zupełnie skurczona, lecz wszędzie drożna, zawiera wewnątrz nieco szarawego śluzu (*Rysunek 1*).



Rysunek 1.
Wrodzony brak dolnej części jelita biodrowego (spostrzeżenie II.).

Bardzo podobny do tylko co opisanego przez nas przypadku ze względu na usadowienie niedrożności w dolnej części jelita biodrowego był następujący (trzeci) nasz przypadek. Przypadek ten dotyczył noworodka płci męzkiej, u którego z powodu objawów niedrożności jelit wykonano (Doc. Bossowski) sztuczne połączenie pomiędzy odcinkami, leżącymi powyżej i poniżej miejsca przerwy (*entero-entero-anastomosis*). Dziecię zmarło w trzy dni po urodzeniu.

Na sekcyi tego noworodka (P. S. 798 z dnia 10 X. 1902) można było stwierdzić, co następuje: Zwłoki płodu niedonoszonego, słabo rozwiniętego; w dolnych nasadach kości udowych brak jądra kostnego. Na powłokach brzusznych świeża, zespolona szwami, czysta rana polaparotomijna. Czaszka i jej treść, oraz narządy klatki piersiowej nie okazują nic nieprawidłowego; płuca wcale dobrze powietrzne. Po otwarciu jamy brzusznej zaraz na pierwszy rzut oka zwraca na siebie uwagę niestosunek pomiędzy zachowaniem się jelit cienkich, a kiszki (jelit grubych). Ta ostatnia (kiszka) leży prawidłowo, tworzy w swoim przebiegu prawidłowe skręty, jest zupełnie zapadnięta, a w świetle jej znajduje się tylko mała ilość treści białawej, makroskopowo do śluzu podobnej, mikroskopowo składającej się ze śluzu i z licznych złuszczonych nabłonków. Jelita grube w całym swym przebiegu są na pierwszy rzut oka niewidoczne i ukazują się dopiero po usunięciu na bok rozdętych jelit cienkich. Te ostatnie, podobnie jak i żołądek, są w całym swym przebiegu znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w miarę posuwania się ku dołowi stopień rozdęcia wzrasta coraz więcej, aż wreszcie w odległości 159 ctm. (na preparacie zachowanym w formalinie) poniżej odźwiernika przechodzi jelito cienkie w ślepy znacznych rozmiarów worek, częściowo wypełniony smołką. W odległości około 3 ctm. powyżej ślepego zakończenia tego worka znajduje się, sztuczne operacyjnie wykonane połączenie pomiędzy jelitem cienkiem, a kiszką wstępującą; cała ta workowato rozdęta część jelita cienkiego osadzona jest na długiej krezce. Poniżej tego workowatego rozdęcia na pierwszy rzut oka ciągłość jelita przerywa się całkowicie na dość znacznej przestrzeni, gdyż dopiero w odległości 12 ctm. poniżej ślepego zakończenia znajduje się dalszy ciąg jelita cienkiego, które biegnie dalej na przestrzeni 3 ctm. i uchodzi następnie do prawidłowo już wykształconej kątnicy. Ten dolny odcinek jelita biodrowego przedstawia się w postaci stożkowato i ślepo rozpoczynającej się zapadniętej cewki, w świetle której znajdują się białawe masy. Obydwa te ślepe odcinki jelita cienkiego łączą się ze sobą za pośrednictwem krezki, której wolny brzeg jest sierpowato wklęsły i niewszędzie posiada jednostajną grubość, a mianowicie najcieńszy jest w częściach, przylegających do ślepych odcinków jelit, najgrubszy — w częściach pośrednich: poczynające od szczytu ślepego rozdętego odcinka na przestrzeni około 2 ctm. brzeg ten przedstawia się w postaci zaledwo grubej nitki, następnie grubieje nieco i tworzy tutaj kilka pozrastanych z sobą zagięć, w dalszym przebiegu dochodzi grubości 4 mm. (na poprzecznym przekroju), następnie zaś znowuż staje się cieńszym i w końcu w postaci około 2 ctm. długiej nitki przyczepia się do szczytu dolnego ślepego odcinka. W części. odpowiadającej przerwie w ciągłości jelita, krezka jest lekko zgrubiała, włóknisto zwyrodniała.

Prócz zmian powyżej opisanych sekcya nie wykazała zresztą nic nieprawidłowego w obrębie jamy brzusznej: otrzewna cienka, gładka, częściowo umazana krwią, wynaczynioną przy operacyi; wątroba, śledziona, trzustka, nerki i t. d. leżały w miejscach właściwych i nie okazywały żadnych zmian.

Niedrożność najniższej pętli jelita biodrowego jest obok niedrożności dwunastnicy najpospolitszą, może nawet częstszą od tamtej zmianą. Przeważna część nowszych spostrzeżeń (np. Sicka[30]), Clarkego[31]), Mauclairea[32]), Lilienfelda[33]), Jaboulaya[34]), Chiariego[35]) itd.) zalicza się do tej gromady, a i z dawniejszych znaczna liczba do niej należy (cf. Kuliga *l. c*). A chociaż i to, najbardziej może co do siedziby typowe zboczenie uważają niektórzy, (o czem niżej) za skutek spraw patologicznych, przypadkowo w życiu płodowem nabytych, niemniej większość badaczy uznaje za przyczynę nieprawidłowy przebieg samychże spraw rozwojowych i to, z wyjątkiem Jaboulaya, sprawy zanikania przewodu pępkowo-jelitowego.

W bardzo do naszego II. spostrzeżenia podobnym przypadku wykazał Jaboulay zapomocą nastrzykania naczyń, że anastomoza, którą zazwyczaj spotyka się w warunkach prawidłowych pomiędzy ostatniemi gałązkami tętnicy krezkowej górnej, a pierwszemi gałązkami tętnicy krezkowej dolnej, wcale nie istniała. Brak tej anastomozy ma być, zdaniem Jaboulaya, przyczyną, że końcowy odcinek jelita

[30]) Sick: *l. c.* Spostrz. II.

[31]) Clarke: Lancet, 1899. Aug. 26. Centralbl. für Chirurgie 1899, Nr. 43.

[32]) Mauclaire: Societé anatom. de Paris. 21. XII. 1900.

[33]) Lilienfeld: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 34, 1902.

[34]) Jaboulay. *l. c.*

[35]) Chiari: *l. c.* Spostrz. I. i II.

biodrowego zanikł. Wspomnieliśmy, że Jaboulay, zdaniem naszem niesłusznie, zmierza do uogólnienia tego tłómaczenia, przypuszczając, że w wielu przypadkach niedrożności pewnych przewodów przyczyna leży w nierozwinięciu się lub zaniku odpowiednich naczyń. Pominąwszy, że tłómaczenie to mogłoby się odnosić tylko do pewnych, ściśle określonych gałązek naczyniowych; pominąwszy pytanie, czy w przebiegu rozwoju zanik pewnych narządów zależy wogóle od zaniku naczyń, jako przyczyny wyższej, czy też może zanik jednych i drugich jest zjawiskiem współrzędnem; to nawet w tym szczegółowym przypadku budzi zapatrywanie Jaboulaya niejakie wątpliwości. We wszystkich bowiem przypadkach, pokrewnych jego spostrzeżeniu, można przypuszczać, że niedrożność przewodu pokarmowego wytworzyła się wcześnie, około 3-go miesiąca księżycowego ciąży, a to na tej podstawie, iż w dolnym odcinku przewodu pokarmowego znajdował się śluz bez składników żółci, która w trzecim miesiącu jeszcze nie dopływa do jelit. Otóż, chociaż tętnice krezkowe wytwarzają się wcześnie, to ostateczne zróżnicowanie się ich gałązek idzie w parze dopiero z dalszym rozwojem jelita; czyby więc raczej, przypuszczając już zależność zaniku pewnej części jelita od zaniku naczyń, nie należało odnosić wrodzonej niedrożności u końca jelita cienkiego do zaniku krążenia żółtkowego? Krążenie to zanika wraz ze zmarnieniem pęcherzyka żółtkowego i przewodu pępkowo-jelitowego właśnie w trzecim miesiącu; jeżeli zaś zanik naczyń miałby być przyczyną zaniku pęcherzyka i przewodu, toć w pewnych warunkach mógłby w tensam sposób oddziałać i na część jelita, z końcem jelitowym przewodu sąsiadującą i w ścisłym z nim pozostającą związku. Przypuszczenie takie znalazłoby może poparcie w zjawisku niejako odwrotnem, gdzie możnaby myśleć, iż nadmiernie rozwinięte gałązki naczyń krezkowych dopomagają utrzymać się końcowemu odcinkowi przewodu pępkowo-jelitowego, mianowicie w tych przypadkach, gdzie utrzymana resztka tego przewodu, uchyłek Meckela, nie posiadając własnej krezki, odżywia się z przechodzących nań z jelita przedłużeń tętniczych, lub gdzie obok odżywionego przez gałązki tętnic krezkowych uchyłku Meckela przetrwały resztki zarosłych naczyń pępkowo-jelitowych w postaci litego postronka, sięgającego aż do nasady krezki [36]).

Zależność niedrożności w najniższym odcinku jelita biodrowego od sprawy zanikania przewodu pępkowo-jelitowego zdaje się być rzeczą pewną ze względu na znamienną siedzibę zarośnięcia i na tę okoliczność, iż według wszelkiego prawdopodobieństwa powstaje ono w tym właśnie czasie, gdy przewód ów zanika; wskazuje na to, jak wspomnieliśmy, brak składników żółci w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. Nawet trzymając się zasady Jaboulaya o związku zaniku naczyń z zanikiem narządów, jeszcze ostatecznie można i to związać z losami przewodu pępkowo-jelitowego. O ile jednak związek losów tego przewodu z niedrożnością najniższej części jelita biodrowego wogóle jest prawie pewnym, o tyle znów niewiele można powiedzieć, jak ten związek w szczegółach się przedstawia. Przypuszczać można kilka sposobów powstawania niedrożności w tem miejscu w zależności od zanikania przewodu żółtkowego; jednakże szukając dla niektórych przypuszczeń wyjaśnienia w embryologii, natrafiamy w niej na dotkliwe luki.

[36]) Porównaj Leichtenstern: *l. c.* str. 423, tekst i ryc. 6.

Odnosi się to między innemi do pytania, czy i w jakim stopniu przyczynia się przewód pępkowo-jelitowy do budowy jelita biodrowego, jak to niektórzy przyjmują, a gdyby tak było, w jaki sposób zarasta ta część przewodu, która w rozwoju jelita biodrowego nie uczestniczyła. Według badań Hansa Virchowa [37]) u ptaków nie zarasta przewód żółtkowy, lecz po dostaniu się pęcherzyka żółtkowego do jamy brzusznej rozrasta się, wydłuża i grubieje i coraz więcej należy do jelita („zeigt sich später immer mehr als dem Darme zugehörig"). U kur nie służy przewód do odprowadzania żółtka do jelita, a nabłonek jego różni się od jelitowego; żółtko zostaje wessane wyłącznie przez nabłonek pęcherzyka żółtkowego i tędy dostaje się do krwi, nabłonek zaś jelita wcale go nie wsysa. Badania tegoż autora [38]) u ziemnowodnych i płazów nie wypełniły luki w pytaniu, jak zachowuje się nabłonek przewodu żółtkowego, bo autor napotykał już tylko resztki tętnic, a ani śladu przewodu. Brak też zupełnie wiadomości pod tym względem co do zwierząt ssących i człowieka. Wobec tego czeka jeszcze na rozwiązanie zarówno pytanie, czy w zarastaniu przewodu żółtkowego u zwierząt wyższych nie odgrywa jakiej roli szczególnej jakość jego nabłonka, jak i pytanie, czy wkroczenie tego nabłonka w sąsiednią część jelita nie mogłoby mieć znaczenia w powstawaniu niedrożności.

Teoryi zarośnięcia dolnej części jelita biodrowego w związku z losem przewodu żółtkowego, nie opartych na samych przypuszczeniach, ale uzasadnionych jakotako faktami, mamy dwie: Ahlfeld [39]) na zasadzie spostrzeżenia, w którem dolne pętle jelita biodrowego leżały u noworodka poza jamą brzuszną, na zewnątrz wązkiego pierścienia pępkowego, przypuszcza, że w pewnych warunkach może szczyt pierwotnej pętli jelitowej, leżący w 2 miesiącu ciąży w obrębie pępowiny, pozostać w niej nadmiernie długo, przytrzymywany może przez zbyt krótki przewód żółtkowy. Jeżeli pierścień pępkowy jeszcze więcej się ścieśni, mogłyby leżące poza nim pętle uledz oddzieleniu wskutek zaciśnięcia; wówczas reszta jelita może się już cofnąć do jamy brzusznej, a w chwili porodu nie ma w miejscu przerwy jego ciągłości już ani śladu po oddzielonych pętlach i jama brzuszna zupełnie się już zamknęła. By jednak można to tłómaczenie przyjąć, trzebaby znaleść w danym razie choć jakikolwiek pośredni dowód w postaci n. p. nadmiernej długości krezki w tem miejscu, gdzie brak jelita, a krezka kończy się wolnym brzegiem, lub zmian w położeniu części sąsiednich, jak kątnicy. Drugiem jest tłómaczenie przez udzielony przewodowi żółtkowemu skręt pępowiny, odbijający się na przyległej części jelita (Kölliker, Leichtenstern l. c.); tłómaczenie to nadawało się dobrze do przypadku Krokiewicza (l. c.), w większości przypadków jednak, w których niedrożną była dolna część jelita biodrowego, nietylko brak tak jasnego obrazu anatomicznego, jak w spostrzeżeniu Krokiewicza, ale wogóle brak jakichkolwiek śladów skręcenia jelita w postac czy to zmian krezki, czy też kawałka jelita, utrzymanego częściowo lub całkowicie między dwiema przerwami jego ciągłości, któreby odpowiadały miejscom, przez skręcenie za-

[37]) Virchow H.: w Intern. Beiträge zur wissenschaftl. Medicin. Festschrift, R. Virchow gewidmet zur Vollendung seines 70 Lebensjahres. T. I, str. 223.

[38]) Virchow H.: Archiv für mikroskop. Anatomie T. 40, s. 39.

[39]) Ahlfeld: Archiv f. Gynaecologie. Bd. V, 11. 2.

ciśniętym. — Możnaby wreszcie przypuszczać załamanie jelita w miejscu pociąganem przez przewód żółtkowy, jeżeli miejsce to było dostatecznie ustalone, a nie posiadało długiej, swobodnie ruchomej krezki.

O nabytych w życiu płodowem przypadkowo, niezawiśle od przemian rozwojowych, sprawach, jako przyczynie niedrożności jelita cienkiego, mówią przedewszystkiem ci, którzy opisali przypadki mnogich zwężeń lub zarośnięć przewodu pokarmowego, usadowionych w najrozmaitszych miejscach. Do takich przypadków należą z nowszych spostrzeżenia: Thorela[40]), Schüppla[41]) (w 10 oddzielnych miejscach), Marckwaldta[42]) (zarośnięcie przełyku, dwunastnicy i odbytnicy), Libowa[43]) (spostrzeżenie II, zarośnięcie jelita cienkiego w 3 miejscach, nadto zarośnięcia kiszki), Chiariego[44]) (spostrzeżenie III, zarośnięcie jelita czczego w 2 miejscach), Schwalbego[45]) spostrzeżenie II, mnogie zwężenia jelita cienkiego), chociaż i z tych autorów nie wszyscy przychylają się do przypuszczenia, że niedrożność jelit była niezawisłą od samych tylko przemian rozwojowych, że natomiast miała źródło w przypadkowo wikłających je sprawach chorobowych. Libow n. p. zaznacza wyraźnie, że w jego spostrzeżeniach nic nie wskazywało na przebyte zapalenie lub skręcenie jelit, lub na zapalenie otrzewnej. W innych znów przypadkach na tłómaczenie, podane przez samego autora, nie ze wszystkiem godzić się można: i tak np. budzi niemałe wątpliwości tłómaczenie Marckwaldta (przez zmiany zapalne), gdyż właśnie w jego spostrzeżeniu zmiany, acz mnogie, usadowiły się w okolicach, wcale znamiennych dla czysto rozwojowych zboczeń (dwunastnica, odbytnica), podobnie, jak w wielu innych przypadkach zarośnięć mnogich (por. Kuliga *l. c.* tablica na końcu pracy).

Z przyczyn niejako przypadkowych, niezależnych od zmian rozwojowych, większość autorów (jak n. p. Baginsky[46]), Müller[47]), Hecker[48]) i t. d.) wymienia na pierwszem miejscu przebyte w życiu płodowem przewlekłe zapalenie otrzewnej w następstwie n. p. kiły lub gruźlicy rodziców, różnych chorób zakaźnych samego płodu i t. d. Tworzące się skutkiem tego postronkowate zrosty łatwo mogą wywołać uwięźnienie, załamanie lub skręcenie jelita z następowem zarośnięciem światła. Pod tym względem zasługuje zwłaszcza na uwagę praca Silbermanna[49]), który w roku 1882 bardzo szczegółowo zajmował się zapaleniem otrzewnej u noworodków i na tej podstawie twierdzi, iż istnieją dwie główne przyczyny wrodzonej niedrożności jelit: 1) przebyte w życiu płodowem zapalenie otrzewnej i 2) przebyte skręcenie jelit. Która z tych przyczyn jest pierwotną, która zaś następową, niepodobna zdaniem Silbermanna stanowczo rozstrzygnąć. Łatwo jednak zrozumieć, iż skręcenie jelita wobec nadmiernie długiej krezki powstać może również samoistnie bez przyczynienia się zrostów otrzewnowych, a nawet łatwo stać się może przyczyną następowego zapalenia otrzewnej. Także i inne zmiany położenia jelit mogłyby może powstać pierwotnie i samoistnie. N. p. Fuchsig[50]) znalazł w przypadku niedrożności jelita biodrowego okienkowatą szczelinę w krezce bez śladów dawniejszego zapalenia otrzewnej i sądzi, że przyczyną niedrożności było pierwotne uwięźnięcie jelita w owej szczelinie. Rozmiary niniejszej pracy nie pozwalają nam na dokładniejsze zastanawianie się nad wymienionymi powyżej czynnikami, co zresztą było omawiane już przez cały szereg autorów i do czego zresztą pokrótce wrócimy jeszcze przy omawianiu ostatniego naszego przypadku. Na tem miejscu chcielibyśmy tylko nieco obszerniej wspomnieć o wgłobieniu jelita (*invaginatio, intussusceptio*), jako jednej z możliwych, a dotychczas bardzo mało uwzględnianych przyczyn wrodzonej niedrożności jelit.

Sprawę wgłobienia, jako przyczyny wrodzonej niedrożności jelit, pierwszy poruszył Chiari[51]) jeszcze w r. 1888. Autor ten opisał wtedy przypadek wrodzonej niedrożności jelita biodrowego, usadowionej w odległości 15 ctm. powyżej zastawki okrężnicy; dokładniejsze badanie wykazało wtedy w odcinku jelitowym, leżącym poniżej miejca przerwy, obecność wgłobionego, dobrze zachowanego kawałka jelita cienkiego, jednocześnie zaś pomiędzy ślepemi zakończeniami obydwu odcinków w wolnym brzegu krezki brakowało odpowiednio długiego odcinka jelita. Na podstawie tego przypadku wypowiedział już wtedy Chiari przypuszczenie, iż jedną z częstszych przyczyn wrodzonej niedrożności musi być powstałe w toku życia płodowego wgłobienie jelita. Minęło jednak 14 lat i nikt nie potwierdził zapatrywań Chiariego, a nawet sam ten autor w 3 spotkanych w tym czasie przypadkach musiał uciekać się do innego tłómaczenia znalezionej wrodzonej niedrożności jelit. Dopiero w roku ubiegłym Braun[52]) ogłosił przypadek wrodzonej, 10 ctm. powyżej zastawki Bauhina usadowionej niedrożności jelita, w którym to przypadku makroskopowo nie można było wykazać przyczyny niedrożności; badanie jednak mikroskopowe wykazało w odcinku, leżącym poniżej miejsca przerwy, obecność wgłobionego, około 1 ctm. długiego, obumarłego kawałka jelita, mimo iż makroskopowo w odcinku tym znajdowały się tylko białawe grudkowate masy. Na tej podstawie sądzi również i Braun, iż wgłobienie, jako przyczyna wrodzonej niedrożności jelita, spotyka się częściej, niż to ogólnie przypuszczamy, chcąc jednak wykazać takie wgłobienie, nie należy ograniczać się do badania makroskopowego, lecz przeciwnie, powinno się szczegółowo zbadać mikroskopowo odcinek jelita, leżący poniżej miejsca przerwy. Zachęcony tem spostrzeżeniem Brauna, zbadał Chiari[53]) dokładniej makro- i mikroskopowo 3, wspomniane wyżej, dawniejsze przypadki wrodzonej niedrożności jelit cienkich i rzeczywiście w jednym z tych przypadków (przerwa ciągłości jelita 15 ctm. powyżej zastawki Bauhina) udało mu się wykazać w części jelita, leżącej poniżej miejsca przerwy, obecność wgłobionego, częściowo obumarłego kawałka jelita. Wobec tych wyników badań mikroskopowych, Chiari, stwierdzając ponownie możność powstania wrodzonej niedrożności jelit w następstwie wgłobienia, zwraca zgodnie z Braunem uwagę na konieczność w tego rodzaju przypadkach badania mikroskopowego, chociażby makroskopowo nie można było nawet przypuszczać wgłobienia. Również wgłobienie było może przyczyną niedrożności w przypadku Kirchnera[54]); tak

[40]—[44]) *l. c.*

[45]) Schwalbe *l. c.* Spostrzeżenie to ogłosił szczegółowo Kuliga: *l. c.* W pracy swej zebrał też Kuliga skrzętnie dawniejsze spostrzeżenia mnogich zwężeń jelita, których tu nie przytaczamy.

[46]) Baginsky A.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1883.

[47]—[49]) Müller, Hecker, Silbermann *l. c.*

[50]) Fuchsig: Deutsch. Zeits. f. Chirurgie. T. 66. S. 364.

[51]) Chiari: Prager medic. Wochenschr. 1888. Nr. 37.

[52]) Braun Heinrich: Bruns Beitr. z. klin. Chir. 34 Bd., 1902.

[53]) Chiari: Prager medic. Wochenschr., 1903. Nr. 22.

[54]) Kirchner: Berlin. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 27.

przynajmniej należałoby przypuszczać na podstawie przytoczonego przez tego autora opisu, mimo iż sam on szuka przyczyny niedrożności w swoim przypadku w przebytem zapaleniu jelit.

Nadmienić tu należy, że Kuliga, starając się wogóle (naszem zdaniem niewłaściwie) ograniczyć etyologię wrodzonej niedrożności jelit do niewielu tylko przyczyn (pierwotne zapalenia jelit, zboczenie rozwojowe), zwalcza także i zapatrywanie Chiariego. Zdaniem Kuligi (*l. c.* str. 484) przypuszczeniu wgłobienia w życiu płodowem sprzeciwia się fakt, że wówczas ruch robaczkowy jelit jest zbyt słaby, by zmianę tę mógł wywołać. Zdaniem K. wgłobienie jest następstwem niedrożności, powstałem już po porodzie.

Z innych przytaczanych przez autorów przyczyn wrodzonej niedrożności, względnie zwężenia jelit, zasługują na uwagę: 1) Ograniczone, przebyte w życiu płodowem, zapalenie lub owrzodzenie jelita (bez zmian w pierwotnem położeniu) z następowem zarośnięciem światła (Ahlfeld[55]), Marckwaldt[56]), Thorel[57]), Kirchner? i t. d.). Ciekawe pod tym względem jest zwłaszcza spostrzeżenie Kisiela[58]), w którego przypadku przyczyną wrodzonej niedrożności jelita miał się stać zbity skrzep krwi, powstały skutkiem owrzodzenia ściany jelitowej, z następowym krwotokiem do światła jelita. 2) Ucisk na jelito przez powiększone gruczoły i wątrobę (Van Puteren[59]), Kristeller[60]) lub przez znajdujące się w jamie brzusznej nowotwory. Tak np. w trzecim przypadku Żukowskiego[61]) jelito cienkie było znacznie zwężone skutkiem ucisku z 2 stron przez torbielowate guzy, które przy badaniu mikroskopowem okazały się chłoniakami (*lymphangioma*).

Jak widzimy z tego pobieżnego, zresztą niecałkowitego zestawienia, przyczyny wrodzonej niedrożności jelit, zarówno przypadkowe, niezależne od spraw rozwojowych, jak i polegające na pewnych zaburzeniach we właściwym rozwoju, są bardzo liczne i różnorodne, a nadmienić należy, iż częstokroć najdokładniejsze badania przyczyny tej wykazać nie mogą. (Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału prof. Rosnera c. k. Szkoły położnych.

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Ciąg dalszy).

Niektórzy autorowie, opisując niedrożność przewodu pokarmowego w ciąży lub połogu, zaliczali także przypadki takie, w których niedrożność była tylko następstwem jakichś zmian chorobowych w jamie otrzewnowej, a zatem była objawem innej choroby, a nie niedrożnością istotną. Przypadki te podajemy dlatego, że przedstawiały typowe objawy niedrożności i rozpoznanie przyczyny niedrożności wykryto dopiero albo podczas operacyi, albo podczas sekcyi. Zestawiamy je dlatego w grupie osobnej, do której wliczamy także niedrożność, powstałą skutkiem zwężeń światła jelita; jest to wprawdzie niedrożność powstała skutkiem zmian w samem jelicie, jelito to jednak nie jest zdrowe, w ścianie jego odbywa się jakaś sprawa chorobowa, nadto objawy występują powoli, a w pracy niniejszej mieliśmy zamiar omówić tylko niedrożność ostrą, powstałą przez złe ułożenie trzew, poprzednio zupełnie zdrowych. (Grupa V.).

Objawy niedrożności tej grupy spowodowane były przez zwężenie nowotworowe jelita (przypadek 1, 2, 3), uwięźnięcie macicy ciężarnej (przyp. 4, 5), przez ucisk torbielaków na jelita (p. 6, 7, 8), przez zgniecenie pętli jelita pomiędzy torbielakiem, a macicą ciężarną (p. 9, 15), przez ucisk włókniaka macicy (p. 10), przez ciążę zamaciczną (p. 11, 12), przez ropień w okolicy jelita ślepego (p. 13, 14), przez pękniętą macicę (p. 18) i wreszcie — niedrożność była tylko objawem ogólnego zapalenia otrzewnej, jak to widzimy w przypadku 16 i 17. Przypadków niedrożności, powstałych z tych lub innych zmian chorobowych w jamie otrzewnowej, mamy dosyć z własnej obserwacyi i całe ich szeregi znajdujemy w piśmiennictwie; nie podajemy ich jednak dlatego, że niedrożność ta była rozpoznaną, jako objaw innego cierpienia, np. jako towarzysząca zapaleniu wyrostka robaczkowego, ciąży zamacicznej, pęknięciu macicy, jako objaw niedowładu i porażenia jelit i jako skutek obecności krwisteku zamacicznego. Na 18 przypadków tej grupy dwanaście zakończyło się śmiercią, sześć wyzdrowiało, z tego tylko w trzech przypadkach operowanych ciąża została donoszoną. Chcąc omówić czynniki rozpoznawcze ostrej niedrożności, musimy odwrócić porządek, t. j. zacząć od grupy ostatniej; musimy wykluczyć niedrożność następową; a więc przy istniejących objawach niedrożności przedewszystkiem zwrócić uwagę na te zboczenia, które mogą sprowadzić niedrożność następową. Badaniem szczególnie przez pochwę musimy wykluczyć istnienie ciąży zamacicznej, uwięźnięcie macicy, włókniaki macicy, obecność torbielaków, krwisteka; oprócz badania, w celu wykluczenia niektórych tych przyczyn, dopomogą wywiady, n. p. dowiedzieć się możemy o istnieniu przed ciążą guza w brzuchu, włókniaka rozpoznanego przed ciążą, dalej choćby krótka obserwacya, z której wiemy np. o istnieniu stanu gorączkowego, o wzmaganiu się bolesności w jednem ograniczonem miejscu; badanie leukocytów ułatwi rozpoznanie ropnia. Badanie przez odbytnicę, do tego badanie stolca, obecność krwi np., może nam ułatwić rozpoznanie raka.

W przypadkach, gdzie był robiony jakiś zabieg operacyjny cięższy i potem dopiero wystąpiły objawy niedrożności, trzeba zwrócić uwagę na możebność istnienia zapalenia otrzewnej, a rozpoznanie niedrożności w tym przypadku nie będzie sprawiać żadnych trudności.

Niedrożność może być ostra, powstała z przyczyny, którą przy dokładnem badaniu łatwo znaleźć, a mamy tu na myśli przepukliny: objawy będą takie same, jak w każdej niedrożności; rozpoznanie jednak łatwiejsze skutkiem uwidocznienia się przepuklin; trudniejsze do rozpoznania będą tylko przepukliny zatykowa *(obturatoria)*, kulszowa *(ischiadica)*, przeponowa *(diaphragmatica)* międzykroczowa *(perinealis)*, pochwowa *(vaginalis)*, odbytnicza *(rectalis)*.

Uwięźnięcia przepuklin w ciąży mamy także bardzo

[55]—[57]) Ahlfeld, Marckwaldt, Thorel: *l. c.*

[58]) Kisiel: Trudy obszczestwa dietskich wraczej w S. Pietierburgie, 1889.

[59]) Van Puteren: Trudy obszcz. dietsk. wracz. w S. Pietierburgie, 1891.

[60]) Kristeller: Monatschr. f. Geburtsk. XXXI, 5.

[61]) Żukowski: *l. c.* a także: *a)* Russk. Archiw Patołogii etc., 1901 grudzień; i *b)* Die medicin. Woche, 1902, Nr. 7.

Grupa V. *Ucisk jelita i nowotwory.*

Liczba	Wiek	Miesiąc	Autor	Objawy	Leczenie	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyna niedrożności
1		5	Mason: Schmidt's Jahrb., 1874.			Śmierć.	—	Zwężenie
2	wiel.	7	Heath: The medic. Times and Gaz., 1880	Objawy ostrego zakażenia.	.	Śmierć.	Poród dobrowolny, płód żywy.	Zwężenie rakowate odbytnicy.
3	wiel.	5	Maygier: Bull. Soc. anat., 1879.	Objawy niedrożności od kilku dni.	Środki przeczyszczające, kał odszedł przez pochwę.	Śmierć.	Poród sztuczny.	Zwężenie rakowate odbytnicy
4		7	Treub: Central. Gyn., 1892.	Od 5 dni objawy niedrożności.	Odprowadzenie macicy tyłozgiętej.	Śmierć.	—	Zgorzel jelita esowatego, zapalenie otrzewnej.
5		4	Chantemesse, Widal i Legry: Soc. méd des hôp. 1891.	Uwięźnięcie macicy tyłozgiętej.	Odprowadzenie macicy, potem skrobanka po poronieniu.	Śmierć.	3 dnia poronienie.	Ropień między macicą a jelitami, uciskający pętle jelit.
6		2	Lotbeisen: Wien. klin. Wochen., 1894.	Od 3 tygodni objawy niedrożności, guz wybadalny po stronie lewej.	Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Torbiel skórzasty uciskał odbytnicę.
7	.	.	Morestin: Soc. chirurg. 1900.		Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Skręcenie szypuły torbielaka sprowadziło ucisk jelit.
8		8	Bar: Bull. de la Soc. d'obst., 1900.	Guz wybadalny w dole Douglasa, objawy niedrożności dopiero w połogu.	Cięcie cesarskie, laparotomia w 5 dniu połogu.	Śmierć.	Płód żywy.	Torbielak w dole Douglasa, uciskający odbytnicę, zrosły z kiszką ślepą.
9		.	Schmidt's. Jahrb., 1882.	Objawy niedrożności.	Poród sztuczny.	Wyzdrowienie.	Poród sztuczny.	Zaciśnięcie pętli jelita między torbielakiem a macicą ciężarną.
10		4	Turner: Thèse de Paris, 1900.	Włókniaki macicy ciężarnej.	Poronienie.	Śmierć.	—	Włókniak, ważący 6.500 gramów, zaciskał jelito esowate.
11		.	Pletzer: Monatsschrift für Geb., 1866.	Objawy niedrożności od kilku dni i zapad.	Środki przeczyszczające.	Śmierć.	—	Ciąża zamaciczna.
12		3	Stratz: Zeitschrift für Geb., und Gyn. Bd. XXV.	Objawy niedrożności nagłe, zapad.	Laparotomia.	Śmierć.	—	Ciąża zamaciczna.
13		3	White: Med. Press. and clinit., 1896.	Ropień wybadalny w okolicy kiszki ślepej i objawy niedrożności.	Nacięcie.	Wyzdrowienie.	Poronienie.	Ropień w okolicy kiszki ślepej.
14		.	Rhen: Arch. f. klin. Chirg., Bd. XLIII		Laparotomia, nacięcie ropnia.	Wyzdrowienie.	Poronienie.	Ropień między jelitami.
15		4	Stratz: Zeits. f Geb. u. Gyn., Bd. XXV.	Objawy niedrożności niestałe.	Laparotomia, wydobycie torbielaka.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zaciśnięcie kiszki ślepej między torbielakiem a macicą.
16	wiel.	połóg	Kehrer: Central. f. Gyn., 1894.	Miednica rozmiękczynowa, dlatego cięcie cesarskie 3 dnia połogu, objawy niedrożności.	Cięcie cesarskie ze względu na płód.	Śmierć.	Płód żywy.	Zapalenie otrzewnej, macica uciskająca odbytnicę.
17		połóg	Polloson: Soc. méd. de Lyon, 1897.	3 dnia połogu objawy niedrożności	Cięcie cesarskie z bezwzględnego wskazania, lewatywy.	Śmierć w 5 dniu połogu.	Płód żywy.	Zapalenie otrzewnej, ucisk macicy na jelita cienkie.
18		7	Watkins: Transactions of the Chicago Gyn., 1902.	Zaparcie stolca i wiatrów, ból i opór po stronie lewej macicy.	Laparotomia.	Śmierć	.	Pęknięcie macicy przez całą prawie grubość w dnie, krwiak podotrzewnowy i między stare zrosty, załamanie jelita esowatego.

mało dlatego, że najczęściej istniejące przepukliny poza ciążą, jak pachwinowa i udowa, same znikają w miesiącu czwartym, lub piątym. Macica rosnąca podnosi jelita do góry, wysuwa więc pojedyncze pętle z worka; ponieważ leży w przodopochyleniu, jelita muszą znajdować się ponad i poza macicą, stąd macica oddziela jelita od bramy przepuklinowej, bramę tę niejako przykrywa. Przepuklina pępkowa, równie częsta, jak poprzednie, może już łatwiej powstać podczas ciąży, a jeszcze łatwiej podczas porodu. Skutkiem powiększenia się macicy zostają rozciągnięte powłoki, rozszerza się brama przepuklinowa, jelita znajdujące się w górze podczas porodu, skutkiem działania tłoczni brzusznej ulegają parciu ku dołowi, mogą łatwo wejść do bramy przepuklinowej i uledz uwięźnięciu. Z innych przepuklin czę-

ściej trafiają się u kobiet, niż u mężczyzn: zatykowa (*obturatoria*) i na międzykroczu (*perinealis*), a to dlatego, że otwór owalny (*for. ovale*) jest u kobiet większy i że jelita, schodząc do zatoki Douglasa, łatwiej mogą się przez otwór w dźwigaczu rzyci (*levator ani*) wydostać pod skórę. Uwięźnięcie przepukliny w ciąży opisał Scanzoni: była to przepuklina pępkowa. Fischer wspomina o 24 przypadkach przepuklin w ciąży, z tego było bliżej opisanych dwie pępkowe, ośm udowych, pięć pachwinowych; Cohnstein zebrał 11. Prescot Hewelt wspomina o przepuklinie pępkowej w piątym miesiący ciąży; Gaudier o udowej w ostatnich dniach ciąży, po której zoperowaniu w 6-tym dniu nastąpił dobrowolny poród; Petersen opisuje uwięzłą przepuklinę pępkową u królowej duńskiej Ludwiki w 8-mym miesiący ciąży. W trzecim dniu wykonano operacyę, po której chora zmarła; zrobiono więc cięcie cesarskie na nieżywej, płodu jednak nie docucono; Keim z kliniki Bara opisuje przepuklinę przeponową w 4-tym miesiącu ciąży, gdzie do lewej jamy opłucnowej dostał się żołądek, całe jelito cienkie i część grubego. Sydney Jones wspomina o przepuklinie pępkowej, a Sintenis o pachwinowej. Uwięźnięcie w połogu przepukliny opisują: Churchill pępkową, Fischer mówi o dwóch pępkowych, podobnie Meyer wspomina o przytoczonych w piśmiennictwie 2 pępkowych, 1 udowej; Boissard i Roche opisują przepuklinę pępkową, powstałą wskutek siadania w 48 godzin po porodzie; po kilku godzinach udało się ją odprowadzić, poczem objawy niedrożności ustąpiły.

Wszystkich przypadków uwięźnięć przepuklin tak w ciąży, jak i w połogu udało nam się zebrać 40; ponieważ nie wszystkie prace oryginalne były dla nas dostępne, dlatego nie możemy podać dokładnego odsetka śmiertelności, ani też, jak operacya wpływała na samą ciążę. Z kilku jednak przypadków (Hewetta, Gaudiera) przypuszczać możemy, że operacya ta samej ciąży nic nie szkodzi, już z tego względu, że sama operacya jest łżejsza i krótsza od laparotomii, a miejsce operacyjne jest zdala od macicy, przez co macica podczas operacyi nie jest zupełnie uciskaną.

Przyczyną niedrożności może być także wgłobienie (*invaginatio*), chociaż ta przyczyna niedrożności w ciąży i połogu zdaje się być najrzadsza. Nie wchodząc w powody powstania wgłobienia, jako czysto chirurgiczne i nie mające żadnego związku z ciążą, ani z połogiem, poprzestajemy tylko na wyliczeniu przypadków, przytoczonych w piśmiennictwie. Wichmann zebrał sześć przypadków w ciąży, opisanych przez Steinharta, Buka, Mayo Robsona, Wylie, Ayera i Croftona; Steinhard opisuje wgłobienie w 4-tym miesiącu ciąży, wyleczone bez operacyi; po odejściu kawałka jelita ciąża została donoszoną. Wichmann wspomina o czterech przypadkach w połogu (Ponficka, Krabbela, Ibba i Czernego). Poppert opisuje przypadek niedrożności u wieloródki, wyleczony przez odejście dobrowolne kawałka jelita cienkiego, 48 ctm. długiego, Porak operował położnicę z objawami ostrej niedrożności; podczas operacyi znalazł wgłobienie jelita cienkiego na przestrzeni 12 ctm., a w kilku miejscach już rozpoczynającą się zgorzel.

Tak przy przepuklinach, jak i wgłobieniu, jedynie racyonalnym sposobem postępowania będzie zabieg operacyjny, skoro się nie udało odprowadzenie przepukliny, lub wgłobienie po wysokich wlewaniach nie ustąpiło. Ciąża i połóg nie mogą być przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu dlatego, że sama operacya nie musi sprowadzić poronienia; a gdyby nawet poronienie sprowadziła, to jest to dla matki mniejszem niebezpieczeństwem, niż zaniechanie operacyi.

Rozpoznając niedrożność ostrą, chociaż wykluczyliśmy niedrożność następową, powstałą z przyczyn wyżej przytoczonych, oraz chociażwykluczyliśmy uwięźnięcie przepuklin, to jeszcze musimy rozstrzygnąć, czy nie mamy do czynienia z zapaleniem otrzewnej, z ostrem zapaleniem żołądka i jelit, ostrem zatruciem napadem kolki wątrobowej, lub nerkowej, a to ułatwi nam obserwacya. Wiele z objawów niedrożności, typowych poza ciążą, traci do pewnego stopnia podczas ciąży swe znaczenie, a to dlatego, że sama ciąża sprowadza nieraz takie przypadłości, jakie występować zwykły w niedrożności. Mamy tu na myśli wymioty: te w pierwszych miesiącach ciąży, jako jeden z jej objawów, są nieraz tak gwałtowne i prawie ciągłe, że dają wskazanie do przerwania ciąży; mogą się pojawiać także w ostatnich miesiącach. Drugi z objawów, zaparcie stolca i wiatrów, pojawia się nieraz w miesiącach wczesnych, częściej daleko w miesiącach końcowych. Taksamo często trafia się silny ból w brzuchu, pochodzący albo od zmian chorobowych, istniejących w trąbkach, albo od rozciągania starych zrostów, łączących się z macicą. Inne znowu objawy niedrożności nie występują w ciąży tak widocznie, jak w czasie poza ciążą, a to z powodu przemieszczenia jelit. I tak mniej wyraźny jest objaw Obalińskiego, wzmożony ruch robaczkowy powyżej przeszkody, taksamo znika nieraz objaw Wahla — bębnica umiejscowiona. Dlatego tylko wtenczas rozpoznać możemy ostrą niedrożność podczas ciąży, jeżeli znajdziemy całą grupę cechujących objawów, a więc nagłe wystąpienie choroby, czasem poprzedzone kilkodniowem rozwolnieniem, lub po stwierdzonym błędzie dyetetycznym, silne i coraz wzmagające się bóle brzucha, uporczywe, często kałowe wymioty, zupełny brak stolca i wiatrów, coraz bardziej wzmagające się wzdęcie brzucha, zaburzenia w oddechaniu skutkiem wysokiego ustawienia przepony, wysuwanej przez rozdęte jelita ku górze, a nadto znaczny, szybko się potęgujący zapad przy utrzymanej przytomności umysłu. (Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Hödlmoser (Sarajewo). **Przyczynek do etyologii i przebiegu wrzodu przełyku.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25 i 26, 1903). Znaną jest powszechnie rzeczą, że podczas konania, albo też częściej po śmierci, pojawiają się skutkiem zadziałania soku żołądkowego mniej lub więcej rozległe rozmiękczenia błony śluzowej żołądka; podobne zmiany mogą się też zupełnie niezależnie pojawić i w przełyku, a szczególnie w dolnym jego odcinku (blizko wpustu), zajmując jedną, lub więcej warstw ściany przełyku. Taką „ezofagomalacyę“ uważają Zenker i Ziemssen za przyczynę na szczęście rzadko występującego pęknięcia przełyku i przytaczają nadto cztery czynniki, wchodzące w grę w takich przypadkach, a mianowicie: *a)* obecność kwaśnego soku żołądkowego, zamożnego w pepsynę; *b)* wracanie się (*regurgitatio*) treści pokarmowej z żołądka do przełyku i *c)* dłuższe jej tam pozostawanie; *d)* odpowiednia ciepłota ciała i zupełny brak, albo znaczne upośledzenie krążenia krwi w ścianach przełyku. Istotnie wielka część spostrzeganych przypadków przemawia na korzyść tej teoryi, w innych jednak razach, jak to Kraus słusznie zaznacza, należy szukać przyczyny pęknięcia przełyku, albo w gwałtownem kurczeniu się dolnego jego odcinka (dławienie), lub też w silnych wymiotach. Oprócz tego pojawiają się rzadziej i inne zmiany błony śluzowej przełyku, które wpra-

wdzie pęknięcia nie muszą sprowadzić, ale trzeba je uważać jako następstwo zadziałania kwaśnego soku żołądkowego: są to wrzody przełyku, stojące na równi z znanymi wrzodami żołądka.

Właśnie taki przypadek, budzący zainteresowanie dla swej rzadkości, oraz z tego względu, że był powikłany z wrzodem dwunastnicy, opisuje autor. Przypadek ten dotyczy 35-letniego robotnika, cierpiącego od kilku lat na dolegliwości żołądkowe, odznaczające się w ostatnich czasach silną bolesnością w dołku podsercowym, łącznie z utrudnionem połykaniem. Badanie grubym zgłębnikiem nie wykazywało zgoła żadnego zwężenia. Z zmiennem natężeniem bóle utrzymywały się ciągle, od czasu do czasu pojawiały się fusowate wymioty, pompowaniem zaś żołądka stwierdzono zastój treści pokarmowej, a wydymaniem wyraźną rozstrzeń. Wśród częściej się powtarzających wymiotów fusowatych, lub też wielkich ilości wyraźnie zmienionej krwi i wśród ogólnego osłabienia chory życie zakończył.

Rozpoznanie nie było jasne. Chociaż ze względu na bole w dołku i utrudnione połykanie można było myśleć o raku przełyku, przeciw czemu jednak przemawiało wiele okoliczności (drożność dla grubych zgłębników), to przecież wydymanie i pompowanie żołądka do innych doprowadziło wniosków. Okazało się bowiem, że istnieje rozstrzeń żołądka i zastój jego treści, co w połączeniu z fusowatemi wymiotami wskazywało na jakąś sprawę chorobową śródżołądkową, w każdym razie nie na zwykły nadmiar kwasoty i powiększone wydzielanie gruczołów. W przebiegu choroby wiele objawów przemawiało za wrzodem żołądka, podczas gdy inne za rakiem; fusowate wymioty wskazywały w tym przypadku bardziej na raka, choć z drugiej strony wiadomo, że właśnie przy wrzodzie najczęściej ten objaw występuje, jeśli krwotok wewnątrzżołądkowy jest wolniejszy (Jaworski, Korczyński). Także i z bolesności lub zawartości kwasu solnego nie można było wysnuć żadnych pewnych wniosków, jedynie wyniki pompowania i wydymania żołądka przemawiały z wielkiem prawdopodobieństwem za zwężeniem odźwiernika, być może pochodzenia rakowego, z rozpromieniającą się bolesnością. Sekcya wykazała wrzód trawienny dwunastnicy w blizkości odźwiernika z następowem jego zwężeniem i drugi wrzód na przedniej ścianie przełyku z nadgryzionemi dwoma naczyniami, jako źródłem krwotoków, które zgon chorego przyspieszyły. Nasunęło się więc pytanie, czy obydwa te wrzody są jednakiego pochodzenia? Gruźlicę, kiłę i inne sprawy zapalne przełyku można było z łatwością wykluczyć; także raka należało wykluczyć już ze względu na brzegi wrzodów (miękkie i płaskie); co się zaś tyczy zranień przez ciała obce, lub z zewnątrz, nie można było w całym przełyku odnaleźć żadnych przyczyn uchwytnych. Pozostał więc tylko wrzód trawienny przełyku, za którego główny powód należy przyjąć, według Krausa, czynnościową niedomogę wpustu. Ostatni ten autor dzieli wrzody trawienne przełyku na kilka grup; do pierwszej należą przypadki, w których wrzody wpustu przechodzą na przełyk, do drugiej przypadki, w których wrzody odźwiernika lub dwunastnicy sprowadzają zwężenie, w trzeciej tworzą się wielorakie krwawe nadżerki równocześnie w żołądku, dwunastnicy i przełyku obok świeżych wrzodów. Właśnie przypadek opisany przez Hödlmosera należy niewątpliwie do drugiej grupy: w dwunastnicy, w sąsiedztwie odźwiernika znajduje się owrzodzenie, którego następstwem było zwężenie odźwiernika, a dopiero skutkiem tego ostatniego wytworzyła się rozstrzeń żołądka z niedomogą wpustu. Z powodu więc zastoju pokarmów, nadmiaru kwasoty (co z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć można), niedomogi wpustu i częstego wracania się treści pokarmowej z żołądka powstał wśród przełyku.

Co się tyczy symptomatologii tego cierpienia, to można utrzymywać, że trawienny wrzód przełyku nie bywa w swych początkach silnie zarysowany; dopiero później występują znamienne cechy, między którem na uwagę zasługują bóle, a szczególnie wymioty krwawe, nadto długie trwanie choroby, zanim pojawia się objawy zwężenia (Kraus). *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Stein. **Przyczynek do nauki o powstawaniu raka macicy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 2, 1903). Autor opisuje dwa bardzo rzadkie przypadki raka macicy, z których pierwszy dotyczył 48-letniej panny i gdzie oprócz raka części pochwowej znaleziono gruźlicę trzonu macicy; matka tej chorej umarła przed 9 laty wskutek raka macicy. W drugim przypadku wykazało badanie drobnowidowe obok nacieczenia anaplastycznego raka trzonu bardzo licznie rozsiane wysepki błony śluzowej w mięśniu macicy. Rozbierając krytycznie pierwszy przypadek, autor sądzi, że gruźlica macicy stanowi tu z pewnością cierpienie pierwotne, przewlekłe, trwające już od szeregu lat, rak zaś części pochwowej chorobę późniejszą i że między tymi dwoma stanami zachodzi związek przyczynowy w tem znaczeniu, że gruźlica trzonu wywołała powstanie raka przez ciągłe drażnienie tkanek, trwające od długiego czasu tem łatwiej, że sprawa dotyczy kobiety dziedzicznie usposobionej. Przypadek ten jeszcze dlatego jest zajmujący, że wykazuje częściowo bezpodstawność teoryi pasorzytniczej raka. O ile bowiem możnaby ją zastosować u panny z utrzymaną błoną dziewiczą, gdzie więc odpadają wszystkie inne bodźce przyczynowe, jak porody, częste spółkowania itd., znajdujemy tu przecież dwa czynniki etyologiczne, jak usposobienie dziedziczne i stały stan podrażnienia, wywołany sprawą gruźliczą trzonu. Drugi przypadek budził znowu dlatego zainteresowanie, że makroskopowo nie przedstawiał żadnych zmian nowotworowych, a tylko badanie drobnowidowo mas wyskrobanych ustaliło rozpoznanie nacieku rakowego w samym mięśniu macicy. Rozsiane wysepki na błonie śluzowej tłómaczy autor pozostałością przewodów Müllera; w tych wrodzonych zaburzeniach rozwojowych upatruje autor pewien czynnik usposabiający do powstania utkania rakowego; samo zaś wytworzenie nacieku należy i tu odnieść prawdopodobnie do przewlekłych zmian zapalnych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lippel. **Wycięcie macicy w leczeniu zakażenia połogowego i zapalenie otrzewnej w połogu.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 2, 1903). Wycięcie macicy połogowej może mieć podstawę tylko tam, gdzie źródło zakażenia lub zatrucia ogranicza się wyłącznie do macicy, a więc przy gniciu łożyska, resztek jaja płodowego po poronieniu, wreszcie odsłoniętych mięśniaków w połogu. Na dowód tego przytacza autor dwa przypadki analogiczne, z których w jednym dokonał u położnicy amputacyi gnijącego trzonu macicy z powodu pozostawionej w nim części łożyska, w drugim zaś opróżnił tylko jamę macicy i następnie ją przestrzykiwał; mimo, że oba przypadki były równie ciężkie, pierwsza chora wyzdrowiała, druga umarła. Wskazania jednak do tej operacyi przytrafiają się wogóle bardzo rzadko. Naturalnie, że zawsze należy próbować leczyć zachowawczo; nie wolno jednak na nie tracić zbyt dużo czasu. Prochownik zamierzał ustalić ścisłe wskazania do operacyi na podstawie wyników badania krwi; o ile jednak w przypadkach tych idzie o zatrucie toksynami, a nie bakteryami, badanie takie nie jest racyonalne. Natomiast autor jest stanowczym przeciwnikiem wyjęcia macicy w zakażeniu połogowem, albowiem w czasie, kiedy można dopiero myśleć o operacyi, żywotność bakteryi dochodzi do tak znacznego stopnia, tworzenie toksyn jest tak gwałtowne, a tkanki sąsiednie tak uszkodzone, że zabieg byłby już spóźniony. Do leczenia operacyjnego nadają się także przypadki zapalenia otrzewnej, powstałe w połogu np. po pęknięciu otorbionego ropnia. I tu nie wolno się długo namyślać, gdyż odporność otrzewnej na bakterye zostaje coraz bardziej osłabioną wskutek równoczesnego działania toksyn. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lemierre. **Obecność ciałek białych w płynie mózgowo-rdzeniowym przy porażeniach połowiczych na tle kiłowem.** (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 20). Autor zestawia 13 przypadków, badanych przez siebie i przez Widala; najświeższe porażenie datowało od 24 godzin, najstarsze od 23 lat. W jednym tylko przypadku, w którym przez dwa lata przeprowadzane było energiczne leczenie, płyn nie zawierał składników morfologicznych. W 12-tu innych znaleziono liczne ciałka białe, przeważnie jednojądrzaste; w jednym przypadku ciałka białe wielojądrzaste. W tym samym przypadku nakłócie lędźwiowe, powtórzone w miesiąc później, wykazało liczne ciałka białe, lecz już jednojądrzaste. Zatem w porażeniach połowiczych na tle kiły limfocytoza zdaje się być stałem zjawiskiem; w porażeniach na innem tle spotykano ją bardzo wyjątkowo i to tylko w pierwszych kilku dniach po wystąpieniu udaru. *Dr. T. Żeleński.*

A. Malinowski (Warszawa). **Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego.** (*Gazeta lekarska* Nr. 25, 26, 27, 1903). W celu szybkiego oryentowania się przy łóżku chorego bez badania bakteryologicznego, autor podaje następujące wskazówki kliniczne: I. Błonica gardła czysta: początek niewyraźny, bólu gardła zwykle niema, ciepłota mało, lub wcale z początku nie podniesiona. Nalot biały, lub żółtawy, zbity, przylega mocno do błony śluzowej, która przy usuwaniu nalotu lekko krwawi. Forma ta występuje niekiedy w nosie, niema zaś skłonności przechodzenia z gardła do nosa. Objawy kliniczne pierwszych okresów błonicy krtani: początek niewyraźny, z gorączką nieznaczną, lub bez niej. Kaszel rzadki, przytłumiony, głos z początku niezmieniony; objawów zwężenia niema; silne zaostrzenie oddechu w górnym płacie płuca prawego. Głos szybko się zmienia, nawet niknie zupełnie i występują objawy zwężenia krtani.

II. Błonica płonicza: nacieczenie żółtawo-szare na migdałkach lub łukach luźnej zbitości, ze skłonnością do szerzenia się na otoczenie i w głąb, przedstawia obraz nacieku posokowatego o barwie czarno-szarej. Towarzyszy mu zawsze obrzmienie gruczołów, dość częste zapalenie ucha zewnętrznego i średniego, oraz wrzody błoni-

cowate w nosie. Dławiec płoniczy: *a*) pierwotny cechuje się wysoką gorączką, chrypką, bezdźwięcznym, nie szczekającym kaszlem, później utratą głosu i zwężeniem dróg oddechowych. Na 2—3 dzień występują naloty w gardle i osutka płonicza. Częstość tego powikłania zależy od charakteru epidemii. Przypadki takie najczęściej odznaczają się przebiegiem pomyślnym. Nawroty płonicy są w okresie zdrowienia stosunkowo częste, zatem i z tego powodu oddzielenie takiego chorego musi trwać sześć tygodni od ostatniego nawrotu, nie zaś od pierwotnej wysypki. *b*) Dławiec następczy zjawia się w kilka dni, licząc od początku choroby, przebiega mniej gwałtownie, zawsze jednak z kaszlem charakterystycznym, głosem ochrypłym, lub zupełnym bezgłosem i nalotami na nagłośni i innych miejscach krtani, oraz na migdałkach Niekiedy jednak zwężenie krtani bywa tak znaczne, że wymaga tracheotomii. Porażenie i zapalenie nerek zależą także od charakteru epidemii i od wrażliwości osobniczej chorego. W każdym przypadku dławca płoniczego należy wstrzykiwać surowicę przeciwbłoniczą, nawet jeżeli niema jeszcze ani nalotu, ani zwężenia krtani, a istnieje kaszel dławcowy i chrypka.

Spira.

Chorążycki. **Przypadek „rogu krtaniowego“.** (*Cornu laryngeum*). (*Gazeta lekarska* Nr. 25, 1903). Chory, 44 lat liczący, przebył kiłę przed 18 laty i był odpowiednio leczony. Od trzech lat cierpi na chrypkę, pogarszającą się przy paleniu tytoniu i pieiu. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało ponad struną prawdziwą lewą biały guz wielkości grochu, przyczepiony szeroką podstawą w części do struny rzekomej, w części zaś do komory krtaniowej, a przypominający opisany przez Jurasza róg krtaniowy. Po kilku próbach udało się go usunąć zapomocą cieniutkiej pętli w zupełności, przy bardzo nieznacznem krwawieniem; twór ten mierzył wszerz 10 mm. na wysokość 8 mm., był okrągły, zbity jak chrząstka, biały, miejscami pokryty kosmkami długości 4—7 mm. Badanie drobnowidowe wykazało prawdziwy brodawczak laryngologów (*papilloma*), różniący się od dotychczas opisanych tem, że się składał z komórek wielościennych o nadmiernem zrogowaceniu. Do interesującego opisu autor dołączył rysunek, ilustrujący ten przypadek.

Spira.

Jul. Toth (Szegedyn). **Leczenie przewlekłych wrzodów podudzia mięszaniną kalomelu z solą kuchenną.** (*Gyógyászat*, Nr. 1, 1903). Langsdorf podaje, iż przy użyciu tej mięszaniny uzyskał w setkach przypadków zawsze dobry skutek leczniczy. Zachęcony tymi wynikami stosował T. tę mięszaninę w przypadkach, w których po wielomiesięcznem leczeniu wrzody nietylko się nie oczyszczały, ale nawet się jeszcze powiększały. Po wycięciu podminowanych brzegów wrzodu, wcierał T. wspomnianą mieszaninę i to osobno pastę, przyrządzoną z kalomelu, którą posypywał delikatnie sproszkowaną solą kuchenną i wcierał w wrzód energicznie. Powstały z tych dwóch przetworów sublimat sprowadzał u chorych wrażliwszych 3—4 godzinne, lecz znośne, pieczenie. W miejscu ziarniny, niezdolnej do życia, wytwarzała się powierzchnia sucha, piękna, w końcu powstawała blizna odporna, nieskłonna do pęknięć. Autor zostawiał z początku tę mięszaninę w ciągu 3—8 dni, później nawet 10—18 dni.

Baschkopf.

G. Kövösi i W. Roth-Schulz (Budapeszt). **O patofizyologii niedomogi nerek.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 8, 1903). K. i R. przytaczają następujące postacie niedomogi nerek: *a*) niedomogę kłębuszków (*glomeruli*), *b*) niedomogę przybłonka kanalików moczowych i *c*) niedomogę całej czynności nerek. Objawy niedomogi kłębuszków są następujące: zatrzymanie wody, a z nią w równym stosunku soli kuchennej, „hipalbuminemia“, jednak punkt marznięcia prawidłowy, ilość moczu mała; mocz bardziej zagęszczony, niż w stanie prawidłowym, nerka traci zdolność rozcieńczania. Czysty obraz tej niedomogi kłębuszków nerkowych przedstawiają niewyrównane wady sercowe. Niedomoga przybłonka nerkowego ma dwie postacie: w jednej swoista zdolność selekcyjna przybłonka wobec pewnych ciał zostaje porażoną (ilość moczu prawidłowa, jednak mała hipostenurya, prawidłowa zdolność rozcieńczania i tylko wobec większych wymagań niedostateczność siły zagęszczania); w drugiej postaci jest znamienny brak siły zagęszczania. Punkt marznięcia stały, a wydzielanie stałych składników odbywa się na równi z wydzielaniem wody. Jeżeli niedostateczną jest cała czynność nerkowa, moczu wydziela się mało i coraz mniej, z dnia na dzień, nawet z godziny na godzinę, o temsamem zagęszczeniu, z równoległem wydzielaniem wody i soli, przyczem wysuwa się na pierwszy plan już to zatrzymanie soli, już też wody.

Baschkopf.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Glandula Thymi sicc. puvl. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Przed trzema laty ogłosił Mottenheimer spostrzeżenie, że wybitne postacie krzywicy kojarzą się zwykle z upośledzonym rozwojem grasicy. Autor ten próbował leczyć krzywicę zapomocą wyciągu grasicy i udało mu się w samej rzeczy osiągnąć pewne polepszenie, a zwłaszcza złagodzenie objawów nerwowych. Inni badacze mniej świetne osiągnęli wyniki, jednakowoż zdaniem Mendla (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 4) dlatego, iż podawali zbyt małe ilości i przez zbyt krótki przeciąg czasu. Przy odpowiedniem stosowaniu tego leczenia udaje się w wielu przypadkach usunąć nadmierne wydzielanie potu, obrzęk śledziony, przypadłości nerwowe, skurcz głośni, jakoteż osiągnąć poprawę ogólnego stanu odżywienia.

Dr. T. Ż.

Orexinum tannicum. (*E. Merck's Jahresberichte* 1902). Wild poleca środek ten w celu zapobieżenia morskiej chorobie. Na trzy godziny przed rozpoczęciem podróży należy zażyć 0·5 grm. w 250 grm. płynu (mleka, herbaty, rosołu); zaś po dwóch godzinach, na krótki czas przed odjazdem, spożyć obfity posiłek. Przy dłuższych podróżach zaleca się zażywać *orexinum tannicum* trzy razy dziennie w herbacie na dwie godziny przed posiłkiem. Lek ten może również oddawać usługi w podróży koleją żelazną.

Dr. T. Ż.

VI. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

W dniu 23 i 24 maja r. b. odbyło się w Badenie XXVIII zebranie wędrowne północno-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich. Obrady zagaił prof Hoffmann (Heidelberg), oddając cześć pamięci zmarłych w roku ubiegłym dwóch synów ziemi badeńskiej: Kussmaula i Kasta.

1. Wybrany na przewodniczącego prof. Erb (Heidelberg) przedstawił stan obecny nauki o postawionych przezeń przed wielu laty dwóch jednostkach chorobowych: 1) kurczowego porażenia rdzenia (*spastische Spinalparalyse*), tudzież 2) kiłowego porażenia rdzenia (*syphilistische Spinalparalyse*). Co się tyczy schorzenia pierwszego, mowca utrzymuje, że to, co powiedział przed laty 28 pozostaje w sile i obecnie. Badania wielu autorów, oraz jego własne w ciągu tych lat 28 potwierdzają w zupełności, utrzymuje mowca, zdanie jego, że istnieje osobna jednostka chorobowa, polegająca na pierwotnem zwyrodnieniu wyłącznie tylko sznurów bocznych, cechująca się 4-ma objawami: 1) osłabieniem lub porażeniem mięśniowem; 2) sztywnością mięśni; 3) wzmożonymi odruchami ścięgnistymi, tudzież 4) odruchem Babińskiego. Być może, że należy tu jeszcze zaliczyć opisany przez Strümpla *Tibialisphaenomen*. Schorzenie, o którem mowca, trwa nie postępując lata całe: mowca zna pacyentów, którzy ulegają mu bez zmiany 10—20 lat. Nadto dodać należy, że cierpienie to tylko wtedy należy rozpoznawać, gdy niema żadnych innych objawów chorobowych, prócz wymienionych, a więc gdy czucie jest prawidłowe, czynność pęcherza utrzymana itd. Tam, gdzie zachodzą wyliczone 4 objawy chorobowe, żadnych innych niema, a sprawa dłuższy czas nie postępuje, tam ma się do czynienia z omawianą chorobą. Te uwagi kliniczne znalazły potwierdzenie w badaniach anatomicznych.

W piśmiennictwie podane są dotąd badania anatomiczne 11-tu przypadków tego schorzenia (przypadki Strümpla, Minkowskiego, Dejerinea, Donacio, Bischoffa, Friedmanna itd.). W sześciu z tych przypadków okazało się, że były zajęte wyłącznie drogi piramidalne, bądź same, bądź wraz z drogami bocznemi móżdżkowemi. W pięciu przypadkach były nieco zajęte także i górne drogi Golgiego, której to okoliczności Erb nie przypisuje większej wagi. A więc, sądzi on, tak fakta kliniczne, jak i anatomiczne wykazują, że zachodzi pierwotne zwyrodnienie dróg bocznych. Nic tu nie pomoże, zdaniem mowcy, oponowanie przeciwko temu, jakie znowu poczyna odżywać w pracach Rotmanna i Probsta. Sprawa została przez ogół zupełnie rozstrzygniętą. Co się tyczy doświadczeń, jakie Rotmann przeprowadził na małpach i na których oparł swoje zarzuty przeciwko istnieniu postawionej przez mowcę jednostki chorobowej, oświadcza Erb, że pracę Rotmanna dotąd zna tylko z krótkich streszczeń, uważa atoli za ryzy-

kowne przenoszenie na ludzi wyników badań, przeprowadzonych na zwierzętach, choćby nawet małpach.

To ostatnie zdanie mowcy popiera prof. Edinger (Frankfurt n. M.), który zwraca uwagę na to, jak wielka różnorodność zachodzi w budowie układu nerwowego w świecie zwierzęcym; nadto stwierdza, że aczkolwiek faktem jest, iż drogi piramidalne są drogami ruchowemi, nie dowodzi to jeszcze, żeby oprócz nich nie było jeszcze innych szlaków ruchowych.

2. Z kolei prof. Erb przystępuje do drugiego odczytu, mianowicie do zdania sprawy z obecnego stanu nauki o drugiej postawionej przezeń (w roku 1892-ym) jednostce chorobowej, odnoszącej się do „kiłowego porażenia rdzenia" (*syphilitische Spinalparalyse*), odznaczającego się 1) obok objawów charakterystycznych dla omówionego poprzednio porażenia dróg bocznych, niektóremi tylko odmianami, jak n. p. nieznacznym stopniem napięcia mięśni, także i innymi objawami, jak np. zaburzeniami ze strony pęcherza itd.; 2) będącego następstwem kiły, analogicznie do wiądu rdzenia, jak mowca utrzymuje,— tudzież 3) polegającego pod względem anatomicznym nie jak sam mowca sądził przed laty, na miejscowem zapaleniu rdzenia (*myelitis*), lecz, jak się okazuje, na skombinowanem pierwotnem zwyrodnieniu dróg bocznych i tylnych. Poszukiwania różnych badaczy, prowadzone w ciągu lat ostatnich, potwierdziły także i w tym przypadku naukę mowcy z przytoczoną różnicą w poglądzie na zmiany anatomiczne tego schorzenia. Cztery dotąd opisane przypadki (Westphala, Williamsa, Naunyna) posiadały w zupełności wspomniane zmiany anatomiczne; innych pięć przypadków omawianego schorzenia odznaczało się jeszcze przymieszką objawów poprzecznego zajęcia rdzenia (*Querschnittserscheinungen*). Mowca poświęca kilka uwag sprawie skombinowanego schorzenia układów (*kombinierte Systemerkrankungen*), t. j. według określenia anatomicznego schorzenia dróg bocznych i tylnych, do którego to schorzenia należy także omawiana jednostka chorobowa. Sprawa ta, twierdzi mowca, nie jest jasna. Cały szereg różnorodnych schorzeń bywa sprowadzany do tego jednego mianownika, jak np. choroba Friedreicha, porażenie toksyczne w przebiegu rumienia lombardzkiego (pelagry), niedowładu postępującego itd. itd. Należy zachować w tej sprawie pewien krytycyzm, a przedewszystkiem należy wyróżnić z pośród innych form tego schorzenia — porażenie kiłowe rdzenia, będące pierwotnem zwyrodnieniem rdzenia, podobnie jak wiąd, który wszak jest samą dla siebie odrębną jednostką chorobową. I czemużby — mówi autor — schorzenie bocznych i tylnych dróg nie miało być taką samą jednostką chorobową, jaką jest wiąd rdzenia w odniesieniu do dróg tylnych?

3. Dr. Brosius (Saarbrücken). **Epidemia kiłowa przed 12 laty i jej widoczne skutki w okolicy.** W okolicy pobytu referenta przed 12 laty wrócił z wojska młodzieniec, mający, jak się później okazało, świeżą kiłę. Wkrótce po jego powrocie stwierdzono u siedmiu mężczyzn, pozostających w stosunkach z wspomnianym młodzieńcem, zakażenie kiłowe w postaci pierwotnych owrzodzeń na wargach. Stwierdzono, że młodzieniec ten przywiózł ze sobą jakiś muzyczny instrument dęty i pokazywał go swym ośmiu znajomym, którzy po nim brali w usta ten instrument i próbowali go; chłopak przytem miał bardzo ślinić. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że na tej drodze przyszło do rozszerzenia się zakażenia kiłowego. Mowca przedstawia obecny stan zakażonych po 12-tu latach. O pięciu z nich posiada on dokładne wiadomości. Jeden z zakażonych zgłosił się niedawno do mowcy ze skargą na bole głowy, zaburzenie czucia w kończynach dolnych, zaburzenia w czynnościach pęcherza i kiszki odchodowej, nieprawidłowości w chodzie, który stał się atakticznoporaźny, tętno 90, zmiany źreniczne itp. objawy, świadczące za wiądem rdzenia.

U osobnika drugiego, który jest bratem pierwszego, mowca stwierdził schorzenie organiczne mózgu; czy to kiła mózgu, czy porażenie postępujące, mowca nie wie napewno, sądzi, że raczej porażenie postępujące, wobec charakterystycznych objawów psychicznych, osłabienia pamięci i zdolności spostrzegawczej, tudzież zaburzeń w sferze uczuć.

U osobnika trzeciego i czwartego ma powstawać w ostatnim czasie również porażenie postępujące. Tylko osobnik piąty jest zupełnie zdrów. O pozostałych trzech osobnikach mowca niema bliższych szczegółów nad to, że mają oni zajęcie gdzieś w fabryce, coby nie wskazywało na większe zaburzenia chorobowe.

Na pytanie Dra Pręgowskiego, jak byli leczeni wszyscy ci zakażeni kiłą, mowca odpowiada, że o ile mógł się dowiedzieć, leczono ich najpierw rtęcią, potem jodem.

4. Doc. Dr. Gaupp (Heidelberg). **Rokowanie w porażeniu postępującem.** Mowca zaznacza, że sam fakt zlecenia mu przez przeszłoroczne zebranie przytoczonego tematu do zreferowania dowodzi, że sprawa rokowania w porażeniu postępującem nie jest jeszcze całkowicie rozstrzygniętą. Sprawa ta rzeczywiście jest trudną. Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie jest rokowanie w porażeniu postępującem, trzeba przedewszystkiem wiedzieć, czem jest właściwie to porażenie postępujące. Nie jesteśmy w stanie dotąd odróżnić klinicznie z całą ścisłością porażenia postępującego od innych schorzeń, zbliżonych pod względem klinicznym do porażenia postępującego. Dawniej uważano za porażenie postępujące objawy stwardnienia rozsianego, porażenia opuszkowego, guzów mózgu itp. Obszerne pojęcie porażenia postępującego z czasów Baylea i Georgeta stopniowo się zacieśnia. Szczególnie od lat 70-tych zeszłego wieku zaczyna się ścisłe odgraniczanie chorób innych od porażenia postępującego. Proces ten trwa jeszcze teraz. W tym kierunku wielkie usługi nauce o porażeniu postępującem oddają anatomiczne badania Nissla, który, jak się zdaje, znalazł istotne cechy anatomiczne porażenia postępującego (komórki Marschalkó, tudzież równocześnie z niemi występujące twory podłużne kiełbaskowate, przypominające śródbłonki naczyń. *Uwaga sprawozdawcy*). Kliniczne rozpoznanie nastręcza atoli jeszcze trudności. W piśmiennictwie niema zgody co do czasu trwania porażenia postępującego. Według Mendla 80% wszystkich porażonych ma umierać w ciągu pierwszych czterech lat po rozwinięciu się choroby, zaś 66% w ciągu pierwszych dwóch lat. Według Van-Gehuchtena 75% umiera w ciągu pierwszych lat trzech. Fürstner i inni sądzą, że większość porażonych ginie w ciągu pierwszych dwóch lat. W klinice hejdelberskiej długość życia okazała się przeciętnie 2½ lat. Spotykano wyjątkowo długie trwanie porażenia postępującego do 10 lat. Można sądzić, że przy bardzo dobrem pielęgnowaniu można utrzymać pacyentów przy życiu z jakie 10 lat. W piśmiennictwie spotyka się opisy długiego przebiegu choroby u porażonych, trwającego 20 lat, podejrzywać jednak należy, czy nie omylono się w rozpoznaniu. Mendel powiedział przed pięciu laty, że przebieg porażenia postępującego obecnie jest dłuższy, aniżeli dawniej. Natomiast Fürstner, Van Gehuchten i inni utrzymują wręcz przeciwnie, że obecnie przebieg jest krótszy. Referent zaznacza, że przebieg schorzenia w zakładach, dzięki obecnym zabiegom, jak trwałe wanny, zawijania, hyoscyna, niezawodnie musi być dłuższym, aniżeli dawniej. O wpływie rasy, klimatu itp. czynników na przebieg porażenia postępującego nie można powiedzieć nic pewnego. Co do przebiegu w różnych formach porażenia postępującego, to dadzą się stwierdzić w tym kierunku pewne różnice. Tak n. p. najczęstszą formą jest porażenie postępujące hipochondryczne, znacznie lżejsze jest typowe porażenie postępujące. Przy tej sposobności mowca wylicza wszystkie formy, jakie dadzą się wyosobnić w porażeniu postępującem, a mianowicie: porażenie typowe hipochondryczne, okresowe, katatoniczne, starcze (Atzheimera), wreszcie wiądowe. Co do tej ostatniej, to przedewszystkiem należy odróżnić przypadki wyraźnego porażenia postępującego od objawów wiądu rdzenia. Tu należy przedewszystkiem przypadki, opisane przez Tuczka i Halbana. Przypadki te są rzadkie, gdyż z powodu wczesnej śmierci nie przychodzi do powstania objawów wiądu. Co zaś tyczy formy wiądowej porażenia postępującego w znaczeniu Binswangera, tj. gdy przy wyraźnych objawach wiądu występują zaburzenia w sferze umysłowej, mowca wyraża wątpliwość, czy ma się tu do czynienia z porażeniem postępującem wobec takich objawów, jak dobra pamięć itd., które nie należą do obrazu porażenia postępującego. Wreszcie mowca porusza dwie sprawy, mianowicie 1) czy bywają przypadki porażenia postępującego uleczalne i czy możliwe takie uleczenie, tudzież 2) czy bywają przypadki, w których schorzenie nie postępuje? Co do pytania pierwszego, to mowca przytacza fakt, że na 200 przypadków porażenia postępującego w klinice Krafft-Ebinga — nie było ani jednego uleczonego. Mowca sam nie widział żadnego uleczonego przypadku porażenia postępującego. Badanie ściślejsze przypadków porażenia postępującego t. zw. uleczonych w klinice hejdelberskiej okazało, że nie były to porażenia postępujące. Mogą być krótsze, lub dłuższe zwolnienia, ale wyleczenie, twierdzi referent, nie zachodzi. Zwolnień takich można się spodziewać więcej w przypadkach rozpoczynających się nagle, aniżeli przebiegających powolnie. Również nie na wiele przydają się i są nietrwałe nagle występujące zwolnienia, w odróżnieniu do zwolnień powolnie występujących. A wreszcie oddawna znanym czynnikiem, powodującym znaczne zwolnienia w przebiegu porażenia postępującego, są ostre choroby gorączkowe, który to czynnik Jacobi i Ludwik Mayor chcieli sztucznie wywoływać w celu leczenia porażenia postępującego.

Co do pytania drugiego, czy bywają przypadki będącej w mowie choroby nie postępujące, mowca jest zdania, że ta cecha nie istnieje. Mowca poświęcił tej sprawie szczególniejszą uwagę i doszedł do przekonania, że wszędzie tam, gdzie miało miejsce wstrzymanie postępu choroby, było nie porażenie postępujące, lecz bądź

rozsiane kiłowe schorzenie mózgu, bądź ogłupienie alkoholiczne, bądź zwapnienie tętnic mózgu, bądź ogłupienie urazowe, lub przedwczesne itd.

W dyskusyi nad wygłoszonym referatem opowiedział profesor Erb o jednym chorym, u którego bezwątpienia było porażenie postępujące, jak to wraz z nim stwierdziło kilku psychiatrów, a który 14 lat utrzymywał się przy życiu. Nadto ciekawe było to, że chory ten dwukrotnie przebywał chorobę gorączkową, po której następowało wybitne, wprost zadziwiające, polepszenie jego stanu porażnego.

Prof. Kraepelin uczynił uwagę, że praktycznie jest wprost niemożliwe rozpoznanie porażenia postępującego na podstawie li tylko objawów umysłowych, a bez objawów cielesnych; tudzież, że te ostatnie znowu mogą latami nie występować, jak to miało miejsce z jednym pacyentem, u którego od pięciu lat mowca czynił różne inne rozpoznania, aż wreszcie niedawno wystąpiły typowe objawy cielesne i okazało się, że ma się tu do czynienia z porażeniem postępującem. Radca Schule wyraża nadzieję, że może uda się całkowicie leczyć choć niektóre przypadki porażenia postępującego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

† Dr. Karol Maydl

profesor zwyczajny i kierownik czeskiej kliniki chirurgicznej w Pradze, prymaryusz chirurgicznego oddziału w pragskim szpitalu powszechnym, członek korespondent czeskiej Akademii Umiejętności i t. d. zakończył nagle życie w Dobřichowicach d. 8 b. m., licząc lat 50.

Zmarły profesor przyszedł na świat w Rokitnicy r. 1853, szkoły średnie skończył w Pradze, gdzie też otrzymał stopień doktora medycyny w r. 1876. W r. 1877 został elewem w klinice chirurgicznej pod kierunkiem prof. Heinego; rok 1878 spędził na polu walki w Bośni i Hercegowinie; w 1879 mianowany został asystentem prof. Alberta w Insbruku, i wraz z nim przeszedł w r. 1881 do Wiednia, gdzie po dwóch latach habilitował się na docenta chirurgii. Podczas wojny serbsko-bułgarskiej w r. 1885—86 kierował szpitalem wojskowym w Belgradzie. W r. 1891 mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w czeskim uniwersytecie w Pradze, oraz prymaryuszem tamtejszego szpitala powszechnego.

Nowoczesna chirurgia miała w zmarłym profesorze przekonanego i pełnego zapału orędownika. Przejęty od pierwszej chwili zasadami Listera, szedł równolegle z postępem i rozwojem teoryi i praktyki anty — i aseptycznej. Maydl był nie tylko zręcznym, lecz i pomysłowym chirurgiem, twórcą własnych metod operacyjnych, że tu tylko wspomnimy o jego metodzie doszczętnej operacyi przepuklin, jejunostomii, wrodzonego rozstępu pęcherza moczowego, która znalazła powszechne zastosowanie.

Niemniej jak był biegłym operatorem, odznaczył się Maydl zaletami nauczycielskiemi, w czem wszechstronna wiedza lekarska odgrywała znakomitą rolę pomocniczą. Szereg prac z zakresu chirurgii jest liczny: pisywał po czesku i po niemiecku, a obok rozpraw, ogłoszonych drukiem, o działalności naukowej zmarłego świadczą protokoły posiedzeń „Spolku l. č.“ w których brał wybitny i pożyteczny udział.

Maydl był ojcem całego pokolenia dzielnych chirurgów czeskich, którzy dziś, stojąc naczele szpitali prowincyonalnych, niosą skuteczną pomoc lekarską swemu społeczeństwu; dwóch z nich: prof. Kukula i doc. Jedlička byli pomocnikami mistrza w niesieniu brzemienia nauczycielskiego. Przedwczesna miażdżyca tętnic, długie a dotkliwe cierpienia, uniemożebniły Maydlowi ku wielkiej szkodzie dla nauki wykończenie obszernej pracy, zawierającej wyniki 12-letniej jego działalności chirurgicznej w klinice i szpitalu: ufać jednak należy, że uczniowie zmarłego profesora podejmą wypadłe z słabnącej ręki pióro i dokończą rozpoczęte dzieło.

W osobie profesora Maydla traci Praga wybitną i wzniosłą osobistość naczelnego obywatela w narodzie: wszechstronnie wykształcony, muzykalny, znakomity stylista i mowca, wykwintny pisarz, umysł samodzielny i pomysłowy, nauczyciel sumienny, chirurg pierwszorzędny, chorąży w walce o prawa swego narodu, a przytem człowiek czci, pracy i obowiązku — pozostawia po sobie trudną do zapełnienia lukę w pierwszych szeregach narodu

Odczuwamy bolesnie stratę badacza tej miary dla światowej nauki i współczujemy z narodem czeskim, którego ta strata dotknie na każdem polu działalności narodowej.

Cześć pamięci zasłużonego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 sierpnia.

* Odsłonięcie pomnika ś. p. prof. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem odbyło się uroczyście przy tłumnym udziale obywatelstwa, wsród którego przeważali liczbą goście i górale. Podczas uroczystości przemawiali z lekarzy: prof. J. Baranowski imieniem kolegów szkolnych; prof. Jordan — Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; Dr. Dunin — Towarzystwa lekar. warszawskiego; prof. Ponikło — Towarzystwa tatrzańskiego.

* Prof. Kosiński, dr. Dobrzycki i dr. Ad. Przyborowski założyli Towarzystwo akcyjne stacyi sanitarnej dla chorych dzieci w Brzegach pod Otwockiem.

* Zeszyt II-gi dzieła zbiorowego »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydawanego przez prof. Walerego Jaworskiego, opuścił prasę. Zawiera on dokończenie rozpoczętego w I. zeszycie wykładu p. t. »Choroby układu nerwowego«, oraz początek rozdziału: »Choroby zakaźne«, opracowanego przez Dr. L. Wilczyńskiego. Zeszyt ten zdobi znaczna liczba (33) doborowych rycin. Następny zeszyt, który okaże się we wrześniu, zawierać będzie: »Choroby narządu oddechowego«. Księgarnia nakładowa H. Altenberga we Lwowie i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie posiadają dotychczas wydrukowane zeszyty na składzie.

* Głośni badacze paryscy: Roux i Miecznikow donieśli Akademii lekarskiej, że powiodło się im zaszczepić kiłę szympansowi i przedstawili zgromadzeniu sam okaz zaszczepionego zwierzęcia. Fakt przyjęcia się ludzkiego zarazka kiłowego u małpy może mieć wielkie następstwa: wszystkie dotychczasowe w tym kierunku usiłowania były bezskuteczne, a tem samem głębsze i wszechstronniejsze badania kiły musiały się ograniczać do ścieśnionego rozmaitymi względami pola — na chorym człowieku. Obecny na posiedzeniu prof. Fournier oświadczył, że jest przekonany o rzeczywistości przyjęcia się kiły u okazanego szympansa, co niestety nie udawało mu się nigdy na innych gatunkach małp; ostrożność jednak, powiada prof. Fournier, każe czekać na objawy drugorzędne, ażeby nowy fakt stał się niezbitym i nazawsze rozstrzygniętym. Odkrycie to przynosi zaszczyt Instytutowi Pasteura i odsłania szerokie pole do badań bakteryologicznych i terapeutycznych, które mogą przynieść błogie skutki dla ciężko doświadczanej i szybko zwyradniającej się ludzkości.

Niestety, dalsze poszukiwania przytoczonych badaczy muszą przełamywać wielkie trudności i przeszkody; szympans dość szybko znika z kuli ziemskiej i należy do rodzaju małp nadzwyczaj trudnych do ujęcia, zkąd pochodzi wysoka jego cena. Ponieważ Instytut Pasteura nie posiada odpowiedniego budżetu, P. P. Roux i Miecznikow ofiarowali na ten cel tegoroczne swoje nagrody, pierwszy 100.000 franków (prix Oziris), drugi 5.000 fr. (nagroda Instytutu). Z tym funduszem znakomici ci uczeni i szlachetni ludzie dalej poprowadzą swoje badania, próbować będą szczepień na innych małpach, mając na oku zawsze jeden cel: zdrowie człowieka.

* Zarządy kolei żelaznych we Francyi obniżyły koszta podróży dla członków międzynarodowego Kongresu higienicznego w Brukseli o 50%. Państwowe koleje belgijskie wydają bilety po 20 i 40 franków, uprawniające do jazdy w tym kraju; osoby, zamierzające nabyć taki bilet, powinne doręczyć naczelnikowi stacyi granicznej swoją fotografię.

— Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili od dnia 6 do 14 sierpnia następujący nowi członkowie: koll. Brejter, Burzyński, Franke, prof. Gluziński, Grek, Hordyński, prof. Kadyj, Kikingier, Klarfeld, Kruszyński Wł., doc. Kučera, Lipski, Mańkowski H., Modrakowski, Moszkowicz, Müller, Ozarkiewicz, Panek, Puzdrowski, Reichenstein, Reutschner, Schutt, Sielski, prof. Szymonowicz, Siątkowski, doc. Wiczkowski, Wilczek, Zajączkowski, Zawadzki, Ziembicki W.

— wszyscy ze Lwowa —; Głowacki (Sokal), Jung (Brody). Rosenblüth (Lubaczów). Ogólna liczba członków wynosi zatem dnia $^{14}/_{8}$ 507.

Dr. Langie, I sekretarz.

* Między 29 lipca a 4 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 g.), bocheńskim (1 g.), bohorodczańskim (1 g.), buczackim (1 g.), drohobyckim (1 g.), horodeńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (1 g.), kolbuszowskim (1 g.), lwowskim (1g.), niskim (1 g.), podhajeckim (2 g.), przeworskim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), tłumackim (1 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXX (26—VII—1—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 46, umarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 12 (3 zam.), z zapalenia płuc 10 (2 zam., z krztuśca 1, z płonicy 4 (2 zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 5.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Müller, asystent prof. Lorenza, mianowany został profesorem ortopedii w Milwankee. Dr. Beauvisage mianowany profesorem farmakologii w Lugdunie. Kustoszem berlińskiego Instytutu patologicznego został prof. O. Israel.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ignacy Maj w Starogrodzie, lat 69. Dr. Ernest Pick, lekarz pułkowy w Jarosławiu lat. 44. Dr. Stanisław Borowski w Czarnej, lat 36. Dr. Tomasz Korolik w Husiatynie, l. 38.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 15. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtiere (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr. 8. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych. Lachowicz: Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austryi (dok.).

— *Głos lekarzy* N. 4. Zawiera: Organizujmy się. — Strejki lekarskie (przez S. Mikołajskiego). — Pod adresem Wydziału krajowego. — Z rogu obfitości. — Kleryk o medycynie. Kilka słow wyjaśnienia (napisał A. Langie). W ważnej sprawie. Pierwsza napaść. Korespondencye. Projekt statystyki ofiar zawodu. Odcinek przez Dr. A. Langiego: Ciernista droga. Wyjątek z korespondencyi młodego lekarza.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego (dokończenie).

— *Nowiny lekarskie* Z. 8. Noiszewski: Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka (*migraena ophthalmica*) (dok.).

— *Medycyna* Nr. 32. Klein: O rozpoznawaniu białaczki (dok.). Raszkes: Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy.

— *Krytyka lekarska* Nr. 8. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). Frenkiel: W sprawie świadectw choroby dla uczniów. Ktoś: Uwagi luźne o języku lekarskim.

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. Latkowski: O niezwykłej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach. Szleifstein: Przyczynek do histogenezy komórek olbrzymich. Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. Biegański: O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych. Pietrusiewicz: O opatrywaniu pępowiny jodyną. Biegański: Obrady w sprawie pomocy lekarskiej fabrycznej w częstochowskiem Towarz. lekar. Brzeziński: O ambulatoryach fabrycznych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 32. Novák: Připad spontanniho zhojeni intususscepce z následným ileem (dok). Kropáč: O gangrénách foudroyantnich (c. d.). Bloch: Nový therapeutický a zároveň diagnostický způsob leceni rheumatických affekci (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 8. Mirković: Sudbeno liečnička razudba novorodjenčeta sbog čedomorstva odnosno sbog zločina zlonamiernog prijevremenog porodjaja. Lederer: Liečenje bliedobolje odpustom krwi. Čačković: Jednostrano izlucenje duodena kod tvorbe perforirajućega cira na stražnjoj stienci silazecega duodena.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Gaucher: Leukoplazya a rak. Aurertin: Żółtaczka złośliwa niemowląt.

Nr. 63. Graag: Szpik kostny i jego pierwiastki w przewlekłem zakażeniu gronkowcowem. Desfosses: Sprawa dotycząca mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. König: Aforyzmy i uwagi nad przebiegiem i leczeniem postrzałów płuc podczas pokoju. Nonne: Ostre porażenie poprzeczne stosu pacierzowego w przebiegu nowotworów złośliwych. Przypadek ostrego poprzecznego zwyrodnienia rdzenia śród ogólnego zrakowacenia kości. Mosse: O neutrofilnych ziarninach krwi. Levy: Organoterapia w leczeniu matołectwa endemicznego. Havelburg: Stosunek moskitów do żółtej febry (dok.). Beck: Samoochrona przy röntgenoskopii. Posner: Zastosowanie kw. osmowego w mikroskopii klinicznej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Meyer: Prognostyczne znaczenie objawów katatonicznych. Schlayer: Rozpoznawanie ropni wątroby po czerwonce. Fichtner: Przyczynek do poznania choroby Bantiego. Köhler: Odczyn Widala w żółtaczce. Sippel: Nowe zabiegi operacyjne w leczeniu raka macicy ciężarnej. Grevsen: Raz jeszcze o znieczuleniu morfinowo-skopolaminowem. Siegert: Znaczenie lekarskiej opieki nad dziećmi, oddanemi na wychowanie, dla fizyologii, patologii i terapii oseska. Bechtold: Przyczynek do kazuistyki podskórnego zmiażdżenia nerki. Elsner: Trwałe wyleczenie przetoki żołądkowo-okrężnicowej. Ziegner: Kazuistyczny przyczynek do symetrycznego zniekształtnienia kończyn. Wiesner i Dessauer: Postęp w technice röntgenografii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Than: Badania fizykalne cieplic w Gastein. Loebl: Tężyczka a samozakażenie. Joseph i Piórkowski: Stanowisko H. Pfeiffera wobec naszego prawdopodobnego prątka kiły, podniesione zarzuty. H. Pfeiffer: Odpowiedź na powyższe uwagi Josepha i Piórkowskiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 33. Heubner: Przypadek ogólnego pleśniawkowego zakażenia ustroju. Callomon: Liszaj ciężarnych. Scholz: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena i zogniskowanem światłem. Schücking: Działanie bodźców podtrzymujących życie. Preisich: Odróżnienie wybitne żywych płytek krwi za pomocą barwienia.

Redakcya otrzymała. Mueller: Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 29 Sierpnia 1903. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału wewnętrznego I., szpitala imienia „Lazarusa“ we Lwowie (Prymaryusz: Dr. Pisek).

Kilka uwag o teocynie.

Podał
Dr. Mises,
sekundaryusz oddziału.

Teocyna czyli teofylina była wprawdzie znaną od szeregu lat; ale wskutek wygórowanej ceny nie mogła wejść w użycie. Dopiero gdy w r. 1901 udało się Traubemu otrzymać ją syntetycznie, cena ta stała się przystępniejsza.

Co do składu chemicznego, teocyna jest podobnie jak kofeina i teobromina, pochodną ksantyny, a mianowicie dwumetyloksantyną, lecz odznacza się większą rozpuszczalnością niż teobromina. Rozpuszcza się w zwyczajnej ciepłocie w 180 cz. wody; przy 37° w 85 cz. wody. Dreser wykazał, że teocyna zwiększa nietylko ilość wody w moczu wydzielonym, lecz także w znacznej części i sole. Przedstawia się ona w postaci krystalicznego proszku o p. top. 268°.

Z rozpraw o teocynie, które się dotychczas ukazały, zasługują na wzmiankę: praca Prof. Minkowskiego z Kilonii (*Therapie der Gegenwart*, paźdź., 1902), Prof. Schlesingera z Wiednia (*Therapie der Gegenwart*, marzec, 1903), następnie Meinertza (*Therapeutische Monatshefte*, Nr. 2, 1903) i Doeringa.

Według Minkowskiego teocyna jest dotychczas najlepszym lekiem moczopędnym i przeciwopuchlinowym (*antihydropicum*). Nad teobrominą i kofeiną ma tę wyższość, iż znacznie silniej i szybciej działa; brak jej atoli działania podniecającego na serce, które sprowadza kofeina.

Z objawów ubocznych stwierdzono w kilku przypadkach wymioty, tak dalece, iż musiano teocynę odstawić U jednego neuropatycznego chorego powstało po nagłem wzmożeniu się moczenia i po szybkiem ustąpieniu obrzęków. ogólne podniecenie.

Schlesinger przyszedł do następujących wyników: Najsilniej działała teocyna na obrzęki pochodzenia sercowego i nerkowego; słabiej atoli w zapalnych wysiękach opłucnowych i otrzewnowych. Jedynie w 2-ch przypadkach z ogólną puchliną (wada sercowa bez choroby nerek), po podaniu teocyny (5 × 0.2 dziennie w przeciągu 48 godzin) wystąpiły ogólne drgawki z cechą padaczki. Drgawki te ustąpiły po odstawieniu leku. Ponieważ doświadczenia i na zwierzętach sprowadziły te same objawy, zdaje się nie ulegać przeto wątpliwości, iż drgawki w 2-ch powyżej przytoczonych przypadkach, pochodziły od działania teocyny.

Doering i Meinertz otrzymali podobne wyniki. Jako uboczne działanie zauważono utratę łaknienia i wystąpienie nudności; teocyna stosowana w lawatywie pozostała bez skutku.

Zachęcony przez szefa mego, prymaryusza Dra Piseka, zebrałem kilka przypadków, leczonych teocyną w szpitalu im. „Lazarusa“ i w praktyce prywatnej. Ponieważ w notatce niniejszej chodzi wyłącznie o działanie moczopędne teocyny, dlatego pomijam wszystkie inne szczegóły z historyi chorób, notując tylko moczenie. Objawów ubocznych, których w naszych spostrzeżeniach brak zupełny, nie miałem do zanotowania. Zauważyć muszę, że dla otrzymania możliwie ścisłych i porównawczych wyników podawano chorym w ciągu spostrzegania możliwie tę samą ilość płynów w ciągu doby; ilość ta wynosiła około 1500 ctm.³.

1) *L. O.*, lat 73, bez zajęcia, przyjęty dnia 16/6 b. r.

Rozpoznanie: *Arteriosclerosis universalis, myocarditis chr. fibr., ectasia aortae, hydrothorax ambil.* W moczu wyraźny ślad białka. Ilość moczu w dniu przyjęcia = 1000 ctm. sz.

Leczenie: *Theocini à 0,25 × 2 dziennie i Infus. folior. digitalis c. 0,50:150.0.*

17/7. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 88.

18/7. Mocz = 1400 ctm. sz., tętno 76. Podmiotowo: duszność prawie zupełnie ustąpiła.

19/7. Mocz = 1800 ctm. sz., tętno 76. Opuchlina piersiowa zwolna ustępuje.

21/7. Mocz = 1:00 ctm. sz., tętno 80.

22/7. » » » » » »

Dopiero po zastosowaniu teobrominy wystąpiło znaczne moczenie, a po 3 dniach ustąpiła duszność w zupełności, a z wysięków jedynie w lewej jamie opłucnowej pozostała ilość nieznaczna.

Wybitnego działania teocyny w tym przypadku nie widać.

2) *S. B.*, lat 61, nauczyciel. przyjęty dnia 14/VI b. r.

Rozpoznanie: *Myocarditis chr. fibr., insuff. relativa valv. bicusp., endocarditis chr. valvularum semil. aortae (insuff. aortae) subsqt. hydrope, anasarca major. gr. hydrothorace bilater. incip., ascitide incip.*

Mocz w dniu przyjścia z 24 godzin = 800, bez białka tętno 60 arytmia nieznaczna. Leczenie obojętne.

16/VI. Mocz = 1500 ctm. sz., tętno 60, duszność się zmniejszyła.

18/VI. Mocz = 1200 ctm. sz., tętno 60.

20/VI. Mocz = 1000 ctm. sz., tętno 62, arytmia utrzymuje się.

22/VI. » » » » « »

23/VI. Mocz = 1500 ctm. sz., tętno 60, arytmia utrzymuje się.

Leczenie: *Theocini 0.25 3 r. dziennie.*

24/VI. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 70

25/VI. Mocz = 2000 ctm. sz., tętno 70 — Obrzęki znacznie się zmniejszają.

26/VI–1/VII. Mocz = po 2000 ctm. sz.

W tym przypadku działanie moczopędne teocyny było słabe.

3) *M. H.*, lat 55, wstąpił dnia 7/7 b. r.

Rozpoznanie: *Nephritis interst. chr., hypertrophia totius cordis, atheroma arteriarum, anasarca*

Tętno 40! miarowe (kontrolowane przysłuchem serca).

Mocz: ilość w dniu przyjęcia 600 ctm. sz., białka znaczna ilość, Essbach $1^1/_2{}^0/_{00}$ pod drobnowidem nieliczna ilość ciałek wypocinowych.

Leczenie: dyeta wyłącznie mleczna. *Rp. Theobromini à 0.5, 3 pr. dz.*

8/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobrominy à 0.5, 3 pr. dz.

9/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. à 0.5, 3 p. d

11/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. à 0·5, 3 p. d.
12/7. Mocz = 600 ctm. sz., tętno 48 miarowe, teobr. à 0.5, 3 p. d.
13/7. Mocz = 800 ctm. sz., tętno 56. *Rp. Theocini 0.25, 3 past. dziennie.*
14/7. Mocz = 2000 ctm. sz., (zażył tylko 2 past.) Essbach = 1‰.
15/7. Mocz = 2300 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
16/7. Mocz = 2750 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
17/7. Mocz = 2400 ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
18/7. Mocz = **3000** ctm. sz., tętno 52. *Theocini 0.25, 3 past. dz.*
19/7. Mocz = **4000**, tętno 60 *Th. 0·25, 3 p. d.* Essbach 0.5‰.
20/7. Mocz = 3500 ctm. sz., tętno 60. *Th. 0.25, 3 p. d*
21/7. Mocz = 3750 ctm. sz., tętno 60. *Th. 0,25, 3 p. d.*
22/7. Mocz = 3100, tętno 60. Obrzęki prawie całkiem ustąpiły.

Małe dawki teobrominy, jak widać, są bezskuteczne. Dopiero podawanie teocyny sprowadza odrazu obfite moczenie, wzmagające się 5 dnia do ilości podwójnej, względnie do 6—7-krotnej ilości pierwotnej. Dawka teocyny o ½ mniejsza niż podawana dawka teobrominy.

4) *J. W.*, lat 68, bez zajęcia, przyjęty 27/6 b. r.

Rozpoznanie: *Myocarditis chr. fibr., insuff. valv. mitralis incompensata (hypertr. totius cordis), ascites, anasarca, hydrothorax.* Tętno 80 niemiarowe, małe, łatwo dające się ucisnąć. Mocz w dniu przyjęcia 800 ctm. sz.

Leczenie: *Rp. Theocini 0.25, 3 past. dziennie. Rp. Inf. fol. digit. c. 0.5! 150⁰.*

28/6. Mocz = 1200, tętno 80.
29/6. Mocz = 1500, tętno 76.
30/6. Mocz = 3000, tętno 72.
1/7. Mocz = 5000, tętno 68.
2/7. Mocz = **6000**, tętno 68, teocynę odstawiono.
3/7. Mocz = 4000, tętno 80 miarowe.
4/7. Mocz = 2500, tętno 80 miarowe.
4/7. Mocz = 1800, tętno 80 miarowe.
5/7. Mocz = 2000, tętno 72 miarowe.
6/7. Mocz = 2250, tętno 76 miarowe.
10/7. Mocz = 2300, tętno 72 miarowe.
13/7. Mocz = 2000, tętno 72. *Rp. Theocini à 0.25, 2 past. dz.*
14/7. Mocz = **6000**.
15/2. Mocz = **2000**.
16/7. Mocz = 2000.
17/7. Mocz = 2000.

Działanie w powyższym przypadku było bardzo wybitne; po 11-dniowej przerwie, gdy moczenie poczęło znowu się zmniejszać i gdy podano na nowo teocynę, wynik był również bardzo dobry.

Na podstawie ustnego doniesienia, stosował prym. Dr. Pisek w dwudziestu kilku przypadkach teocynę. Przeważnie tyczyło się to chorych z niewyrównanemi wadami zastawkowemi, zwyrodnieniem mięśnia sercowego, 2 przypadki tyczyły się przewlekłego zapalenia nerek. Rzadko kiedy teocyna zawodziła; działanie moczopędne było znaczne, dobowa ilość moczu wzrastała w dwój- i trójnasób. Ubocznego działania nie zauważono. Miażdżyca, nawet znaczna, nie stanowiła przeciwskazanie. Po odstawieniu teocyny działanie jej trwało jeszcze kilka, rzadko kilkanaści dni. Pod względem wpływu na duszność, objawy dusznicowe przy dusznicy bolesnej, teobromina działa lepiej; moczopędne zaś działanie teocyny jest większe.

Jakkolwiek materyał nasz może za szczupły, tyle jednak można powiedzieć, że:

1. Teocyna jest dzielnym środkiem moczopędnym, przedewszystkiem w puchlinie pochodzenia sercowego, rzadziej nerkowego, w dawkach dziennych 3 × 10.26.

2. Teocyna jest wolną od ubocznych działań ujemnych.

3. Teocyna nie wywiera na tętno i serce wpływu ujemnego.

4. Zdarzają się przypadki, w których teocyna zawodzi, podobnie jak inne leki moczopędne.

Czy teocyna działa drogą serca, czy nerek, czy też i w obu kierunkach, wykażą późniejsze badania.

Za zachętę do pracy i za wskazówki dziękuję serdecznie prymaryuszowi oddziału Dr. Piseckowi.

II. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał
Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Czas trwania 3-go okresu w typie prawidłowym mechanizmu bywa b. rozmaity, zależnie od rozmaitej długości trwania poszczególnych faz mechanizmu. Pierwsza faza 3-go okresu, t. j. wydostawanie się łożyska z jamy trzonu macicy przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, w warunkach fizyologicznych nie trwa dłużej jak 2—10 minut. W znacznie szerszych granicach, bo od kilku minut do 1-ej godz., waha się czas trwania drugiej fazy 3-go okresu, t. j. wytaczanie się łożyska z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi przez ujście zewnętrzne macicy do jamy pochwy. Co do 3-ciej fazy 3-go okresu, to spostrzega się, iż łożysko, wytoczywszy się do jamy pochwy, w ciągu kilku do kilkunastu minut obniża się aż na podłogę miedniczą, tu atoli w zagłębieniu tylnej ściany pochwy zatrzymuje się i niekiedy szybko, lecz z reguły dopiero po dłuższym czasie pod wpływem parcia kobiety, wydostaje się przez szparę sromną na zewnątrz. Czas więc trwania 3-go okresu, który równa się sumie trwania 3-ch poszczególnych faz, bywa b. rozmaitym, albowiem zależy od takiej ilości czynników, że określić go w pewnej regule statystycznej nie można.

Oglądanie popłodu, urodzonego siłami matki w mechanizmie prawidłowym, przekonuje nas, że na błonach nie spotykamy żadnych fałdów, któreby były podobne do tych, jakie zauważyć można na preparatach, uzyskanych przy cięciu cesarskim sposobem Porro. Widocznie fałdy te przy obniżaniu się łożyska wyciągnęły się. Błony odchodzą w całości, a wtedy miejsce pęknięcia pęcherza przedstawia otwór okrągły, a aż do samego obwodu tegoż otworu utrzymana jest warstwa doczesnowo-kosmówkowa błon. Na powierzchni owodniowej łożyska spotykamy sfałdowania, najwybitniej wyrażone na cienkich brzegach łożyska. Do powierzchni matczynej łożyska przymocowane są płaskie skrzepy krwi i to tak, że najgrubsze i najsilniej przymocowane są one do okolicy dolnego brzegu łożyska i sąsiadujących z nim błon; im dalej zaś w górę, tem skrzepy są luźniej przyczepione, a górna ½ część łożyska z reguły bywa wolną od skrzepów. Zresztą worek płodowy zawiera krew płynną. Czasem trafia się, że krew wylana z macicy do worka błon poza łożysko, wypukłone poniżej pierścienia skurczowego, krzepnie w całości tak, iż tworzy się jeden skrzep w postaci kuli.

O skurczach trzonu i dna macicy w czasie trwania 3-go okresu porodowego poucza nas badanie zewnętrzne, wykonywane ostrożnie co kilka minut. W mechanizmie prawidłowym badanie to daje następujące wyniki: Macica bezpośrednio po porodzie dziecka przedstawia opór twardy, dający się dokładnie czuciem ograniczyć. Stan taki

trwa w warunkach prawidłowych od 10—15 minut. Po tym czasie trwania tężca umięśnienia macicy następuje przerwa stanu skurczowego. Macica wolnieje tak, że obrysów jej ściśle ograniczyć nie można. Mniejwięcej po 5—7 minut trwającej pauzie występuje skurcz, który zwolna wzmaga się, dochodzi do szczytu swego nasilenia, poczem zwolna ustępuje. Czas trwania tego bólu wynosi od $1^1/_2$ do dwóch minut. Zbitość macicy na szczycie bólu bywa zwykle znaczniejszą, niż w czasie trwania tężca. W dalszym przebiegu 3-go okresu te bóle okresowe powtarzają się mniejwięcej co 10 minut. Kobieta ten ból odczuwa, choć niekażda jednakowo żywo, umiejscawiając go w tej okolicy brzucha, gdzie znajdzie się trzon macicy. Wieloródki z reguły są na ból wrażliwsze, niż pierwiastki.

W y s o k o ś ć d n a m a c i c y zachowuje się w prawidłowym typie mechanizmu bardzo rozmaicie. W przypadkach najczęstszych dno macicy, będące bezpośrednio po urodzeniu się dziecka na wysokości pępka, lub palec nad nim, w chwili przechodzenia łożyska przez ujście zewnętrzne do pochwy podnosi się, ale nieznacznie, tj. najwyżej 1—3 palców nad pępek, aby z chwilą, gdy łożysko wytoczyło się do pochwy, albo pozostać na tej wysokości, albo nawet opaść do pępka, lub poniżej niego. W innych przypadkach, które należy zaliczyć do typu prawidłowego, wysokość dna jest rozmaitą, a zależy ona od dwóch czynników: 1) od ilości krwi w krwiaku, i 2) od zachowania się ujścia zewnętrznego macicy. Jeżeli ujście zewnętrzne szyi silniej się ściągnie, tak, że łożysko, chcąc się wytoczyć do pochwy, musi go dłuższy przeciąg czasu rozszerzać, krwiak, zbierając się poza łożyskiem, rozciąga bardzo znacznie ściany dolnego odcinka tak, że nad spojeniem łonowem okolica podbrzusza wypukla się, a przy obmacaniu wyczuwany guz chełboczący, a na nim w górę podniesiony i na jedną lub drugą stronę przechylony trzon z dnem macicy z wybitnie oznaczonym pierścieniem skurczowym. W zwykłych warunkach ujście zewnętrzne macicy jest tak podatne, iż łożysko z łatwością rozszerza go całkowicie, wydostając się szybko do jamy pochwy. Kanał zaś pochwy jest tak obszerny, że łatwo mieści się w nim łożysko wraz z umiarkowanym krwiakiem, wobec czego dolny odcinek nie wypełnia się tak znacznie krwią, aby trzon podnosić się musiał w górę. Jeżeli jednak krwi do krwiaka napływa bardzo dużo, to wtedy, mimo iż łożysko jest już w pochwie niekiedy bardzo nizko, trzon może być wysoko podniesionym, bo aż do łuku żebrowego. Ściśle rzecz biorąc tego rodzaju przypadki, jakkolwiek mogą przebiegać i przebiegają bez szkody dla matki, należą do kategoryi krwotoków poporodowych wewnętrznych w 3-cim okresie.

Co się tyczy k s z t a ł t u i w i e l k o ś c i t r z o n u i d n a m a c i c y w r a z z o k o l i c ą p i e r ś c i e n i a s k u r c z o w e g o, to jak długo łożysko jest jeszcze w jamie trzonu macicy, kształt jej jest płaski, o z n a c z n i e j s z y m w y m i a r z e p o p r z e c z n y m, n i ż d ł u g o ś c i. Skoro tylko łożysko opuści jamę trzonu, natychmiast ta część macicy upodobnia się kształtami do macicy pierwszych chwil połogu. Wyjątek stanowi przypadek, gdzie po opuszczeniu jamy trzonu przez łożysko znachodzi się w niej jeszcze wiele skrzepów. W takim razie płaszczyzny ograniczające macicę, okazują pewne wyniosłości i guzowatości, które po wygniecenius krzepów z trzonu macicy wyrównują się.

Z a c h o w a n i e s i ę p ę p o w i n y w p r z e b i e g u 3-go o k r e s u p o r o d o w e g o. W y s u w a n i e s i ę k o ń c a p ę p o w i n y o d c i ę t e j i p o d w i ą z a n e j w miarę zesuwania się popłodu w przewodzie rodnym niewiasty, obserwujemy w ten sposób, że bezpośrednio po odpętleniu dziecka zaznaczamy na udzie kobiety, najlepiej zapomocą krwi cieknącej z końca pępowiny, punkt, do którego zlekka napięta pępowina swym końcem sięga, a następnie w czasie trwania 3-go okresu co pewien czas kontrolujemy, czy koniec pępowiny oddala się od tego 1-go punktu. Badanie tego objawu byłoby bardzo cenne dla rozpoznania poszczególnych faz 3-go okresu, gdybyśmy bezpośrednio po urodzeniu się dziecka natychmiast go odpętlali. Jednakowoż zazwyczaj czeka się z odpętleniem kilka minut, tj. tak długo, jak długo pępowina tętni, a przez ten czas łożysko już przebiegnie pewną część przewodu rodnego kobiety niespostrzeżenie tak, iż dla dalszych wniosków z ewentualnego obsuwania się końca pępowiny braknie już podstawy, albowiem nie wiemy, od jakiego punktu przewodu rodnego o dany wymiar nastąpiło obniżenie się popłodu. Z badania bezpośredniego zaś ręką wiemy, że bardzo często popłód w kilku minutach już jest w pochwie, albo też jeszcze w jamie trzonu macicy. Trzebaby więc bezpośrednio po porodzie dziecka natychmiast markować na udzie pewien punkt pępowiny, o czem atoli w praktyce nie tak łatwo pamiętać, bo tuż po porodzie dziecka myśli się w pierwszym rzędzie o dziecku, a potem dopiero o trzecim okresie.

Czy łożysko jeszcze jest w jamie macicy, czy też już ją opuściło, możemy z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować z trzech następujących objawów, dających się obserwować na pępowinie: *a*) z n a p i ę c i a k r w i w ż y l e p ę p o w i n o w e j: dopóki łożysko jest jeszcze w jamie trzonu macicy, ściany jego, będące w tężcu, ugniatają go tak, że krew z miąższu łożyska nabiega do żyły pępowinowej i wypręża ją. Z chwilą, gdy łożysko znajdzie się w obszernej pochwie, nacisk powyższy znika, a żyła pępowinowa staje się wiotką, flakowatą, a bardzo często na pewnych przestrzeniach pustą. Objaw ten atoli nie jest bezwzględnie pewny, albowiem, jeżeli łożysko jest duże, a krwiak pozałożyskowy znaczny, to napięcie żyły pępowinowej może być utrzymane aż do samego prawie końca 3-go okresu, jak tego dowodzi bezpośrednie badanie ręką. Naodwrót, jeżeli łożysko jest małe, a krwiak nieznaczny, napięcie żyły pępowinowej jest od samego początku niewielkie, a zupełnie ustaje z chwilą, gdy łożysko wytoczy się do jamy dolnego odcinka, a więc gdy jeszcze nie opuściło macicy. Na tym objawie więc bez obawy pomyłki polegać nie można. *b*) Dla oznaczenia umiejscowienia łożyska w przewodzie rodnym kobiety jest względnie najpewniejszym następujący objaw: P r z y o b n i ż a n i u d n a m a c i c y, j a k d l a w y g n i a t a n i a C r é d e g o, o b n i ż a s i ę k o n i e c p ę p o w i n y, a b y p o z w o l n i e n i u n a c i s k a n a d n o, c o f n ą ć s i ę k u g ó r z e. Jak długo łożysko znajduje się w jamie macicy, tak długo on występuje. Jeżeli wartość tego objawu kontrolujemy badaniem wewnętrznem, przekonywamy się, że wystąpi on także wtedy, gdy łożysko pewną częścią znajdzie się już w jamie pochwy, a wisi umocowane do macicy na nie odklejonych jeszcze błonach. Jeżeli więc tego objawu niema, to możemy na pewne wnioskować, że łożysko jest w pochwie i że niema żadnych przeszkód dla obsunięcia się

łożyska w przewodzie pochwy aż na podłogę miedniczą, a więc gdy i błony bez przeszkód się odklejają. W takich okolicznościach w razie obniżania trzonu, obniża się i koniec pępowiny, ale cofa się tylko nieznacznie. *c*) Jeżeli łożysko jest w jamie trzonu macicy, to przy trącaniu, lub lekkiem ugniataniu macicy od zewnątrz, wyczuwamy w żyle pępowinowej sztuczne tętnienie, lub chwilowe podwyższanie się parcia. Wartość tego objawu jest taka sama, jak badanie napięcia krwi w żyle pępowinowej.

Z powyższego widzimy, że zachowanie się pępowiny w czasie przebiegu 3-go okresu w typie prawidłowym wcale nie jest typowe, dlatego też, chcąc spożytkować objawy wykazać się na niej dające dla rozpoznania pewnej fazy 3-go okresu, należy uwzględnić cały ogół faktów, dostarczonych przez badanie zewnętrzne 3-go okresu, a wtedy mogą one nam zadanie ułatwić. W każdym razie musi się pamiętać o tym fakcie, że rozpoznanie pewnej fazy 3-go okresu, postawione tylko badaniem zewnętrznem, nie wychodzi w znacznym odsetku przypadków poza obręb prawdopodobieństwa, które w pewność zamienić może dopiero badanie wewnętrzne.

Umiejscowienie miejsca łożyskowego w jamie macicy w przypadkach prawidłowego przebiegu 3-go okresu. Bezpośrednie badanie czuciem wnętrza macicy pierwszych chwil połogu przekonywa, że w typie prawidłowym przebiegu 3-go okresu miejsce łożyskowe znachodzi się z reguły na przedniej ścianie macicy, w jamie trzonu, poza pierścieniem skurczowym, znacznie rzadziej na tylnej ścianie, a wyjątkowo w dnie macicy. Fakt ten można równie pewnie stwierdzić wewnętrznem badaniem przebiegu wydalenia się łożyska z jamy macicy. I tak: gdy łożysko znajduje się znaczną częścią w jamie trzonu macicy, a część łożyska, wydalona poza pierścień skurczowy w dolnym odcinku, jest jeszcze płaską, to łatwo wnioskować, gdzie leży miejsce łożyskowe, bo wtedy powierzchnia owodniowa łożyska jest odwróconą od ściany, na której leży miejsce łożyskowe; skoro atoli łożysko, w znacznej części wydalone do jamy dolnego odcinka, przybrało tamże kształt kuli, to rozpoznać możemy umiejscowienie jego tylko po obserwacyi sposobu obsuwania się łożyska ku dołowi. Łożysko wypuklone powierzchnią owodniową, przechodząc przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, zachowuje się w ten sposób, że w razie umiejscowienia jego na przedniej powierzchni trzonu, obsuwa się raźniej część łożyska, leżąca bliżej kości krzyżowej; naodwrót zaś, gdy miejsce łożyskowe jest na tylnej ścianie macicy, obsuwa się szybciej i więcej część łożyska, będąca bliżej spojenia łonowego. Że łożysko z reguły leży w jamie macicy przyklejone do przedniej lub tylnej ściany, mamy nadto dowody w oglądaniu popłodu, gdzie widzimy, że otwór powstały po pęknięciu pęcherza leży z reguły nie w środku błon, ale nieopodal od brzegu łożyska.

Odmiany fizyologiczne prawidłowego typu 3-go okresu.

W przebiegu 3-go okresu w mechanizmie prawidłowym spotykamy odmiany w 2-ch kierunkach: 1) 3-ci okres przebiega zwolna, a każda faza mechanizmu jest b. wybitnie zaznaczoną; 2) 3-ci okres przebiega szybko *a*) w całości, *b*) z wyjątkiem ostatniej fazy, t. j. przejścia popłodu przez szparę sromową.

W 1-szej odmianie mechanizmu prawidłowego 1-a faza, t. j. wydalanie się łożyska przez okolicę pierścienia skurczowego do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, odbywa się w sposób zwykły, ale b. powoli. Wskutek tego: ani ściany dolnego odcinka, ani ściany szyi przez dłuższy przeciąg czasu nie ulegają mechanicznemu rozciągnięciu przez obsuwający się popłód, w następstwie czego ściany szyi wraz z ujściem zewnętrznem i wewnętrznem zaczynają się ściągać według tych samych prawideł, jakie widzimy w połogu, mianowicie, iż inwolucya rozpoczyna się od ujścia zewnętrznego macicy. W przypadkach wybitnie patologicznych, t. j. gdzie 1-a faza przeciąga się b. znacznie, może inwolucya macicy tak dalece postąpić, że tworzy się kanał szyi z oboma ujściami zewnętrznem i wewnętrznem. W przypadkach atoli, które należy jeszcze zaliczać do fizyologicznych, bo bez pomocy, siłami natury, 3-ci okres się kończyć może, znachodzimy tylko ściągnięte ujście zewnętrzne macicy. W tych przypadkach, skoro nareszcie zesunie się łożysko, do jamy dolnego odcinka, chcąc się wydostać do pochwy, musi ujście zewnętrzne macicy całkowicie rozewrzeć. Siły wydalające łożysko z jamy dolnego odcinka i szyi do jamy pochwy działają wogóle słabo; jeżeli zatem inwolucya szyi nie postąpiła zbyt daleko tak, iż obsuwające się łożysko nie tylko może zapobiedz dalszemu zwijaniu się szyi, ale nadto zwolna lecz statecznie rozwiera ujście zewnętrzne, to po upływie pewnego czasu, niekiedy kilku godzin, łożysko rozszerzy całkowicie ujście zewnętrzne i wytoczy się do pochwy, skąd albo pod wpływem parcia rodzącej, lub przy pomocy lekarskiej zostaje wygniecione na zewnątrz.

Bezpośrednią więc przyczyną przeciągania się 2-giej fazy mechanizmu 3-go okresu jest częściowa inwolucya szyi, w przypadkach fizyologicznych dotycząca tylko ujścia zewnętrznego macicy. Warunkami zaś sprzyjającymi tej inwolucyi ujścia zewnętrznego są: 1) opóźnianie się 1-szej fazy mechanizmu; 2) mały stopień porażenia umięśnienia ścian szyi wskutek niezbyt wielkiego jej rozdęcia, jak to ma miejsce przy porodach nieczasowych i poronieniach.

Przyczyny zaś, dlaczego się poród popłodu z jamy trzonu opóźnia, należy szukać w czynnikach, mających znaczenie dla odklejania się i wydalania łożyska i błon. Spostrzegając stany skurczowe mięśni macicy w tych przypadkach, przekonywamy się, iż w nich nie mamy zaburzeń; po okresie tężca, występują jak zwykle energiczne skurcze okresowe. Pod wpływem tych bolów ściąganie się trzonu macicy postępuje zupełnie prawidłowo. Badanie wewnętrzne i zewnętrzne dowodzi, iż krwiak zbytnio nie przybiera na pojemności, co świadczy o tem, iż ściąganie się miejsca łożyskowego postępuje w prawidłowem tempie. Natomiast oglądając uważnie popłody, urodzone nareszcie siłami natury, lub też sztucznie przy pomocy metody nastrzykiwania łożyska, zauważamy na powierzchni matczynej łożyska zgrubienia ogniskowe w błonie doczesnej, niekiedy chrząstkowatej twardości, oraz liczne złogi wapniowe. Również i na błonach, a zwłaszcza w otoczeniu łożyska, spotykamy analogiczne zgrubienia doczesnej, oraz wybroczyny. Widoczna rzecz, że wobec braku zaburzeń w skurczach lub ściąganiu się macicy, zmianom tym należy przypisać winę opóźniania się 1-ej fazy mechanizmu.

W drugiej odmianie typu prawidłowego mechanizmu popłód bardzo szybko opuszcza jamę trzonu macicy, a znajdując całkowicie rozszerzoną szyję, szybko

przedostaje się przez zupełnie rozszerzone ujście zewnętrzne macicy do jamy pochwy, gdzie zesunąwszy się na podłogę miedniczną, dopiero tu zatrzymuje się na dłuższy przeciąg czasu. Badając kobietę wewnętrznie tuż po porodzie dziecka, stwierdzamy, że dno macicy sięga do pępka lub nawet o palec poniżej, opór jest mały, dobrze skurczony, o kształtach prawie identycznych z kształtami trzonu w pierwszych chwilach połogu; stwierdzamy dalej, że w ciągu dalszych kilku minut macica nie podnosi się wcale, albo też nieznacznie tylko. Badanie wewnętrzne, wykonane w pierwszych minutach po porodzie dziecka, wykazuje już obecność znacznej części łożyska wypuklonego w ciało kuliste w jamie szyi, a w dalszych paru minutach znachodzimy je w płaszczyźnie ujścia zewnętrznego, całkowicie rozwartego, największym obwodem kuli. W dalszych kilku minutach wprowadzony palec napotyka wypuklone łożysko już we wychodzie miednicy kostnej. W tych więc przypadkach już w czasie trwania tężca mięśni macicy, t. j. w przeciągu pierwszych 7—10 minut 3-go okresu, łożysko przebywa całą drogę z wnętrza macicy aż do dolnej części pochwy.

Dalszy przebieg 3-go okresu w tych przypadkach bywa trojaki: 1. Dno macicy, będące na wysokości pępka, zaczyna się zwolna podnosić ku górze. Najlepiej ocenić to umiejscowienie dna macicy możemy w czasie skurczu, jaki się okresowo co 10 minut mniej więcej pojawia. To podnoszenie się trzonu macicy wywołane jest wylewaniem się krwi poza wypuklone łożysko. Z chwilą, gdy krwi zbierze się bardzo dużo poza łożyskiem, niekiedy tak dużo, że dno znachodzi się pod łukiem żebrowym, rodząca zaczyna odczuwać prężenie dołem, wskutek czego na szczycie bolu okresowego prze odruchowo i wypiera popłód całkowicie odklejony przez szparę sromową. 2) Jeżeli ściąganie się macicy jest bardzo energiczne, wskutek czego wylewanie się krwi poza łożysko, będące w pochwie, jest bardzo skąpe, podnoszenie się trzonu macicy występuje bardzo powoli, a łożysko niejako spoczywa w wygięciu kości krzyżowej na podłodze miednicznej tak, iż dopiero sztuczną pomocą musimy kończyć 3-ci okres, przyczem z reguły łożysko wisi jeszcze na błonach, nie zupełnie odklejonych. Naodwrót 3), jeżeli łożysko jest znaczne, mięsiste, a ściąganie się macicy niezbyt energiczne, krwiak poza łożyskiem wzrasta nagle, kobieta zaraz odczuwa prężenie dołem, prze odruchowo i szybko wydala łożysko wraz z najdokładniej odklejonemi błonami i dużym krwiakiem. Po porodzie popłodu rodząca zwykle krwawi, krwotok ten atoli łatwo daje się opanować. (Dok. nastąpi).

III. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Wrodzona niedrożność jelit cienkich.

Podali

Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. nadzw.
i **Dr. Leon Konrad Gliński,**
asystenci zakładu.

(Dokończenie).

Idąc za radą Brauna i Chiariego, bez względu na teoretyczne zarzuty Kuligi, nie ograniczyliśmy się w naszem II. i III. spostrzeżeniu do dokładnego badania gołem okiem, lecz wykonaliśmy również badania drobnowidowe, co wydawało nam się tem potrzebniejszem, iż podobnie, jak w spostrzeżeniach owych badaczy, znajdowały się w świetle jelita tuż poniżej jego przerwy białawe, grudkowate masy, a samaż przerwa ciągłości dotyczyła dolnej części jelita biodrowego.

W spostrzeżeniu naszem drugiem białawe masy, znajdujące się w jelicie poniżej zarośnięcia, składały się tylko ze złuszczonego nabłonka i śluzu. Dla upewnienia się zbadaliśmy jeszcze prócz samychże mas poprzeczne przekroje ślepego początku dolnej części jelita biodrowego i kątnicy na przejściu w okrężnicę wstępującą. I tu jednak masę, leżącą w świetle jelita (a poprzedniem badaniem nienaruszoną), tworzył tylko śluz i złuszczony nabłonek, nie znaleźliśmy zaś nic takiego, coby mogło w jakikolwiek sposób przemawiać za przebytem wgłobieniem.

Jakież tedy tłómaczenie przypadałoby najsnadniej do drugiego naszego spostrzeżenia? W spostrzeżeniu tem zdaje się wszystko przemawiać za tem, że niedrożność była tu skutkiem zboczenia samychże spraw rozwojowych, a nie przypadkowo dołączających się procesów patologicznych. Świadczą o tem: typowa siedziba niedrożności; śluzowa treść kiszki, wskazująca, że niedrożność wytworzyła się w okresie zanikania przewodu żółtkowego, zanim żółć do kiszki dostać się mogła, zatem w okresie, dla tej postaci niedrożności również poniekąd typowym; obecność innych zmian rozwojowych w postaci wysokiego ustawienia kątnicy, które odpowiada wstrzymaniu się rozwoju kiszki w okresie niewiele późniejszym od okresu powstania niedrożności, a ze swej strony mogło być podstawą nieprawidłowego rozwoju krezki w zakresie części poprzecznej okrężnicy i zarośnięcia otworu Winslowa. Brak natomiast śladów dawniej w życiu płodowem przebytego zapalenia otrzewnej w postaci nieregularnych i zaburzeniami czysto rozwojowemi nie dających się tłómaczyć zrostów; znalezione na otrzewnej zmiany zapalne ostre są oczywiście świeżym skutkiem skręcenia i pęknięcia ślepego końca jelita biodrowego, co stało się, być może, już po porodzie, lub w czasie porodu. Szczegóły obrazu anatomicznego przemawiają również i za tem, że owo zboczenie spraw rozwojowych wiązało się z losami przewodu pępkowo-jelitowego.

Nie znaleźliśmy jednak żadnego wyraźnego dowodu, żeby niedrożność w przypadku tym powstać mogła w sposób, podany przez Ahlfelda (oddzielenie pętli przez zaciskający się pierścień pępkowy), lub przez skręcenie się pętli pod wpływem udzielających się przewodowi skrętów pępowiny. Z tłómaczeń, nie pozbawionych podstawy, pozostawałoby przypuszczenie załamania jelita przez pociągający je przewód; z tem przypuszczeniem najlepiej zresztą godziłoby się ustalenie dolnego, krótkiego odcinka jelita biodrowego i kątnicy przez pokrywającą je otrzewnę, oraz wysokie ustawienie kątnicy niemal tuż pod wątrobą. Niemniej jednak stanowczego zdania nie osmielilibyśmy się wypowiedzieć.

Co się tyczy III-go naszego przypadku, to, chcąc zachować znaleziony okaz w należytym stanie do naszego muzeum, musieliśmy się ograniczyć do zbadania mikroskopowego tylko treści jelita biodrowego poniżej miejsca przerwy, bez jednoczesnego badania tego jelita w całości. Badanie to jednakże nie wykazało żadnych, choćby już obumarłych szczątków jelita, a masy badane składały się wyłącznie ze śluzu i ze złuszczonych nabłonków, zupełnie się nie różniąc

mikroskopowo od zbadanej jednocześnie treści odbytnicy w tymże przypadku.

Chcąc jednak całkowicie upewnić się, czy w tem (III-ciem) naszem spostrzeżeniu również nie mamy do czynienia z wgłobieniem, zbadaliśmy mikroskopowo na poprzecznych przekrojach wolny brzeg krezki w miejscu przerwy ciągłości jelita, a to z tego względu, iż w przypadkach zarówno Brauna, jak i Chiariego brzeg ten nie zawierał jelita, co zresztą łatwo zrozumieć wobec tego, iż odpowiadająca temu brzegowi część jelita uległa wgłobieniu. W dwóch wyciętych do badania mikroskopowego kawałkach, pochodzących z obwodowych części miejsca przerwy, prócz znacznej ilości tkanki włóknistej można było tylko gdzieniegdzie wykazać oddzielnie leżące pęczki mięśni gładkich; natomiast w trzecim kawałku, wyciętym mniejwięcej ze środkowej części wolnego (pozornie) brzegu krezki, znaleźliśmy pewny dowód istnienia tutaj zarośniętej cewki jelitowej, a mianowicie: pod otrzewną widoczne były dobrze zachowane zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśni gładkich o układzie włókien, odpowiadającym przebiegowi włókien mięsnych w jelicie; błony śluzowej nie znaleźliśmy już ani śladu, natomiast całe światło utworzonej przez warstwy mięsne cewki było wypełnione tkanką łączną, pozostającą w bezpośrednim związku z dającą się jeszcze wyróżnić warstwą podśluzową (patrz *rysunek II*). Wypełniająca światło tkanka łączna jest włóknista, zbita, bliznowata, wśród niej znajdują się szczeliny, wypełnione masami o wejrzeniu mikroskopowem smołki. Na podstawie tego wyniku badania mikroskopowego przyjść musieliśmy do wniosku, iż wolny zgrubiały brzeg krezki odpowiadał zanikłemu jelitu, przyczem jelito zanikło tutaj nierównomiernie: w częściach obwodowych jelito zanikło prawie całkowicie, w częściach pośrednich cewka jelitowa dawała się jeszcze wcale dobrze wyróżnić.



Rysunek II.
Obraz miskroskopowy wrodzonego zarośnięcia jelita w spostrz. III. (barwienie sposobem Van Giesona).

Cóż więc ostatecznie w danym przypadku stać się mogło przyczyną zarośnięcia światła i zaniku jelita na stosunkowo znacznej przestrzeni? Jak widzieliśmy, zarówno makro- jak i mikroskopowo stopień zaniku jelita w obrębie pozornie wolnego brzegu krezki był największy w częściach obwodowych, najmniejszy — w częściach pośrednich: w częściach obwodowych brzeg krezki dochodził zaledwo grubości nitki i składał się wyłącznie z tkanki łącznej; dalej ku środkowi spotykały się pośród tkanki włóknistej pojedyncze pęczki mięśni gładkich, w częściach wreszcie pośrednich brzeg krezki dochodził na poprzecznym przekroju grubości 4 mm. i tutaj mikroskopowo można było stwierdzić obecność zarośniętej cewki jelitowej; a więc przyczyna, która spowodowała zanik jelita, musiała najsilniej działać na obwodowe części zanikłego odcinka, najsłabiej — na jego części pośrednie. Jeśli uwzględnimy jednocześnie długość i częściowe zwyrodnienie włókniste krezki w tem miejscu obok braku zrostów, któreby przez ucisk mogły wywołać obraz podobny, to przyjść musimy jako do najprawdopodobniejszego w danym razie przypuszczenia, iż przyczyną niedrożności stało się skręcenie (*torsio*) dolnej części jelita biodrowego w zależności od nadmiernego wydłużenia krezki. W obwodowych częściach skręconego jelita ucisk oczywiwiście był największy, stąd też tutaj powstały największe zmiany i całkowity zanik jelita; w częściach pośrednich skutkiem zaciśnięcia naczyń krezkowych obumarła błona śluzowa, jako najmniej odporna na upośledzenie odżywienia; po oddzieleniu tej obumarłej na znacznej przestrzeni błony, rozrastająca się od strony błony podśluzowej tkanka łączna zapełniła całkowicie światło jelita. Czynnikiem usposabiającym do tego skręcenia się jelita mogło być fizyologiczne skręcanie się pępowiny, której ruchy udzielić się mogły następowo (za pośrednictwem przewodu żółtkowego) dolnej części jelita biodrowego; ta zaś okoliczność, obok jednoczesnej nadmiernej długości krezki, łatwo wywołać mogła skręcenie się jelita ze wszelkiemi jego następstwami, jak to twierdzą Kölliker [62]), Leichtenstern [63]), Krokiewicz [64]) i inni. Zresztą bezpośredniego na to dowodu nie znaleźliśmy.

Ostatni wreszcie (IV-ty) spostrzegany przez nas przypadek dotyczył noworodka płci żeńskiej, u którego niedrożność jelit rozpoznano już za życia i z tego powodu założono (Doc. Bossowski) sztuczny odbyt. Mimo tego zabiegu dziecię zmarło w cztery dni po urodzeniu.

Badanie pośmiertne, wykonane przez nas dnia 7. X. 1902 roku (P. S. 784), nie wykazało nic nieprawidłowego w obrębie czaszki i jej treści, ani w narządach klatki piersiowej. Na brzuchu widoczna świeża rana polaparotomijna, w której umocowano jedną z rozdętych pętli jelitowych (patrz niżej) wraz z wprowadzonym do jej części doprowadzającej drenem kauczukowym. Po wyjęciu drenu, zdjęciu szwów i dokładniejszem otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy tutaj obraz następujący: W częściach najniżej położonych widoczna jest mała ilość półskrzepłej krwi. W dolnej połowie jamy brzusznej, oraz po stronie prawej, widzieć można w prawidłowych skrętach przebiegające pozapadane pętle jelitowe; natomiast w górnej połowie jamy brzusznej, więcej ku stronie lewej, znajduje się cały splot ściśle pozrastanych z sobą, znacznie rozdętych, pozornie nie dających się rozwikłać pętli jelitowych. Po częściowem oddzieleniu zrostów przekonaliśmy się, iż żołądek i dwunastnica ułożone są prawidłowo; już jednak początkowe pętle jelita czczego wchodzą w skład wspomnianego splotu jelitowego, okręcając się przytem kilkakrotnie około krezki, jak około osi i układając się ponad sobą ślimakowato w $3^1/_2$ zakrętach. Na całej

[62]—[64]) Kölliker, Leichtenstern, Krokiewicz *l. c.*

tej przestrzeni jelito czcze, podobnie zresztą jak żołądek i dwunastnica, posiadają ściany zgrubiałe, są znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w miarę zwiększania się odległości od odźwiernika stopień ich rozdęcia znacznie wzrasta; ostatni zakręt, leżący na szczycie tego splotu jelitowego, kończy się dużem, workowatem, ślepem rozdęciem, pozornie gubiąc się całkowicie pośród rozległych, znajdujących się tutaj zrostów; zwrócone ku sobie powierzchnie pętli jelitowych są również ze sobą pozrastane. Przy dokładniejszem badaniu udało się nam jeszcze w obrębie opisanego wyżej splotu jelitowego odszukać dalszy ciąg jelita cienkiego, a mianowicie po odpreparowaniu zrostów na szczycie splotu zauważyliśmy, iż we wklęsłości ostatniego, leżącego tutaj, workowato rozdętego zakrętu, znajdował się z obydwu stron zarośnięty, $3^1/_2$ ctm. długi odcinek jelita; obwód tego odcinka wynosi przeszło dwa ctm., jego światło wypełnione jest białawą treścią, składającą się mikroskopowo ze śluzu



Rysunek III.
(półschematyczny) wrodzona niedrożność wskutek skręcenia (spostrzeżenie IV.)

i ze złuszczonych nabłonków. Odcinek ten na szczycie splotu jelitowego był niejako wtłoczony pomiędzy wklęsłą powierzchnię ostatniego rozdętego zakrętu, a znajdujący się tutaj gruby postronek łącznotkankowy [65]) w ten sposób, iż postronek ten uciskał na zarośnięte końce tego odcinka. Za pośrednictwem cienkich, około $^1/_2$ ctm. długich, nitkowatych (nie posiadających własnego światła) pasemek, odcinek ten łączy się z jednej strony ze szczytem ostatniego ślepo się kończącego, rozdętego zakrętu, z drugiej zaś strony z dalszą zapadniętą częścią jelita cienkiego, które początkowo biegnie jeszcze w obrębie całego tego splotu jelitowego ślimakowato, tworząc tutaj trzy zakręty, ukryte pomiędzy zakrętami rozdętej części jelita i biegnące od szczytu splotu ku jego podstawie w kierunku wprost odwrotnym, jak zakręty rozdętej części (*rysunek III*).

Po wyjściu z tego splotu jelita cienkie biegną dalej w prawidłowych skrętach jeszcze na przestrzeni 79 ctm. (w preparacie zachowanym w formalinie), są wogóle zapadnięte i tylko w początkowych pętlach zawierają smołkę, w dalszych zaś, podobnie jak i kiszka, tylko małą ilość treści śluzowej, białawej. Z wyjątkiem rozległych, dość ścisłych zrostów w obrębie opisanego splotu jelitowego, otrzewna jest cienka, gładka, lśniąca; jedynie tylko w częściach przylegających do splotu skłębionych jelit widoczny był jeden cienki nitkowaty zrost pomiędzy dwiema pętlami jelita cienkiego. Kopuła kątnicy leży stosunkowo wysoko (na wysokości dolnej poziomej gałęzi dwunastnicy). Wyrostek robaczkowy — odchylony ku górze i ukryty poza kątnicą, z którą jest zrośnięty. Wątroba, śledziona, trzustka, nerki i inne narządy nie okazywały nic nieprawidłowego.

Jak widzimy z powyższego opisu, przypadek ten wyróżniał się od poprzednio opisanych siedzibą niedrożności (mniejwięcej na pograniczu jelita czczego i biodrowego), istnieniem dwukrotnej przerwy w ciągłości jelita, wreszcie niezwykłem ukształtowaniem się jelit cienkich i obecnością zrostów otrzewnowych na ograniczonej przestrzeni. Usadowienie niedrożności na pograniczu jelita czczego i biodrowego należy do bardzo rzadkich i słusznie zauważa Leichtenstern [66]), iż *am Ileum sind nur sehr selten die mittleren oder oberen Partien Sitz der Atresie;* względna rzadkość wrodzonej niedrożności jelit w tem miejscu jest zresztą zrozumiałą wobec tego, iż w tej części pierwotnej cewki jelitowej nie toczą się żadne tak zawiłe sprawy rozwojowe, jak to ma miejsce w dwunastnicy (rozwój wątroby i trzustki przez wypuklenie ściany jelita) i w dolnej części jelita biodrowego (zanikanie przewodu żółtkowego), a więc i niedrożność wrodzona z przyczyn czysto rozwojowych w tej części jelita występować może chyba wyjątkowo. Już więc względy czysto teoretyczne nakazywały nam z góry przypuszczać, iż w danym przypadku przyczyną niedrożności najprawdopodobniej stała się jakaś sprawa patologiczna, która wystąpiła w toku rozwoju. Pierwsze przypuszczenie, jakie musiało się nam nasunąć wobec istnienia podwójnej przerwy jelita i rozległych zrostów w górnej części jamy brzusznej po stronie lewej, mimowoli skierować się musiało ku przebytemu w życiu płodowem zapaleniu otrzewnej; ponieważ jednak samoistne zapalenie otrzewnej wogóle, zwłaszcza zaś w życiu płodowem, może występować tylko nadzwyczaj rzadko, ponieważ dalej znalezione zrosty zajmowały tylko ograniczoną przestrzeń jamy brzusznej, przyjść musieliśmy do przekonania, iż przyczyna, która wywołała zapalenie otrzewnej z następowymi zrostami na ograniczonej przestrzeni, była raczej czysto miejscową, niżeli ogólną. Wobec tego musieliśmy rozwikłania całej zagadki szukać przedewszystkiem w obrębie otoczonego zrostami splotu jelitowego. Badanie to w danym przypadku było nadzwyczaj utrudnione raz z powodu rozległych i ścisłych zrostów, powtóre zaś z powodu, iż przy wykonywaniu za życia zabiegu chirurgicznego część zrostów poprzecinano, i stąd należało być bardzo ostrożnym w ocenianiu wyników badania. Jak jednak z poprzedniego opisu już widzieć mogliśmy, dokładniejsze badanie dało nam wynik dość niespodziewany, a mianowicie znaleźliśmy kilkakrotny skręt jelita czczego w kształcie podwójnej wężownicy, oraz mogliśmy wykazać postronek łą-

[65]) Postronek ten został przecięty przy operacyi, co początkowo utrudniało nam znacznie należyte zrozumienie całej sprawy.

[66]) Leichtenstern: *l. c.* str. 370.

cznotkankowy, uciskający na zarośnięte końce pętli jelitowej, leżącej pomiędzy miejscami przerw. Wobec takiego ostatecznego wyniku badania, powstanie podwójnej niedrożności w danym przypadku tłómaczy się w sposób dość prosty: w następstwie nadmiernej długości krezki przyszło tutaj do kilkakrotnego skręcenia się jelita czczego; skręcenie to jednakże nie doprowadziło do całkowitego zaciśnięcia światła naczyń krezkowych, gdyż w takim razie przyjśćby musiało do obumarcia całej tej części jelita, czego w rzeczywistości nie znaleźliśmy; zaciśnięcie to było jednakże już wystarczającem do zadrażnienia otrzewnej i wywołania ograniczonego aseptycznego jej zapalenia z następowem wytworzeniem się zrostów; pozrastanie się z sobą pętli jelitowych uniemożliwiło odkręcenie się ich w dalszym rozwoju i utrudniało krążenie treści jelitowej, powodując coraz większe rozdęcie części doprowadzającej; do części odprowadzającej treść jelitowa z powodu zmiany kierunku jelit na szczycie splotu dostawać się mogła chyba tylko z trudnością, stąd też ta część już od samego początku rozdęciu ulegać nie mogła; w końcu nowo wytworzony na szczycie splotu jelitowego postronek łącznotkankowy, uciskając coraz silniej na jedną ze znajdujących się tutaj pętli jelitowych, doprowadził do całkowitego jej zarośnięcia w dwóch miejscach; wobec tego część jelita, leżąca powyżej miejsca pierwszej przerwy, rozdymała się coraz więcej, aż doszła do tak olbrzymich rozmiarów, jak to znaleźliśmy na sekcyi; jednocześnie skutkiem wzmożonej pracy ściany tego odcinka jelitowego uległy przerostowi roboczemu, co oczywiście w dalszym ciągu odbić się musiało na dwunastnicy i na żołądku. Jedynie tylko tego rodzaju tłómaczenie jest w stanie wytłómaczyć nam całokształt znalezionego przez nas w danym przypadku obrazu.

Zdaniem naszem obraz anatomiczny naszego ostatniego przypadku nie dałby się pogodzić z żadnem innem tłómaczeniem i z tego powodu musimy nasze spostrzeżenie uznać za szczególnie ważne, ponieważ właśnie najświeższa praca, jaka się pojawiła w przedmiocie wrodzonej niedrożności jelita, zwalcza usilnie przypuszczenie, żeby przyczyną tej zmiany mogło być wogóle pierwotne skręcenie jelit. Jest to właśnie wspomniana już kilkakrotnie praca Kuligi, który przytaczając kolejno szereg spostrzeżeń niedrożności wrodzonej, tłómaczonych przez skręcenie, stara się udowodnić przez rozbiór szczegółowy każdego z nich — błędność tego przypuszczenia. Sądzi on, że w większości owych przypadków było skręcenie jelit następstwem, a nie przyczyną niedrożności i to następstwem, powstałem dopiero po porodzie. I z pewnością nie myli się on co do tych przypadków, w których zarówno samo skręcenie, jak i towarzyszące mu zmiany otrzewnej nosiły cechy sprawy zupełnie świeżej. Ale i sam Kuliga nie o wszystkich przypadkach mógłby to powiedzieć. Przypuszczenie skręcenia w tych spostrzeżeniach, w których zmiany na otrzewnej były starszej daty, stara się Kuliga obalić głównie argumentem, iż skręcenie musiałoby wskutek zaciśnięcia naczyń krezki wywołać całkowite obumarcie całej odpowiedniej pętli jelita (*l. c.* str. 487). Czerpie on jednak ten argument ze stosunków, jakie istnieją w ustroju dorosłym. Tymczasem uwzględniając stosunki anatomiczne wczesnych okresów życia płodowego, nie można wyłączać możliwości takiego skręcenia jelit, przy którem naczynia krezki uległyby wprawdzie uciskowi, ale nie zupełnemu zaciśnięciu, przy którem przeto nie doszłoby do całkowitej martwicy wszystkich warstw ściany jelita w obrębie całej skręconej pętli, lecz mogłoby się skończyć na mniejszych zaburzeniach krążenia z następowem utrzymaniem się pętli, a powstaniem tylko ograniczonego zapalenia i zrostów otrzewnej. Byłoby to możliwe mianowicie w tym wypadku, gdy jelita wytwarzają wysokie pętle o krezce również stosunkowo bardzo wysokiej, a jednak nie węższej u podstawy, niż u szczytu. Łatwo sobie uprzytomnić na wązkim, a długim skrawku papieru, zwiniętym w kierunku dłuższego wymiaru ślimakowato coraz cieniej ku końcowi, lub na wysokim, długim pasie płótna, że jelito przebiegające jakby wzdłuż obu długich jego boków i jednego krótkiego, mogłoby uledz kilkakrotnemu okręceniu, a jeszcze naczynia, biegnące w krezce, nie uległyby zupełnemu zaciśnięciu. Teoretyczny argument Kuligi nie może więc rzeczy stanowczo z góry rozstrzygać. Jeżeli zresztą wśród przypadków skręcenia jelit ze starszej daty zmianami na otrzewnej, streszczonych przez Kuligę, brak takiego, w którym niedrożności nie możnaby w żaden sposób inaczej tłómaczyć, jak tylko przez skręcenie, to zdaje nam się, że właśnie nasze spostrzeżenie lukę tę wypełnia i jest owym oczywistym dowodem, znaczącym więcej, niż cały szereg wyników ujemnych.

Niewyjaśnioną pozostaje jednakże i w naszym przypadku jeszcze jedna okoliczność, a mianowicie, co było ostatecznie przyczyną skręcenia się jelita i to w tak niezwykły kształt.

Skręcenie w przypadkach wrodzonej niedrożności jelita nie należy w piśmiennictwie do zjawisk wyjątkowych, a z przypadków takich, zestawionych i odmiennie tłómaczonych przez Kuligę, przecież jest kilka, w których podsuwane przez niego inne tłómaczenie powstania niedrożności wydaje się mniej usprawiedliwione, niż przypuszczenie pierwotnego skręcenia. Nawet przed niedawnym czasem opisał Schnizlein[67]), którego pracy Kuliga nie przytoczył, podobne, jak w naszym przypadku, wężownicowate skręcenie się jelita obok wrodzonej niedrożności dwunastnicy, z trudnością dające się pojąć, jako skutek niedrożności.

Nie wdając się w stanowcze rozstrzyganie postawionego wyżej pytania co do ostatecznej przyczyny skręcenia jelita w życiu płodowem, zauważyć wszakże należy, iż już w toku fizyologicznego rozwoju płodu, przebiegająca pierwotnie prosto wzdłuż kręgosłupa cewka jelitowa przy rozrastaniu się na długość tworzy po wyrośnięciu w pierwszą wysoką, a wązką pętlę różne dalsze zakręty; łatwo więc w tych warunkach przyjść może do nieprawidłowego skręcenia się jelita; przytem oczywiście pewną rolę odgrywać mogą, jak zresztą wogóle przy powstawaniu zboczeń rozwojowych wpływy mechaniczne i cieplne, którym niektórzy autorowie przypisują wogóle bardzo wielki wpływ na powstawanie wrodzonej niedrożności jelit.

Godną również uwagi jest ta okoliczność, iż podobne, jak w naszym przypadku, ślimakowate ułożenie jelit cienkich spotykamy stale w pewnym okresie rozwojowym u płazów bezogoniastych (*anura*). U zwierząt tych, jak czytamy u Maurera[68]) *auf der Höhe seiner Ausbildung stellt der*

---

[67]) Schnizlein: Beiträge zur klinischen Chirurgie Tom 36 Zeszyt 2.

[68]) Maurer: w Hertwiga: Handbuch der vergleichenden und

Mitteldarm eine Doppelspirale dar, die in $2^1/_2$—3 Windungen vom Pylorus aus von rechts nach links sich windet. Diese Windungen liegen nicht in einer Ebene, sondern steigen ventralwärts auf. Von da an verlaufen ebensoviele Windungen in umgekehrter Richtung zwischen den ersteren und gehen in den Enddarm über.

To ślimakowate skręcenie się jelit, występujące fizyologicznie w toku rozwoju pewnych zwierząt niższych, jest również dowodem, iż zasadniczy argument Kuligi przeciw pierwotnemu skręceniu się jelit u płodu niema tej wagi, jaką mu pragnie nadać ten autor. Jakżeby bowiem mogło owo ślimakowate skręcenie jelit u płazów godzić się z dalszym fizyologicznym rozwojem, gdyby każde skręcenie jelit miało przebiegać według praw, poczerpniętych z patologii dorosłego ustroju ludzkiego i kończyć się zupełnem obumarciem skręconej pętli?

Zarośnięcie (lecz nieskręcenie) jelita w naszym przypadku nastąpić musiało w stosunkowo późnym okresie rozwojowym, najwcześniej gdzieś w trzecim, lub czwartym miesiącu życia płodowego, o czem świadczyła obecność smołki w świetle jelita biodrowego poniżej miejsca niedrożności; skręcenie jelita oczywiście nastąpić musiało znacznie wcześniej, jak już z tego, co wyżej powiedzieliśmy — wynika.

Nie mamy zamiaru z przytoczonych wyżej kilku oddzielnych spostrzeżeń wyciągać jakichś szerszych uogólnień, lub daleko idących wniosków. Już jednak tych kilka przypadków wskazują nam, iż najrozmaitsze przyczyny mogą dać powód do wrodzonej niedrożności jelit, a częstokroć podobne obrazy anatomiczne wrodzonej niedrożności powstać mogą pod wpływem odmiennych przyczyn; stąd też przy ocenianiu przyczyny, która w danym przypadku wywołała niedrożność jelit, nie należy nigdy uprzedzać się z góry, lecz przeciwnie, opierać swe zdanie wyłącznie na jak najdokładniejszem zbadaniu danego przypadku, do czego częstokroć wprost niezbędnem staje się dokładne badanie mikroskopowe. Jak należy być ostrożnym w ocenianiu znalezionych na sekcyi zmian, wskazuje zwłaszcza ostatnie (IV) nasze spostrzeżenie: przypadek ten na pierwszy rzut oka zdawał się potwierdzać rozpowszechnione zapatrywanie, iż jedną z najczęstszych przyczyn wrodzonej niedrożności jelit jest przebyte w życiu płodowem pierwotne zapalenie otrzewnej; tymczasem dokładniejsze badanie wykazało bez wszelkiej wątpliwości, iż w tym przypadku (a zapewne i w wielu innych) zapalenie otrzewnej było następowem, pierwotnem zaś było wężownicowate skręcenie jelit, które dopiero dało powód do zapalenia otrzewnej z następowem zarośnięciem światła jelita.

IV. Z oddziału prof. Rosnera c. k. Szkoły położnych.

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Dokończenie).

Zanim przystąpimy do opisu sposobu najracyonalniejszego leczenia niedrożności tak w ciąży, jak i w połogu, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ciąża sprzyja powstaniu niedrożności? Ciąża sama nietylko że nie sprzyja, ale owszem utrudnia powstanie niedrożności, bo usuwa jelita z bram przepuklinowych, skutkiem swego rozrostu, a więc nie sprzyja uwięźnięciu przepuklin, taksamo przeszkadza powstaniu skrętu; macica w końcu ciąży według Waldeyera wypełnia całą jamę otrzewnową od powłok aż do kręgosłupa, zwłaszcza w częściach jej dolnych; tylko jelito esowate zostaje zepchnięte ku dołowi, reszta zaś jelit wysunięta jest ku górze i schodzi poza macicą do trzeciego kręgu lędźwiowego; w miarę więc wzrostu macicy zmniejsza się przestrzeń zajęta i ztąd gorsze warunki do powstania skrętu. Zaciśnięcia i uwięźnięcia te również nie będą częstsze w ciąży dlatego, że ruchomość jelit jest wtenczas mniejsza; ciąża może jedynie usposabiać do uwięźnięć jelita w otworach więzadła szerokiego, które rozciągając się w ciąży, powiększa otwór, a nadto może spowodować niedrożność przez ucisk jelita między macicą, a istniejącym jakimś guzem w jamie otrzewnowej.

Połóg nie sprzyja uwięźnięciu przepuklin, skręceniu i zaciśnięciu dlatego, że jelita w połogu ulegają pewnego stopnia porażeniu; ztąd i ruchomość ich jest bardzo mała, jedynie załamanie może być przez połóg spowodowane.

Co do rokowania, to będzie ono zawsze gorsze w ciąży i połogu, niż poza ciążą, dlatego, że rozpoznanie jest znacznie trudniejsze, lekarz nie tak prędko zdecyduje się zaproponować operacyę, bo idzie tu o życie dwóch istot, dalej, nie tak szybko zgodzi się rodzina na zabieg operacyjny, tymczasem odpowiednia do operacyi chwila mija; następuje szybciej, niż poza ciążą, zatrucie całego ustroju, bo jama otrzewnowa w ciąży i połogu jest bardziej przekrwiona, wzmożony jest ruch limfatyczny, ztąd też prędzej wystąpi zapad i wcześniej rozwinie się zapalenie otrzewnej, niż poza ciążą. Szczególnie szybko wystąpi zatrucie ustroju w przypadkach skręcenia, zadzierzgnięcia i wgłobienia, w przypadkach, w których sprawa chorobowa zajmuje prócz pętli jelita i odpowiednią krezkę.

Współudział krezki według doświadczeń Kadera sprowadza zaburzenia w krążeniu, których następstwem są zmiany, dotyczące tak ścian, jak i treści uwięzłej pętli, wielka przepuszczalność ścian zmienionej pętli jelitowej i stąd szybko występujące zapalenie otrzewnej, prędkie rozwijanie się zgorzeli miejscowej, nadto wzdęcie zastoinowe powyżej zaciśnięcia, jako objaw rozkładu nagromadzonej treści i nadmiernego wydzielania gruczołów błony śluzowej.

Porównywując przypadki przez nas zebrane z przypadkami niedrożności ostrej wewnętrznej poza ciążą, przytoczonymi w pracy Rutkowskiego, otrzymamy, że w naszej grupie I na 14 operowanych wyzdrowiało 7, zmarło 7, a więc 50% śmiertelności. Naszej grupie pierwszej odpowiada Rutkowskiego tablica IV i X, razem przypadków 23, z tego wyleczeń 6, śmierci 15, czyli odsetek śmiertelności wynosi 65%, a więc większy, niż podczas ciąży i połogu. W grupie drugiej mamy na 8 przypadków tylko 6 operowanych, z tego 1 wyleczenie, 5 śmierci; u Rutkowskiego na 55 przypadków wyleczeń 21, śmierci 34, czyli odsetek śmiertelności 61%, u nas zaś 83%. Przy załamaniu mamy na 5 przypadków wyleczeń 4, jedną śmierć; u Rutkowskiego na 10 przypadków wyleczeń 8, śmierci 2, czyli ten sam odsetek śmiertelności, t. j. 20%. Zestawiając razem odsetek śmiertelności po operacyi odpowiednich przypadków poza ciążą,

experim. Entwickelungslehre der Wirbelthiere. Tom II, str. 163 i 164. Jena, 1902.

z przypadkami w ciąży i połogu, będziemy mieli 88 przypadków poza ciążą, 53 śmierci, czyli 60% śmiertelności; u nas na 25 przypadków 13 śmierci, czyli 52% śmiertelności, a więc mniej, niż poza ciążą.

Porównywując niedrożność następową naszej grupy piątej z zestawieniem Rutkowskiego, tablica XI, XII, XIII i XV, t. j. ucisk jelita, zatkanie, blizny i rak, otrzymujemy na 18 naszych przypadków operowanych 9, z tego wyleczeń 5, śmierci 4, czyli 44% śmiertelności; u Rutkowskiego na 23 przypadki wyleczeń 7, śmierci 16, a więc 69% śmiertelności.

Z zestawienia tego widać, że odsetek śmiertelności tak w istotnej niedrożności ostrej, jak i następowej, nie jest większy podczas ciąży i połogu, aniżeli po operacyach z tych samych przyczyn, wykonywanych poza ciążą; mimo to rokowanie uważamy zawsze w ciąży i połogu za gorsze, a to dlatego, że statystyka przez nas zebrana składa się z pojedynczych przypadków, nie jest statystyką jednego oddziału i z taką porównywana musi dać odsetek lepszy.

Przechodząc do sposobu leczenia, musimy oddzielić postępowanie w połogu od postępowania w ciąży. Jeżeli mamy ostrą niedrożność w połogu, to najpierw łatwiej jest ją rozpoznać, a nadto i daleko szybciej zdecydują się lekarz i rodzina na zabieg operacyjny, bo niema tu innego sposobu leczenia.

Zupełnie inaczej przedstawia się leczenie niedrożności w ciąży: jedni autorowie radzą operować bez względu na ciążę, inni przeciwnie przypuszczają, że jeżeli się zmniejszy macicę, niedrożność może sama ustąpić; w tym celu wywołują poronienie lub poród przedwczesny; z tych znowu jedni poprzestają na samem wywołaniu porodu i stosowaniu lewatyw, drudzy, jeżeli opróżnienie macicy nie pomoże, wykonywują dopiero operacyę. Postępowanie tych ostatnich ma dużo zwolenników, a to wskutek przypuszczenia, że sama laparotomia musi sprowadzić poronienie. Opierając się na zebranej statystyce, zestawiając przypadki operowane i nie operowane, leczone tak zwanymi sposobami łagodniejszymi, jak wysokiemi wlewaniami, przepłókiwaniem żołądka, kąpielami, elektryzowaniem, nakłóciem i t. p., przekonywamy się, że operacya zupełnie nie wpływa na ciążę, że nie musi sprowadzić poronienia, że leczenie sposobami łagodniejszymi niedrożności nie usuwa, a za to odsuwa odpowiednią chwilę do wykonania operacyi.

Przypadków istotnych ostrej wewnętrznej niedrożności mamy 34, z tego zmarło matek 22, wyzdrowiało 12; dzieci zmarło 15, urodziło się żywo 18. Duży odsetek śmiertelności, zwłaszcza matek, pochodzi stąd, że nie wszystkie były operowane; nie operowane zaś wszystkie kończyły się śmiercią, takich jest 9; z tych jedna zmarła zaraz po rozwiązaniu, druga w połogu, dlatego na 9 nie operowanych mamy 7 dzieci zmarłych, a 2 żywo urodzonych. Na 25 operowanych wyzdrowiało matek 12, zmarło 13, dzieci żywo urodzonych było 17, nieżywych 8. Jeżeli osobno przedstawimy przypadki niedrożności w ciąży i połogu, to w ciąży nie operowanych było 8, które wszystkie zmarły, operowanych 16, z tych wyzdrowiało 6, zmarło 10. Dzieci żywych 1 z grupy nie operowanych, 9 z grupy operowanych, razem dzieci żywych 10; nieżywych z grupy nie operowanych 7, z operowanych 7, razem nieżywych 14. W połogu jeden przypadek nie operowany zakończył się śmiercią matki, z 9 operowanych zmarło 3, razem na 10 przypadków wyzdrowień 6, śmierci 4, dzieci wszystkie żywe, t. j. 10.

Przypadki leczone bez operacyi wszystkie zakończyły się śmiercią matek, a tylko w 2 przypadkach uratowano dzieci, gdy natomiast w przypadkach operowanych ocalała przynajmniej połowa matek, dzieci zaś prawie dwie trzecie, co dowodzi najlepiej, że jedynem leczeniem racyonalnem niedrożności tak w stanie ciąży, jak i w połogu, jest zabieg operacyjny i to wykonany jak najwcześniej. Że operacya nie musi sprowadzić przerwania ciąży, najlepiej tego dowodzi przypadek Rydygiera, gdzie ciąża została donoszona mimo operacyi wykonanej w 6-tym miesiącu ciąży; tak samo ciąża została donoszoną po operacyi w 4 m. w przypadku Moruheta, również po operacyi w 4 m. w przypadku Lotheisena, w 5-tym m. w przypadku Morestina, w 4 m. Stratza; zaledwie znamy dwa takie przypadki, w których operacya sprowadziła poród przedwczesny, a matka wyzdrowiała, t. j. w przypadku Meyera po operacyi w 9 miesiącu ciąży i Temoina w 6 mies. Widzimy więc z tego, że operacye przedsiębrane w miesiącach zwłaszcza wcześniejszych ciąży nie przerywają jej; o ile zostanie uratowane życie matki, ratuje się i życie płodu.

Inaczej przedstawiają się operacye w miesiącu ostatnim: operacya wykonana w ostatnich tygodniach ciąży sprowadza zawsze poród; płód przychodzi na świat czasem żywy, czasem nie żywy; matka jednak według zebranej statystyki prawie zawsze umiera podczas porodu albo bezpośrednio po porodzie. Przyczyną śmierci matki bywa gwałtowny wysiłek, jaki sprowadza poród, odbywający się prawie bezpośrednio po ciężkiej operacyi.

Tylko w jednym przypadku Tendericha matka wyzdrowiała mimo porodu, odbytego bezpośrednio po operacyi; w przypadku Meyera i Rosnera dzieci wprawdzie przyszły na świat żywe, ale matki pomarły. W naszym przypadku utrzymaliśmy także dziecko przy życiu skutkiem wykonania cięcia cesarskiego, matka jednak zmarła. Za wykonaniem cięcia przemawiałoby to, że płód na pewno otrzymujemy przy życiu, usuwa się przytem cały przebieg porodu i po operacyi mamy jamę otrzewnową pozostawioną w spokoju; przedłużenie o kilkanaście minut całej operacyi będzie z pewnością mniej dla pacyentki szkodliwe, niż sam poród, odbywający się bezpośrednio po operacyi. Przypuszczenie, że niedrożność ustąpi, jeżeli się zmniejszy macica, jest błędnem, a co najmniej bardzo niepewnem, najlepszym dowodem znowu będzie zebrana statystyka. W przypadku Tarnowskiego mimo wywołania poronienia chora zmarła skutkiem niedrożności; w przypadkach Assmutha i Klauera mimo sztucznego rozwiązania musiano wykonać operacyę, bo niedrożność nie ustąpiła; również i przez dobrowolny poród niedrożność nie zostanie usuniętą, jak to widzimy w przypadku Gottscheda, Craiga, Tuji i Brauna.

Czekając, aż się poród odbędzie dobrowolnie, tak samo i przy sztucznem wywołaniu porodu, a nawet i sztucznem ukończeniu, traci się bardzo wiele czasu; najlepszy czas do operacyi jest ten, kiedy siły pacyentki są jeszcze nie wyczerpane, a zapalenie otrzewnej nie rozpoczęło się jeszcze. Poród przedwczesny może usunąć niedrożność, ale tylko następową, jak to widzimy w przypadku 9 i 15 grupy V, gdzie kiszka uciśnięta była między macicą a torbielakiem, nigdy zaś nie usunie niedrożności istotnej.

Jedynie więc racyonalnym sposobem leczenia niedrożności ostrej, tak w ciąży, jak i w połogu, będzie zabieg chirurgiczny.

Wykonana w miesiącach wczesnych ciąży, operacya może nie sprowadzić przerwania ciąży, jeżeli tylko, o ile było można, jak najmniej uciskało się macicę; w miesiącach późniejszych, jeżeli znacznie powiększona macica utrudnia odszukanie przyczyny niedrożności, lepiej zrobić przetokę kałową, a właściwą operacyę odłożyć na czas późniejszy. Jeżeli stan ciężarnej jest bardzo zły, a nadto jeżeli się jeszcze rozpoczął poród i możemy przypuszczać, że chora nie przetrzyma porodu bezpośrednio po ciężkiej operacyi, można dla ratowania życia dziecka odrazu wykonać i cięcie cesarskie.

Zadaniem bowiem leczenia jest przywrócenie drożności jelit i usunięcie zmian w krążeniu, powstałych skutkiem zaciśnięcia krezki i rozdęcia jelita, a to uzyskać możemy tylko przez operacyę. Sposoby leczenia łagodniejsze, jak podawanie narkotyków, przepłókiwanie żołądka itd., należy stosować tylko w pierwszych chwilach obserwacyi i uważać je raczej za przygotowanie do operacyi, a nie za leczenie niedrożności. Operacyę wykonywać należy o ile możności jak najwcześniej; zwlekając, możemy się doczekać takich powikłań, jak zapalenia otrzewnej, które zaciera objawy i pogarsza rokowanie.

Piśmiennictwo. Dohrn: Samml. klinisch. Vorträge, 1901. — Runge: Berl. klin. Wochensch., 1880. — Kirmisson: Soc. de chirurgie, 1897. — Témoin: Soc. chirurg, 1893. — Noble: Annals of Gyn. and Pediat, 1899. — Abramson: Hufeland's Jour. d. prak. Arzenyek., 1804. — Hancorke: Wothen Brit. med, Journ., 1871. — Pye. Smith: Lancet, 1888. — Galabris: Lancet, 1888. — Rydygier: Archiv für klin. Chirurg., 1887. — Schramm: Pamiętnik tow. lek. warszawskiego, 1880. — Scanzoni: Lehrb. der Geburtsh. — Fischer: Deutsch. med. Wochen., 1898. — Meyer: Monat. f. Geb. u. Gynek., 1899. — Sydney Jones: Lancet, 1882. — Sintenis: Centralb. f. Gyn, 1899 — Boissard et Roche: Bull. d. la Soc. d'obst., 1900 — Steinhard: Würtemberg. Corr. Bl. 1870. — Poppert: Deutsch. med. Woch., 1897. — Porak: Soc. d'obst. de gyn., 1902. — Jasiński: Dyagnost. chirurgiczna. — Rutkowski: Zbiór prac ku uczczeniu prof. Obalińskiego. — Venery: Maladies de la Grossesse.

V. Wyciągi.

Ott. **Demineralizacya ustroju w gruźlicy płuc.** (*Tow. med. wewn. w Berlinie.* Pos. z 20 lipca 1903 r.). Są to wyniki badania trzech przypadków gruźlicy, w celu skontrolowania teoryi francuskich autorów (Robin i inni). Przy stałej dyecie (mleko, sucharki z plasmonu i koniak) po dwóch dniach pozostawania na niej, badał O. mocz i kał chorych na zawartość soli mineralnych. U jednego chorego (gruźlica bezgorączkowa z lekkim nieżytem szczytu i nielicznymi prątkami w plwocinie) stwierdził zatrzymywanie ciał nieorganicznych, przedewszystkiem potasu. W drugim przypadku (chory z rozległym naciekiem górnego płatu lewego i trawiącą gorączką) wykazał wydzielanie nadmierne azotu, potasu i fosforanów, a zatrzymanie chloru, sodu, wapnia i magnu. W trzecim przypadku z daleko posuniętą sprawą gruźliczą demineralizacya była wyraźniejszą. Z wyników tych wnioskuje O., że demineralizacya ma miejsce do pewnego stopnia w gruźlicy, niema jednak znaczenia objawu wczesnego, brakowało jej w 1-szym przypadku, ani też nie występuje stale w późnych okresach gruźlicy. Stale natomiast stwierdził zatrzymywanie chloru i sodu, co tłómaczy niedokrewnością gruźliczych, a stratą siarki, co mogłoby ztąd pochodzić, że mleko krowie ubogie jest w siarkę. Lewin robił podobne poszukiwania w zakażeniu rakowem z rozmaitą siedzibą raka. Przytem stwierdził, że współczynnik demineralizacyi, t. j. stosunek soli mineralnych moczu do ogółu suchej pozostałości, rośnie. Gdy tenże u zdrowego nie przekracza według Robina 30%, u badanych chorych wynosił więcej, niż 50%. W następstwie tej demineralizacyi cierpi odżywienie serca, narządu tak wrażliwego na skład krwi, przedewszystkiem na jej zasobność w sole mineralne (potas i wapń). W ten sposób demineralizacya ustroju przez wpływ swój na serce byłaby jednym z najważniejszych czynników chery rakowej.

K. Orzechowski.

St. Bądzyński i K. Panek. **O kwasie alloksyproteinowym, prawidłowym składniku moczu ludzkiego.** (*Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie,* 1903). Autorowie znaleźli w prawidłowym moczu ludzkim obok kwasu oksyproteinowego, wykrytego przed kilku laty przez Bądzyńskiego i Gottlieba, kwas organiczny, do tamtego podobny, który nazywają alloksyproteinowym. Metoda otrzymania jest podobną do metody, podanej dla kwasu oksyproteinowego. I ten kwas zawiera w swym składzie siarkę i azot w znacznej ilości. Sól borowa zawierała 8·8% azotu, a 3·4% siarki. W stanie czystym, nadającym preparat do analizy, otrzymali autorowie sól borową i srebrową, wolnego kwasu nie wyosobniono w takim stanie. Ze składu obu kwasów: oksy- i alloksyproteinowego wynika, że są blizkimi pochodnymi drobiny białkowej, mimoto jednak z kwasem fosforowolframowym i z żelazosinkiem potasowym nie dają odczynu białkowego, ani odczynu biuretowego. Odbarwiają roztwór Fehlinga, odtleniają nadmanganian potasowy. Przy ogrzewaniu z wodorotlenkiem ołowianym wydziela tylko kwas alloksyproteinowy siarczek ołowiu. Od kwasu oksyproteinowego różni się kwas alloksyproteinowy własnościami soli, różnicą w składzie chemicznym, a nadto tem, że nie daje t. zw. diazoreakcyi Ehrlicha, bardzo wyraźnie otrzymywanej przez autorów z kwasem oksyproteinowym. Kwas ten jest więc tym nieznanym, a poszukiwanym dawno związkiem, który daje odczyn Ehrlicha. Kwas alloksyproteinowy jest stałym składnikiem moczu. Przypada nań około 0·68% całej ilości azotu, człowiek więc zdrowy wydziela go 1·2 grm. na dobę, trzy razy tyle zaś kwasu oksyproteinowego. Oba kwasy alloksyproteinowy i oksyproteinowy mieszczą w sobie t. zw. „obojętną siarkę“ moczu.

Ponieważ ze wszystkich znanych związków, wynikających z przemiany materyi, te dwa kwasy najbliżej pokrewne są białku, należy przypuszczać, że najdrobniejsze zmiany w przemianie materyi znajdą swój wyraz przedewszystkiem i najrychlej w zmienionych stosunkach wydzielania tych kwasów. *Orzechowski.*

Rosenfeld. **Odżywianie cierpiących na choroby żołądka.** (*Die Krankenpflege.* Zeszyt 8, 1903). Dyeta odgrywa w nieżytach żołądka wielką rolę, przeto leczenie chorób żołądka wymaga od lekarza uważnej kontroli nad sposobem żywienia się takich chorych. Idąc za zasadą podawania pokarmów lekkostrawnych z wyłączeniem węglowodanów i napojów wyskokowych, wprowadzamy chorego nieraz w stan silnego osłabienia. Autor jest zdania, że tłuszcz jest pokarmem nieszkodliwym dla wielkiej liczby chorych na nieżyt kwaśny lub śluzowy żołądka. Na strawienie tłuszczu, sądzi Rosenfeld, nie wpływa ani nadmiar, ani brak kwasów. Częściowo tylko rozbity w małe kulki w żołądku przez ferment steapsynę, przechodzi tłuszcz do jelit prawie niezmieniony. Chorzy na nieżyt kwaśny znoszą dobrze sardynki, lub tłustą rybę. Autor poleca tłuszcz w różnych postaciach: masło, oliwę, słoninę, tłustą szynkę, a szczególnie śmietanę, której kazał spożywać chorym od 250 do 325 grm. dziennie i to z bardzo dobrym wynikiem. Drugim ważnym czynnikiem leczniczym jest szybkie wydalanie pokarmów z żołądka. Przeszkodą w tem ma być obfite picie wody, czego należy koniecznie chorym zakazać, gdyż ta ciąży na ściany żołądka, a łagodząc podnietę, wywołaną ostrymi pokarmami, opóźnia wydalanie treści żołądkowej. Zamiast wody należy polecać dla ugaszenia pragnienia małe ilości herbaty. Dawniejszej metodzie podawania pokarmów często, a w małych dawkach, autor zupełnie się sprzeciwia; poleca on trzy razy dziennie, co 6 godzin, a do syta, twierdząc, że w ten sposób żołądek ma czas zupełnie się opróżnić i odpocząć. Wreszcie radzi trzymać się następującej dyety: dla chorych z kwaśnym nieżytem żołądka — rano: herbata z mlekiem i cukrem, mięso, jaja, masło i pół litra śmietany; w południe: mięso z tłustym sosem, jeden lub dwa ziemniaki, mała ilość jarzyny, omlet, ½ litra śmietany; wieczorem: herbata z mlekiem i cukrem, 100 grm. białego chleba z masłem, mięso, jaja lub ser i pół litra śmietany. Dla chorych na nieżyt śluzowy — rano: herbata z cukrem i mlekiem, bułka z masłem, ½ litra śmietany; w południe: mało mięsa, ziemniaki, jarzyna, kompot, ½ litra śmietany i to samo danie wieczorem. Tego rodzaju dyeta ma być bardzo dobra nietylko na nieżyty żołądkowe, lecz także dla chorych na raka żołądka.

Dr. Włodz. Serkowski.

Dr. P. Pręgowski. **W sprawie terapii psychiatrycznej.** (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und physisch-gerichtliche Medicin,* 1903). Autor przytacza zasady z dziedziny fizyologii, farmakologii, tudzież patologii chorób cielesnych, dowodzące niezbicie faktu wielkiej doniosłości, że skóra jest na podobieństwo nerki narządem wydzielniczym. Następnie wykazuje nieznany dotąd fakt istnienia

nieprawidłowej (zmniejszonej) funkcyi wydzielniczej skóry, spowodowany upośledzonem rozszerzaniem się, lub skurczem naczyń krwionośnych skóry, fakt, mający miejsce przedewszystkiem w chorobie, uważanej za neurastenię okresową. Autor podaje wyniki swoich badań nad tą jednostką chorobową, znane czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“ (N. N. 12, 13, 14, 15, 16, 17, r. 1903), wypowiada i uzasadnia teoryę, że najczęstsza z psychoz: „dementia praecox“ jest następstwem zatrucia mózgu substancyami, nie wydalonemi doszczętnie z ustroju, głównie z powodu skurczu naczyń skórnych, posuniętego do wysokiego stopnia i pochodzącego stąd upośledzenia w wydzielaniu skórnem. Na podstawie klinicznej i teoretycznej autor wyprowadza następujące wnioski terapeutyczne: 1) Z wykazanej przez autora patogenezy dwóch przypadków chorobowych, t. zw. neurastenii okresowej, jak i psychozy „dementia praecox“ (Kraepelin), wynikają racyonalne wskazania terapeutyczne: w przypadku pierwszym doprowadzenie narządu krążenia w skórze do prawidłowej rozszerzalności; w przypadku drugim leczenie napotne, obok leczenia skórnego narządu krążenia. 2) Z faktu, że skóra jest narządem wydalającym (ekskrecyjnym) wynika wskazanie do wzmożenia potów wszędzie, a więc i w zakresie psychiatryi tam, gdzie zatruwające ciało chemiczne znachodzi się w układzie krążenia.

Wskazując na zabiegi, prowadzące do wspomnianych celów, autor przestrzega szczególnie przed pożywkami, zawierającemi kofeinę, jako temi, które wpływają szkodliwie na tak doniosły dla wydalania skórnego narząd, jakim jest narząd krążenia.

(Autoreferat).

Fellner. **Przyczynek kliniczny do nauki o nadmiernym potoku** (*hydramnion*). (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 3, 1903). Autor zauważył przy nadmiernym potoku prawie zawsze bardzo duże rozmiary dziecka — fakt, o którym niema wzmianki ani w podręcznikach, ani w piśmiennictwie szerszem. Przeglądając 13.000 historyi porodów z ostatnich kilku lat w klinice prof. Schauty, znalazł 124 przypadków nadmiernego potoku, z których w 104 poród odbył się w prawidłowym terminie ciąży. Przeciętna długość donoszonych płodów z wieloródek, jak i z pierwiastek zrodzonych wynosiła $53^1/_2$ ctm.; poniżej 50 ctm. był tylko jeden płód (48 ctm.); natomiast długość jednego wynosiła 60 ctm. W stosunku do ilości wód płodowych średnia długość płodów wynosiła przy dwóch litrach 52·5 ctm., przy 3 l. 53·5 ctm., przy 4—5 l. 56 ctm. Ciężar płodów donoszonych wynosił przeciętnie 3,518 grm., w szczególności przy dwóch litrach wód płodowych 3455 grm., przy 3 l. 3,625 grm., przy 4—5 l. 5,050 grm.; poniżej 3,000 grm. był tylko jeden płód, natomiast 2 ważyło powyżej 5,000 grm. Przy ciąży bliźniaczej również zauważono, że w jamie owodni z wielką ilością wód płodowych mieści się zwykle płód większy; z drugiej zaś strony z mniejszą ilością — płód niestosunkowo mniejszy. Wyniki te stara się autor zużytkować w celu wyszukania jakiegoś związku przyczynowego między tak znacznymi rozmiarami płodu, a ilością wód płodowych, związku, któryby tłómaczył może istotę nadmiernego potoku. Wszystkie dotychczasowe teorye o jego powstaniu nie wyjaśniają dostatecznie jego istoty. Autor zwrócił uwagę na kosmki łożyskowe i zauważył, że w przypadkach nadmiernego potoku są one rozwinięte nadzwyczaj silnie; ten nadmierny rozwój kosmków i całego łożyska mógłby wytłómaczyć z jednej strony wspomniany nadzwyczajny rozwój płodów, spowodowany zwiększonym dopływem krwi, z drugiej strony przez rozszerzenie naczyń łożyskowych na jego powierzchni płodowej mogłaby się dość często znaleźć sposobność do przepacania się (*transsudatio*), a więc i do wytworzenia wód płodowych. Nadto, co jest może ważniejsze, przez znaczny rozrost kosmków występuje zwężenie naczyń, co również mogłoby się przyczynić do znacznego nagromadzenia się wód. Tam, gdzie te kosmki rosną szybko i silnie, wytwarza się i to zwężenie naczyń w stosunkowo krótkim czasie; w ten sposób możnaby sobie wytłómaczyć powstanie ostrego nadmiaru potoku. Ponieważ u wieloródek kosmki już same przez się silniej się rozwijają, dlatego o wiele częściej spotykamy u nich nadmiar potoku. Autor sądzi, że w ten sposób możnaby najłatwiej wytłómaczyć równoczesne istnienie nadmiernego potoku z nadmierną wielkością płodu.

Dr. E. Ehrenpreis.

A. Zickelbach. **Wartość lecznicza bromapanu w padaczce.** (*Mag. Orv. Lap.* Nr. 5, 1903). Dobre wyniki, jakie ogłosili Toulose i Richet po stosowaniu ubogiej w chlor dyety u padaczkowych, skłoniły w Węgrzech R. Balinta do powtórzenia tego leczenia, jednak z pewnemi odmianami. Kazał on wypiekać chleb, który, zamiast solą kuchenną, solono bromkiem sodu; wyniki były podobne dobre. Z tego powodu zastosowano to leczenie w peszt. klinice lekarskiej prof. Kétlyego u 17-tu padaczkowych. Dyeta była mięszana: dużo mleka i pokarmów roślinnych, mało mięsa, a potrawy jak najmniej solone. Zamiast zwykłego chleba musieli chorzy spożywać bromapan (wypiekał aptekarz peszt. B. Hoffmann), solony, odpowiednio do wskazówek Balinta, wyłącznie bromkiem sodowym. Jeden bochenek ważył 100 grm. (1 grm. bromku sodowego). Dziennie 2—3 takich bochenków, więc 2—3 grm. dostawało się do ustroju. Chorzy chętnie jadali bromapan, który nie zdradzał się smakiem. Już po 10-ciu dniach wynik był dobry i im dłużej stosowano to leczenie, tem pewniej można było nań liczyć. Zmniejszała się tak liczba napadów, jak ich nasilenie, a po dłuższem leczeniu napady ustawały zupełnie. Równocześnie poprawiało się usposobienie. Bromapan nie psuł łaknienia, nie sprowadzał bólu głowy, przygnębienia, ani zatwardzenia. Z. twierdzi więc, iż podawanie bromapanu w połączeniu z dyetą ubogą w chlor daje w padaczce lepsze wyniki, niż wszystkie dotychczasowe sposoby leczenia. Jak długo te dobre wyniki trwać będą, nie może Z. jeszcze powiedzieć, gdyż doświadczenia obejmują tylko okres $1^1/_2$ roczny. Zdaje się jednak, iż wynik, choćby nie był trwały, w każdym razie dłużej się utrzyma, niż przy dyecie zwykłej, nie ubogiej w chlor.

Baschkopf.

Aronheim (Gevelsburg). **Czy plamki Koplika są w istocie wczesnym objawem odry?** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Z uwagi, że podczas epidemii odry miał autor sposobność spostrzegać 150 przypadków w najrozmaitszych okresach choroby, a przytem jedynie w 9-ciu przypadkach stwierdził plamki Koplika, pomimo, że szczególniejszą na to zwracał uwagę, wątpi Aronheim, czy objaw ten jest istotnie wczesnym zwiastunem odry. W każdym razie dopiero nader staranne spostrzeżenia powinny tę sprawę wyjaśnić tembardziej, ponieważ i Widowitz miał stwierdzić w niektórych wysypkowych sprawach pojawiające się czasami plamki Koplika; jeszcze więc rozstrzygające słowo w tym względzie nie padło.

Pisek (Podgórze-Kraków).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Placenta. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Wyciąg zwierzęcego łożyska stosowali liczni badacze w nieprawidłowym przebiegu połogu, przewlekłem zapaleniu macicy i niedokrewności w okresie pokwitania u kobiet. Obecnie Bouchacourt zaleca wyciąg z łożyska jako środek znakomicie pobudzający wytwarzanie mleka. Bardzo skuteczny lek można otrzymać z łożyska owiec, wyciskając sok ze świeżego, oczyszczonego i posiekanego tego narządu. Sok ten mięsza się z niewielką ilością fluorku amonowego i syropu i podaje w dawkach 1—2 grm. dziennie.

Dr. T. Ż.

Adrenalina. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902), Jest to najenergiczniejszy ze wszystkich znanych środków, działających ściągająco na naczynia. Kilka kropel 1—3‰ roztworu wystarcza, aby uczynić bezkrwawem ograniczone pole operacyjne. Benedict stosuje adrenalinę wewnętrznie (0·00025 grm.), jako środek pobudzający układ naczyniowy. Liczni autorowie polecają ten przetwór przeciw krwotokom płucnym, żołądkowym i innym w dawkach 10—25 do 50 kropel 1‰ rozczynu. W praktyce oftalmologicznej zyskała sobie adrenalina uznanie jako środek znieczulający i wywołujący miejscową niedokrewność. Cena tego przetworu wysoka; 0·01 grm. = około jednej korony.

Dr. T. Ż.

VII. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

(Ciąg dalszy).

Prof. Axenfeld (Freiburg). **Nawroty tarczy zastoinowej przy guzach mózgu; zanik nerwu ocznego i zaburzenia w miesiączkowaniu.** (Schülze, Oppenheim). Mowca opisuje szczegółowo przypadek mięsaka mózgu, w przebiegu którego tarcza zastoinowa, będąc przez pewien przeciąg czasu bardzo wyraźna, nagle znikła. Przyczyną zastoiny w tym przypadku, jak to udało się mowcy wykryć, był zakrzep w żyle. Co się tyczy przyczyny tarczy zastoinowej, to Axenfeld zwraca uwagę na fakt, że guzy, znajdujące się w skrzyżowaniu nn. wzrokowych, często nie wywołują tarczy zastoinowej. Z kolei omawia Axenfeld sprawę spółistnienia zaniku nerwu wzrokowego i zaburzeń w miesiączkowaniu. W piśmiennictwie można napotkać się z twierdzeniem, że zanik nerwu wzrokowego jest następstwem zaburzeń w miesiączkowaniu. Twierdzenie to uważa mowca za zupełnie mylne. Oba schorzenia bowiem są skutkiem przyczyny trzeciej, mianowicie guza mózgu jak o tem sam miał sposobność się przekonać w 4 przypadkach guzów mózgu, w których miały miejsce także i wspomniane zaburze-

nia. Ale nie wszystkie guzy mózgowe, — wywodzi autor, — prowadzą do zaburzeń w miesiączkowaniu: wywołują je — przedewszystkiem guzy, zajmujące przysadkę mózgową, która ma, jak sądzi autor, pewien związek z czynnością miesiączkowania, podobnie jak zachodzi bliższy związek między uszkodzeniem przysadki mózgowej, a akromegalią.

Prof. Fürstner (Strassburg). **W sprawie symptomatologii i operacyjnego leczenia guzów mózgu.** Prelegent zdaje sprawę z czterech przypadków guzów mózgu. We wszystkich czterech były te same objawy ogólne, mianowicie: bardzo silne bole głowy, zaburzenia wzroku (tarcza zastoinowa i osłabienie wzroku), zwolnione tętno i wymioty. Nadto, zależnie od umiejscowienia, były różne w poszczególnych przypadkach objawy miejscowe. Tak przedewszystkiem płynięcie z ucha lewego przy guzie, umiejscowionym w lewym płacie skroniowym, zaburzenia afazyjne, skłonność do dowcipkowania, porażenie prawej strony twarzy przy guzie w lewym płacie czołowym i t. d. We wszystkich 4-ch przypadkach mowca uznał operacyę za niezbędną, którą też wykonano. W żadnym z tych przypadków nie natrafiono na guz, a mimo to wynik operacyi był znakomity. Zejścia śmiertelnego z powodu operacyi nie było. Jeden pacyent umarł, ale z innej przyczyny. Trzej pozostali żyją, przybrali znacznie na wadze i pod względem funkcyi psychicznych tak czują się dobrze, że są w stanie najzupełniej spełniać swoje obowiązki domowe. Wobec tych wyników zaleca bardzo prelegent te operacye „paliatywne“ w niektórych przypadkach guzów mózgu. Co do tego, na jakiej drodze odbywa się ten wpływ dodatni zabiegów operacyjnych, mowca sądzi, że operacya prawdopodobnie wpływa na krążenie krwi w mózgu ze szkodą dla rozrostu guza. Co do szczegółów, dotyczących samej operacyi, Fürstner uznaje za nieuzasadnione liczne nakłócia próbne celem natrafienia na guz, tudzież poleca jak najszybciej pokrywać otwór trepanacyjny w kości, w celu uniknięcia przepuklin mózgowych, które łatwo powstają i mogą prowadzić do zakażenia. Wreszcie, opowiadając o jednej takiej przepuklinie, powstałej w przypadku mowcy, czyni on uwagę, że przepukliny, okryte powłokami mózgowemi, są tkliwe na dotyk tylko w okolicy brzegu kostnego, co naprowadza mowcę na przypuszczenie, że bole głowy pochodzą zapewne ze zmian w okostnej.

W dyskusyi podniesiono potrzebę szybkiego pokrywania otworu po operacyi, w celu uniknięcia zakażenia, tudzież jeden z mowców przytoczył przypadek, w którym guz przebił czaszkę, poczem zniknęły objawy chorobliwe, będące widocznie następstwem ucisku.

Dr. Bayerthal (Worms). **W sprawie operacyjnego leczenia kiły mózgu.** Od roku 1893 datuje się stosowanie metody operacyjnej w przypadkach guzów mózgu. Nieco później zaczęto operować w przypadkach kiły mózgu. W Niemczech, za przykładem zagranicy, dokonano w r. 1898 pierwszej opisanej operacyi w przypadku kiły. Do roku 1899 było wszystkich znanych z piśmiennictwa światowego 9 operacyi kiły mózgu. Mowca opowiada o jednym przypadku, operowanym w Niemczech przed r. 1898, t. j. w r. 1897. W przypadku tym, który dotąd nie został ogłoszony, nastąpiło również pewne polepszenie, zapewne, jak głosi teorya Kochera, dzięki zmniejszonemu ciśnieniu śródczaszkowemu. Mowca zaznacza wreszcie, że drgawki Jacksona zdarzają się nietylko przy usadowieniu się sprawy w okolicy ruchowej, ale także i przy zajęciu płatu czołowego, jak również części, znachodzących się poza okolicą ruchową; jest to ważna okoliczność dla oznaczenia ścisłego umiejscowienia zmiany, a przeto i dla wskazania operatorowi, w którem miejscu ma trepanować.

Dr. Rosenfeld (Strassburg). **O tarczy zastoinowej przy stwardnieniu rozsianem w mózgu.** Autorowie, którzy zajmowali się tą chorobą (Oppenheim, Bruns, Frank i t. d.), przyznają, że badanie wziernikowe w tem schorzeniu często daje ważne wyniki. Z tych najczęstszem jest stwierdzenie częściowego zaniku n. wzrokowego. Ale i całkowita tarcza zastoinowa miewa miejsce przy stwardnieniu rozsianem. Przypadek taki prelegent szerzej opowiedział. W piśmiennictwie zaś jest znany taki przypadek Brunsa. Fakt ten należy mieć na uwadze, gdy się ma rozpoznawać guz mózgu.

Prof. Gerhardt (Strassburg). **Wodogłowie u dorosłych.** Wodogłowie u osób dorosłych było już opisywane. Pojęcia wodogłowie i surowicze zapalenie opon mózgowych (Quincke) pozostają w bardzo bliskim związku ze sobą. Prelegent opowiada o 3 przypadkach wodogłowia, powstałego u osób starszych. W przypadku pierwszym wystąpiły nagle bole głowy, wymioty, zawroty, światłowstręt, tudzież tarcza zastoinowa. Objawy te pod wpływem wcierań rtęci ustąpiły. Ale po 3 miesiącach powróciły znowu; w dalszym ciągu napady te to pojawiały się, to znikały parokrotnie, aż doprowadziły do śmierci. W pierwszym rzędzie występowały bole głowy, potem zawroty, chód bezładny (bezład móżdżkowy) i tarcza zastoinowa). Sekcya wykazała wodogłowie, zgrubiałą wyściółkę komór mózgowych, a guza żadnego nie było. Przypadek ten zasługuje na uwagę ponieważ: 1) obecność tarczy zastoinowej nasuwała podejrzenie guza mózgu; 2) pod wpływem wcierań rtęciowych następowało polepszenie, a nawet tarcza zastoinowa znikła; 3) wreszcie ponieważ zaburzenia występowały napadowo, nagle. W przypadku drugim wodogłowia (sekcyi nie było) miał miejsce według prelegenta obrzęk przyrody naczynio-ruchowej. Przypadek trzeci dotyczył szesnastoletniego młodzieńca, który w 4-tym roku życia miał przebyć zapalenie opon. Zajmującą jest tu rzeczą, że w wiele lat po przebyciu tej ostrej choroby powstać mogło wodogłowie, a więc byłby pewien związek między postacią ostrą a przewlekłą zapalenia opon mózgowych.

Prof. Hoffmann (Heidelberg). **Przyczynek do nauki o chorobie Thomsena.** Mowca opowiada o dwóch przypadkach choroby Thomsena, które mowca ma w swem spostrzeganiu od dłuższego czasu. Objaw, występujący przy uścisku dłoni, charakterystyczne oddziaływanie na bodźce mechaniczne i elektryczne, nie pozostawiają najmniejszej wątpliwości co do rozpoznania. Prelegentowi udało się w obu przypadkach za zezwoleniem pacyentów wyciąć kawałki mięśni i poddać je badaniu drobnowidowemu, które wykazało zmiany, przypominające zmiany w nadmiernym rozroście postępowym mięśni (*dystrophia musculorum progressiva*), a mianowicie przerost włókien mięsnych obok zaniku, tudzież znaczne powiększenie liczby jąder. Mowca pokazuje odnośne preparaty. Nadto w obu przypadkach znalazł prelegent niewątpliwy zanik, jakby rozpłynięcie się substancyi mięsnej, począwszy od omięsnej. Opisane zmiany dowodzą niezbicie, że w chorobie Thomsena mięśnie są zajęte. Jaki zaś udział ma układ nerwowy, nie wiadomo. Ciekawy jest również stosunek choroby Thomsena do nadmiernego przerostu postępującego mięśni.

Dr. Buncke (Freiburg). **O badaniu źrenic w psychozach czynnościowych.** W badaniu stanu źrenic ważnem jest, jak wiadomo, stwierdzenie ich szerokości. Dotąd odbywało się to drogą podmiotowej oceny badającego, oczywiście niezbyt pewnej, szczególnie w przypadkach mało wybitnych. Dopiero Sommer w ostatnich czasach zrobił przyrząd do przedmiotowego mierzenia szerokości źrenic. Prelegent przedstawia zebranym inny przyrząd, służący do tego samego celu. Zasada tego przyrządu jest taka: Dzięki odpowiednio skośnie ustawionemu szkłu rzuca się na pole źrenicy obraz krzyża, umieszczonego w odpowiedniem miejscu przyrządu tak, aby obraz jego mógł być widziany na źrenicy. Ramiona tego krzyża mają podziałki milimetrowe, z których bezpośrednio odczytujemy szerokość źrenicy.

Prof. Aschaffenburg (Halle). **Równoznaczniki padaczki** (*Epileptische Equivalente*). Jeszcze w roku 1862 Hoffmann użył w jednej okolicznościowej publikacyi słowa „równoznacznik“ (Equivalent), tudzież wypowiedział zdanie, że może nie być drgawek, a już same równoznaczniki mogą wystarczyć do stwierdzenia padaczki. Myśl ta atoli nie przyjęła się odrazu. Na punkcie rozpoznawania padaczki panowało dalej zamięszanie, a nawet jeszcze dotąd nie osiągnięto jednozgodności. Jedni są zdania, że w padaczce najważniejszą cechą są drgawki, inni wyżej stawiają zawroty głowy. Mowca przed 15 laty zwrócił uwagę na twierdzenie Hoffmana i na podstawie 50 przypadków, spostrzeganych w klinice heidelberskiej, podkreślił znaczenie owych równoważników, które, jak mowca stwierdził, występowały w 78%. Fürstner, Wollenberg, Gaupp potwierdzili to samo.

Obecnie mowca zdaje sprawę z 44 przypadków, którym atoli daje przewagę nad przypadkami z kliniki heidelberskiej, gdyż w tej ostatniej, jak zresztą zwykle w klinice psychiatrycznej, przyjmowane bywają tylko cięższe przypadki z wybitnymi objawami umysłowymi. Obecne przypadki prelegenta nie pochodzą z takiego wyboru, a przeto przedstawiają lepszy materyał. Wśród tych 44 padaczkowych okazało się, że 1) 77% cierpi na napady zaburzeń w dziedzinie uczuć (*Verstimmung*), a więc mniej więcej taki sam odsetek, jak i w badaniach prelegenta.

2) 61% cierpi na zawroty głowy,

3) 45% zaś na napady drgawek.

Z tych liczb wynikałoby, że rozstroje uczuciowe (*Verstimmungen*) są najważniejszą cechą padaczki.

Oprócz tych uwag prelegent udziela zgromadzonym niektórych spostrzeżeń, jakie porobił podczas ostatnich swych badań nad padaczkowymi, mianowicie zauważył on często u cierpiących na padaczkę: pocenie się, bladość lub zaczerwienienie powłok skórnych, drżenie podobne do drżenia alkoholików, przyśpieszenie tętna często do 120, parę dni trwające objawy rwy kulszowej, tudzież rozwolnienie, występujące szczególnie w czasie rozstroju.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 sierpnia.

* Płonica jest chorobą zakaźną, której pierwsze przypadki najtrudniej odosobnić, a rozpoczynającą się epidemię zlokalizować: wszelkie usiłowania zarządu zdrowia pozostają bezskuteczne wobec społeczeństwa, które te usiłowania paraliżuje w rozmaity sposób: lżejsze przypadki, najczęściej przez nikogo nierozpoznane, pozostają zapoznane i nie dochodzą oczywiście do wiadomości fizykatu. Bezmyślna obawa przed szpitalem i niesumienna chęć posyłania reszty rodzeństwa do szkół, pomimo przypadku zakaźnej choroby w rodzinie, prowadzi do krętactwa i świadomego ukrywania przypadku płonicy, do czego przybywa jeszcze lekkomyślne zamiłowanie starszych pań do leczenia na własną rękę osutek zakaźnych u dzieci; dodajmy wreszcie do tego wszystkiego, że niższe warstwy społeczeństwa nie wierzą w przenoszenie się chorób zakaźnych z osoby na osobę, a jeszcze mniej mają zaufania do desinfekcyi, ograniczającej się nawet do prostej elementarnej czystości, — to łatwo pojmiemy, dla czego epidemia płonicy nie da się zagasić w początku i dla czego trwa tygodniami i miesiącami. W tem położeniu znalazł się Lwów, gdzie pomimo energicznego wystąpienia władzy sanitarnej miejskiej epidemia trwa kilka już tygodni, a chyba nawet się wzmaga, skoro fizyk miasta zażądał, wobec przepełnienia szpitala dzieci otworzenia baraków dla chorób epidemicznych, oraz wstrzymania do 15 września wpisów do szkół ludowych, wydziałowych i prywatnych, a wreszcie na jego wniosek Zarząd miasta postanowił odnieść się do Rady szkolnej krajowej, czy nie byłoby wskazanem odroczyć również do 15 września otwarcie niższych klas szkół średnich.

Kierownikiem i ordynaryuszem baraków zamianowany został Dr. B. Kielanowski.

Z powiatów również nadchodzą wiadomości o szerzeniu się płonicy; pojawiające się przypadki w Krakowie nie przekraczają dotąd zwyczajnej liczby o tej porze roku.

* Na międzynarodowy Kongres higieniczny, mający się odbyć w Brukseli od 2 do 6 września, wyjeżdża z Krakowa prof. Pareński, oraz Dr. Bier, udający się w charakterze delegata Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Sekcya II. Rady miasta Lwowa uchwaliła wysłać na ten Kongres, oraz na Wystawę miast w Dreźnie, fizyka miejskiego, Dr. Legeżyńskiego.

* D. 12. września b. r. odbędzie się w Wiedniu międzynarodowa wystawa zdrojowisk i miejsc kąpielowych lądowych i morskich.

* VIII. Kongres niemieckiego Towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Sarajewie 21—23 września b. r. Członkowie, którzy przeszlą przed 31 b. m. na ręce sekretarza Kongresu, Radcy zdrowia i prymaryusza L. Glücka, 50 koron, otrzymają bezpłatny bilet jazdy od Bośniackiego Brodu do Raguzy, wraz z pożywieniem podczas dni kongresu. Rząd Węgierski przyznał dla kongresistów zniżkę na kolei państwowej i podczas podróży morskiej z Raguzy.

* Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Kaczkowskiego przesłał Dr. Walsleben w imieniu krośnieńskiego komitetu szpitalnego 30 koron dla wdów i sierot po lekarzach do funduszu zapomogowego Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

* Wieść obiega, że miejsce zmarłego Gussenbauera zajmie prof. Hacker z Gracu.

* X-ty międzynarodowy Kongres oftalmologów odbędzie się 19—21 września 1904 r. w Lucernie. Wkładkę 20 marek należy przesłać do 1 maja 1904 r. na ręce prof. Mellingera w Bazylei.

* **Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa.** Tydzień XXXI (2—8—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 47, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 15 (zam.), z zapalenia płuc 4 (2 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 9 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Gerhardt — profesorem propedeutyki klinicznej w Erlandze. Doc. R. May — profesorem nadzwycz. polikliniki lekar. w Monachium.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Chalot, prof. chirurg. kliniki w Tuluzie. Dr. van der Lith b. profesor psychiatryi w Utrechcie. Dr. Wacław Kamiński — w Krasnymstawie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 33. Heiman: Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. Bychowski: Wybroczyny krwawe podczas napadu epileptycznego. Raszkes: Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (lipiec). Noiszewski: Wrażliwość mimoośna i powiekszenie klinowe. Wicherkiewicz: Przemijająca ślepota po chininie u dziecka.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Halpern: O albumozuryi doświadczalnej. Latkowski: O niezwykłej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach (dok.). Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 171 i 172. Carnot: Leczenie krwotoczne. (Z francuskiego przełożył Dr. Cyrkler).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 33. Kropáč: O gangrénách foudroyantnich (c. d.). Šimerka: Tussis hysterica. Jedlička: Případ komplikovaného nádoru ledviny, zhojený nefrektomii s resekci celého vystupujiciho tračniku.

— *La Presse médicale* Nr. 64. Hayem: Użycie i nadużycie leków w leczeniu chorób przewlekłych, w szczególności suchot płucnych. Morel i Dalous: Zastosowanie formolu do barwień histologicznych. Nr. 65. Sicard: Promienica skórna palca. Bentz: Kilka spostrzeżeń gośćca gruźliczego u dzieci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 33. Kausch: Znieczulenie w niedrożności jelit. Rommel: Przypadek t. zw. plamicy Henocha. Krause i Hartog: Podurowe zapalenie wola i wykazanie prątków durowych w zropiałem wolu. Mendel: Przypadek uciskowego zaniku nerwu wzrokowego wskutek guza na podstawie czaszki. Strauss: Epiduralne wstrzykiwanie przez nakłócie kanału krzyżowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Ehrmann: Liszaj części rodnych i bole w okolicy łonowej u płaskonogów. Schein: W sprawie powstawania łysiny. Felner: Cukrzyca w chirurgii. Kehr: Stanowisko słuszne (polemika).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 33. Fehling: Zapobieganie i leczenie gorączki połogowej. Fuchs: O olbrzymim wzroście noworodków i o porodzie późnym. Ewelt: Trzy przypadki mięsaka macicy. Gebele: Dziurawiące rany brzucha kłóte postrzałowe. Weber: Psychozy pod postacią rozprzężenia umysłowego. Welich: Krytyczne doświadczalne badania nad cuceniem serca w zwłokach zwierzęcych i ludzkich. Kaferstein: Alkoholizm a piwo. Ehrlich: Toksyna i antytoksyna.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 34. Opitz: Biochemia ciąży. Orłowski: Przyczynek do sprawy alkaliczności krwi. Schönwerth: Urazowy zawał przy podskórnem pęknięciu nerki. Heubner: Przypadek ogólnego pleśniawkowego zakażenia ustroju (dok.). Scholz: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena i światłem zogniskowanem. (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 5 Września 1903. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra. L. Rydygiera we Lwowie.

O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

Według wykładu na XIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Ignacy Zieliński,

c. i k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki.

Piśmiennictwo o ranach postrzałowych, zadanych kulą, bądź to z rewolweru, bądź też z karabinu, ogromnie się wzbogaciło w ostatnich zwłaszcza 15-tu latach dzięki badaniom nad działaniem coraz to nowszych systemów broni palnej i dzięki doświadczeniu, nabytemu na polach walki w ostatnich wojnach; — natomiast piśmiennictwo w zakresie ran postrzałowych, zadanych śrutem, pozostało ubogie.

Przyczyna tego zdaje się tkwić w tem, że zranienia te w porównaniu do zranień od kuli, rzadko bardzo się wydarzają; bo gdy z jednej strony wojny i coraz to bardziej — niestety — wzrastająca liczba samobójców dają nam obfity materyał do studyuowania ran od kuli, — to z drugiej strony przypadkowi tylko lub nieostrożności pojedynczych osobników zawdzięczać możemy, że uda nam się niekiedy spostrzegać ranę postrzałową śrutem.

Koerner[1]) zestawił z lipskiej kliniki od r. 1872—1879 tylko siedem, a Wagner[2]) z tejże samej kliniki w następnych 8 latach zebrał 11 takich ran — ogółem więc 18 ran postrzałowych śrutem w przeciągu lat 15. Wiemuth[3]) zaś opisał na 132 ran postrzałowych, leczonych w klinice prof. Bramanna w Halle od r. 1890—1898, tylko 15 ran pochodzących od śrutu.

W klinice lwowskiej leczonych było od czasu jej istnienia, t. j. od r. 1897, wraz z chorymi przychodnimi 19 ran postrzałowych, a między nimi było 5 ran zadanych śrutem.

Z polecenia szefa mego, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, zestawiłem ten materyał kliniczny i pozwolę sobie choć w krótkości przedstawić historye tych chorób, sądząc, że nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że w czasach, kiedy rana postrzałowa kulą uważaną jest przez chirurga za *noli me tangere*, zupełnie innego postępowania wymagają rany pochodzące od śrutu.

[1]) Körner: Ueber die in den letzten acht Jahren auf der chirurgischen Klinik zu Leipzig behandelten Schussverletzungen. Deut. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XII. pag. 525.

[2]) Wagner: Ueber Schussverletzungen im Frieden. Deut Zeitschr. f. Chirurg. Bd XXVIII. Hft. 3.

[3]) Wiemuth: Die Behandlung der Schussverletzungen Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 60. Hft. 2.

Rany od kuli nie przedstawiały w swym przebiegu nic nadzwyczajnego, — dlatego krótko tylko o nich wspomnę.

Ośm z nich dotyczyło klatki piersiowej, a między nimi były cztery z wybitnem zranieniem płuc, — cztery bez uszkodzenia wyraźnego narządów wewnętrznych, — wszystkie wyleczone bez ropienia pod opatrunkiem aseptycznym. Raz tylko wyjęto kulę, która tkwiła tuż pod skórą na żebrze, — zresztą rany nigdy nawet nie sondowano.

Jedna rana znajdowała się na szyi, — starano się kulę odszukać ze względu na blizkie sąsiedztwo wielkich naczyń i nerwów, — nie znaleziono jej jednak i ranę zaszyto następowo; — przebieg był aseptyczny, bezgorączkowy.

Raz kula ugodziła w staw ramieniowy, a że upośledziła ruchy i sprawiała choremu ból, więc ją wydobyto z główki kości ramieniowej, poczem ranę zagojono *per secundam* bez upośledzenia funkcyi kończyny.

Trzy rany znajdowały się w częściach miękkich uda. W jednym przypadku rana zagoiła się pod opatrunkiem aseptycznym w 8 dniach; na usilne jednak prośby chorego wydobyto następnie kulę z mięśni. W drugim przypadku kula, wszedłszy w przednią powierzchnię górnej części uda lewego, przebiła je skośnie w całej prawie grubości i utkwiła tuż pod skórą po stronie wewnętrznej uda. Skórę nacięto, kulę wydobyto, ranę zeszyto, a otwór wejścia kuli opatrzono aseptycznie. Obie rany wygoiły się bez ropienia w 8 dniach. Trzeci przypadek dotyczył chłopca 16-letniego, postrzelonego kulą floberta w udo lewe. W jednym z prowincyonalnych szpitali szukano kuli, lecz nadaremnie; rana się częściowo zagoiła, później jednak zrobił się ropień, który tamże nacięto, a gdy chory po 4 miesiącach zgłosił się do kliniki, w bliźnie znajdowała się jeszcze przetoka, z której ciągle wydobywała się kroplami ropa. Po rozszerzeniu długiem cięciem przetoki znaleziono między mięśniami jamę ropnia, a na jej dnie spłaszczoną kulę. — Jamę wyskrobano, kulę wyjęto, — ranę wytamponowano, a po 10 dniach chory opuścił klinikę z raną, pokrytą zdrową ziarniną.

Raz jeden kula ugodziła w udo tuż ponad stawem kolanowym. Ponieważ było podejrzenie, że utkwiła w dole podkolanowym, — gdzie przez ucisk na naczynia i nerwy mogła później wywołać ciężkie objawy, — a chora domagała się wyjęcia kuli, — zgodzono się na operacyę tem chętniej, że zachodziła obawa zakażenia, gdyż lekarz miejscowy zaraz po postrzale ranę sondował, rozszerzył ją i szukał kuli. Okazało się, że kula przeszła przez kłykieć zewnętrzny uda skośnie i z góry ku dołowi, następnie obsunęła się na podudzie i utkwiła na 9 cm. poniżej stawu między kością goleniową a piszczelą. Z trudnością tylko i po wykonaniu kilku cięć odszukano kulę, — ranę wytamponowano i gojono *per secundam intentionem*. Ropienie było dosyć znaczne,

chora jednak po 2 miesiącach opuściła klinikę bez wyraźnego upośledzenia w czynności stawu kolanowego.

W ostatnim wreszcie przypadku kula pistoletowa urwała prawie w całości czwarty palec ręki lewej, — po oczyszczeniu rana zagoiła się *per secundam int.*

Z pośród więc 14 ran od kuli, z których kilka było nawet ciężkich, — w dwóch tylko stwierdziliśmy ropienie i to w tych przypadkach, gdzie rana poprzednio była sondowaną przez lekarza w celu odszukania kuli. — Wszystkie inne rany goiły się bez ropienia. Raz tylko wydobyto kulę bez wyraźnego wskazania leczniczego, tylko dlatego, że chory i jego rodzina bardzo na to nalegali; — dwa razy znowu dlatego, że była tuż pod skórą i po jej nacięciu usunąć się dała bez żadnego ciężkiego zabiegu. W reszcie przypadków albo nie starano się wcale kuli odszukać i ranę leczono pod opatrunkiem aseptycznym (zaprószono jodoformem, przyłożono gazę wyjałowioną i przymocowano przylepcem), albo też wydobywano kulę z specyalnego wskazania, jak: blizkość dużych naczyń i nerwów, długotrwałe ropienia, ból i upośledzenie ruchów w stawie.

Inaczej zupełnie brzmią historye choroby osób postrzelonych **śrutem**, które też dokładniej nieco tutaj opiszemy:

1) *Z. R.*, lat 13, postrzelił się 25/IV 1902 r. w prawą stopę drobnym śrutem z flobertu, spuszczonego lufą ku dołowi. Ranę sondowano, włożono sączek z gazy i odesłano chorego do kliniki.

Stan obecny. Na grzbiecie stopy prawej owrzodzenie wielkości ziarna grochu o brzegach strzępiastych, obumarłych. Zgłębnik wchodzi głęboko, aż pod skórę podeszwy, — z głębi rany wydobywa się ropa brudna, cuchnąca; ciepłota 37.8. — D. 26/IV rozszerzono w uśpieniu ranę podłużnie, na podeszwie zrobiono nacięcie wylotowe, wydobyto nabój, a rano przepłókano i wytamponowano. Stan podgorączkowy trwał przez 3 dni, — poczem rana się oczyściła, a 7/V chorego przeznaczono do leczenia ambulatoryjnego.

2) *B. R.*, l. 30, został d. 25/I 1902 postrzelony z bezpośredniej odległości śrutem ze strzelby. Lekarz, do którego chorego przywieziono opatrzył ranę i przywiózł go zaraz do kliniki, gdzie stwierdzono w przednim lewym fałdzie pachowym ranę o brzegach szarpanych i dnie pokrytem brudną, cuchnącą masą. Z rany za uciskiem wydobywała się posokowata ciecz i cuchnące gazy. Obrzęk zajmował najbliższe otoczenie rany i rozciągał się na środkową część klatki piersiowej, lewy staw barkowy, ramię i przedramię lewe. Miejscami dało się wśród obrzęku wyczuć trzeszczenie pęcherzyków gazu. Stan bezgorączkowy, tętno 90. Ruchy w stawie barkowym zniesione. Serce i płuca bez zmian.

27/I. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięciem Hueter-Olliera odsłonięto główkę kości ramienionej lewej, która wraz z górną $^1/_3$ częścią kości ramieniowej okazała się strzaskaną, — a obok odłamków kości znaleziono ziarna śrutu i pakuły. Duże naczynia krwionośne i nerwy nie uszkodzone. Między mięśniami posokowaty naciek. Ranę rozszerzono, przecięto m. piersiowy duży, przepłókano ranę rozczynem nadtlenku wodoru i wytamponowano gazą jodoformową. Wieczorem tętno nitkowate. Podano wino, kamforę, eter.

Drugiego dnia (28/I) mimo kamfory, kofeiny, hipodermoklizy, nastąpił w południe zgon. Jako przyczynę śmierci sekcya wykazała ogólną posocznicę, a badanie bakteryologiczne ropy laseczniki obrzęku złośliwego (*oedema malignum*).

3) *S. K.*, l. 56, postrzelony z strzelby śrutem nr. 6, d. 7/X 1902, z odległości 3 kroków. Zaopatrzony przez lekarza i odesłany drugiego dnia do kliniki, przy badaniu okazywał raniony w okolicy łopatki prawej ubytek w skórze nieco większy od korony o brzegach ostro ciętych. — Skóra w obwodzie zaczerwieniona, dno owrzodzenia pokryte strzępami obumarłymi, — za uciskiem wydobywa się z głębi płyn posokowaty, cuchnący. Cała okolica barku i łopatki obrzękła poduszkowato, ponad obrzękiem chełbotanie. Płuca i serce bez zmian. Ciepłota rano drugiego dnia 38·1.

Dnia 8/X w uśpieniu chloroformowem zrobiono cięcie 15 ctm. długie przez skórę i mięśnie aż w głąb do łopatki, od rany ku barkowi. Z pośród mięśni wydobyto ziarna śrutu i pakuły, usunięto też kawałki strzaskanej na kilka części przy wewnętrznym brzegu łopatki. Ranę przemyto i wytamponowano. Przy codziennej zmianie opatrunku wydobywano jeszcze kilka razy ziarna śrutu, przybitkę i kawałki oddzielających się kości. Chory przez 8 dni gorączkował; z początku był tak osłabiony, że musiano podawać leki podniecające, — wreszcie zaczął nabierać sił, rana się oczyściła, a po 45 dniowym pobycie w klinice chorego wypisano i przeznaczono do ambulatoryjnego leczenia.

4) *F. K.*, leśniczy, lat 60, przyjęty został do kliniki 14/X 1902 z powodu przetok na udzie prawem po ranie postrzałowej, zadanej przed 2 laty. Dzięki uprzejmości Kol. Doc. A. Gabryszewskiego, który chorego miał wówczas w swej opiece, mogę podać dokładny przebieg choroby. W grudniu 1900 r. został chory postrzelony na polowaniu śrutem z odległości 3 kroków. Cały nabój wraz z przybitką i kawałkami poszarpanych futrzanych spodni, które chory miał na sobie, dostał się do rany. Rana była wielkości florena o brzegach poszarpanych, a z niej już drugiego dnia wydobywała się cuchnąca ropa. Ranę rozszerzono, oczyszczono, — zrobiono nacięcie wylotowe, — chory jednak mimo to przez kilka dni wysoko gorączkował, majaczył i przedstawiał obraz ogólnego zakażenia; rana ciągle ropiała, ropa mimo kilkakrotnych długich nacięć opuszczała się w różnych kierunkach między mięśniami uda. Dopiero wstrzyknięcie surowicy przeciw paciorkowcowej Marmorka uratowało chorego, który po kilku tygodniach wyzdrowiał; — pozostały mu jednak 4 małe przetoki, które na klinice rozszerzono, wyskrobano i wyjęto z nich kilka ziarnek śrutów, — poczem się zagoiły.

5) *O. I.*, lat 29. — D. 4/I 1903 r., strzelając do jastrzębia, — został wskutek pęknięcia lufy ugodzony całym nabojem śrutu w lewą rękę. Drugiego dnia przywieziony do kliniki, przedstawiał następujący obraz: Na ręce lewej kciuk trzyma się tylko na ścięgnach mięśni wyprostnych; śródręcze *(metacarpus)* jest w okolicy podstawy ostro przełamane. Cała okolica brzuśca dłoniowego (*thenar*) po stronie dłoniowej zajęta jest raną szarpaną, pozbawiona niemal w całości skóry. Między palcem wskazującym, a środkowym, znajduje się rana głęboko się wcinająca. Rany pokryte brudnymi, obumarłymi, cuchnącymi strzępami. W okolicy ran obrzęk, sięgający powyżej stawu nadgarstkowego, bolesność i zaczerwienienie skóry. Ciepłota 39·2. Narządy wewnętrzne bez zmian.

7/I. W uśpieniu chloroformowem zrobiono nacięcie po stronie grzbietowej ręki od kąta rany ku górze nad staw nadgarstkowy. Skóra wszędzie obrzękła, tkanka podskórna galaretowata. Na wysokości 5 ctm. ponad stawem natrafiono na ognisko ropne, w którem znajdowało się ścięgno m. prostującego długiego kciuka, które po przerwaniu się cofnęło. — Wszystkie pochewki ścięgniste otworzono, wycięto obumarłe części i założono opatrunek wilgotny.

10/I. Odjęto jeszcze palec wskazujący, który uległ obumarciu.

Chory przez 8 dni gorączkował, ciepłota dochodziła wieczorem do 39·6, po tym czasie rana powoli się oczyściła, — a po 2-miesięcznym pobycie wypisano chorego z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Do tych 5 opisów dodam jeszcze dwa użyczone mi uprzejmie przez Radcę Dworu Rydygiera z prywatnej jego kliniki w Chełmnie.

W jednym był staw barkowy postrzelony z bliska śrutem, a już trzeciego dnia, gdy chorego przywieziono, znaleziono ostry proces gnilny z odmą podskórną w otoczeniu rany. Po wykonaniu resekcyi w stawie nastąpiło powoli wyleczenie z małą ruchomością czynną.

W drugim przypadku była rana postrzałowa w usta; język był poszarpany, wyrostek zębowy strzaskany, ciągłość żuchwy utrzymana, warga dolna zmiażdżona, kilka śrucin znajdowało się w podniebieniu twardem. Po oczyszczeniu rany i wytamponowaniu gazą jodoformową rana powoli się wygoiła, wargę w późniejszym okresie zaszyto. Chory gorączkował przez długi czas — ciepłota dochodziła wieczorem do 38·9. (C. d. n.)

II. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

Po przedstawieniu w poprzednich rozprawach różnych form afazyi przystępujemy obecnie do zastanowienia się nad 3-ciem pytaniem, mianowicie: „gdzie się mieszczą te zmiany, które stanowią przyczynę znanych nam już postaci afazyi?“ Odpowiedź na to pytanie prowadzi nas do nauki o lokalizacyi czynności mózgowych. Rozglądając się w anatomii ośrodków mowy pod względem ich umiejscowienia w mózgu, musimy podnieść ciekawy szczegół historyczny, że przed blizko 40 laty panowała jeszcze nauka Flourensa o równowartościowem znaczeniu poszczególnych części mózgu i o fizyologicznej jego jednostce (niepodzielności). Według tej nauki uważano korę mózgową jako masę jednolitą zarówno pod względem budowy, jako też i czynności Na podstawie swoich doświadczeń, wykazujących, że po ubytku niektórych części mózgu nie było żadnych zaburzeń następowych, sądził Flourens (1842 r.), że wszystkie części mózgu są zdolne do tych samych czynności i mogą się wzajemnie zastępować. Zdolność tę zastępowania się nazwał Vulpius „*loi de suppleance*“. Prawa tego później nie obalono, ale znacznie ograniczono. Dopiero poszukiwania Gratioleta (1854) ustaliły stosunki postaciowe powierzchni mózgowej człowieka i umożebniły dokładniejsze określenie topograficzne zmian chorobowych, będące zasługą Broca. Badacz ten był (1862) jeden z pierwszych, który położył fundament pod całą naukę o lokalizacyi mózgu, mianowicie gdy mu się udało wykazać, że w dolnym lewym zwoju czołowym znajduje się miejsce, którego uszkodzenie wywołuje niezdolność mówienia. Później Hughlings Jackson opisał padaczkę pochodzenia korowego; po nim Fritsch i Hitzig (1870) wzmocnili podstawy nauki o lokalizacyi mózgu, wykazując swojemi doświadczeniami na zwierzętach, że drażnienie elektryczne pewnych ograniczonych części mózgu wywołuje ruchy w pewnych częściach ciała na obwodzie. Hitzig na podstawie swoich doświadczeń doszedł do twierdzenia, że kora mózgowa składa się z 2-ch różnych obszarów: czuciowego i ruchowego i że tylko w obrębie takiego obszaru zastąpienie wzajemne jednych części przez drugie jest możebnem; dalej, że w przednich częściach mózgu znajdują się ograniczone miejsca dla ruchów różnych członków ciała. Tak więc w ostatnich latach badania anatomiczne (Meynerta, Flechsiga i in.), oraz fizyologiczne (Ferriera, Munka, Goltza i in.), wreszcie spostrzeżenia kliniczne (Charcota, Nothnagla, Huglings Jacksona, Wernickego, Kahler-Picka i in.) przyczyniły się do wyświetlenia tego ciemnego, a zarazem ciekawego i ważnego obszaru i doprowadziły do tego, że obecnie możemy odnieść pewne czynności w ustroju do pewnych ograniczonych części mózgu. Aczkolwiek przyznać musimy, że pierwotnie prawdopodobnie każda część mózgu zdolną jest do wszelkiej czynności, to jednak później w miarę rozwoju psychicznego następuje podział pracy tak, że każda czynność związana jest z odrębnym obszarem mózgu. Naukę zatem o tym topograficznym podziale pracy nazywamy nauką o lokalizacyi mózgu

Wiemy obecnie, że czynność psychiczna umieszczona jest w pewnych komórkach zwojowych kory mózgowej i że dla każdej czynności przeznaczonem jest pewne miejsce środkowe, niby stolica obwodu czynnościowego, którego zniszczenie powoduje zniesienie tej funkcyi. W ten sposób powstało pojęcie o chorobie ogniskowej (Griesinger). Ośrodki te połączone są z jednej strony z obwodem ciała i z narządami zmysłowymi i ruchowymi przez tak zw. włókna rzutowe, z drugiej zaś łączą się między sobą przez pośrednictwo włókien, które według Meynerta nazywano włóknami kojarzennemi (asocyacyjnemi). Tymi pierwszymi szlakami wrażenia zmysłowe dochodzą ze swiata zewnętrznego do kory mózgowej, gdzie zapomocą dróg asocyacyjnych kojarzą się i wytwarzają pojęcia. Suma tych wszystkich pojęć stanowi świadomość Każdy bodziec zewnętrzny, doszedłszy drogą narządów zmysłowych do mózgu, zostawia w nim obraz pamięciowy, wyobrażeniowy, który się tu w miarę powtarzania się wrażenia ustala i może później być wywołany nawet bez ponownego zadziałania bodźca zewnętrznego; w ten sposób tworzy się suma obrazów pamięciowych zmysłowych. W podobny sposób także ruchy naszego ciała wywołują wyobrażenia pamięciowe czuciowe i obrazy ruchowe.

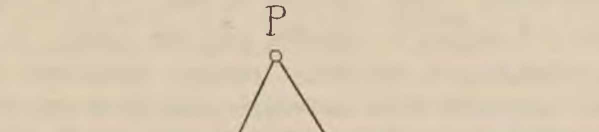
Poszukiwania nad psychologią mózgu mają właśnie za cel poznanie wszystkich tych ośrodków, szlaków i torów, które służą sprawom duchowym, ich czynności, biegu, połączeń i zakończeń w ośrodkowym układzie nerwowym. Aczkolwiek dalecy jeszcze jesteśmy od celu, od dokładnego poznania tych spraw, to jednakże przyznać należy, że w jednej przynajmniej dziedzinie znaczny zrobiliśmy postęp. Dzięki badaniom wielu uczonych, jak Daxów, Broca, Meynert i in. udało się przynajmniej czynność mowy dokładniej w tym względzie poznać i zgłębić.

Meynert dzieli całe mózgowie na 2 główne części różnego pod względem czynnościowym znaczenia, a mianowicie: 1) na część psychoruchową, anatomicznie czołową, t. j. przednio-górną część mózgowia z bruzdą Rolanda — i 2) część psychoczuciową, t. j. potyliczno-skroniową. Pierwsza mieści w sobie czynność duchową i wyobrażenia ruchowe, druga obrazy pamięciowe i zmysłowe. Pierwsza łączy się z mięśniami i nerwami ruchowymi, druga z nerwami zmysłów. Obrazy pamięciowe zmysłowe i wyobrażenia ruchowe są ze sobą połączone nerwami kojarzącymi. Co się tyczy mowy w szczególności, to czynność ta musi być połączona z całym obszarem wyobrażeń, a zajmować ogromną sferę kojarzenną, cały obszar korowy. Prawdopodobnie akt myślenia odbywa się w całej korze, aczkolwiek pojedyncze wyobrażenia mogą się mieścić w poszczególnych polach zmysłowych.

Za ojca pomysłu o lokalizacyi mowy właściwie uważać należy Galla, którego osławiona nauka „frenologia“ i „kranioskopia“ bodaj czy nie zbyt pochopnie została porzuconą i ośmieszoną, gdyż on to odróżnił zmysł słowa i zmysł mowy. Później Bouillaud oddzielił tworzenie słów wewnętrznych od tworzenia słów zewnętrznych; te ostatnie, kierowane według niego przez „*principe legislateur de la parole*“, umieścił w przednich płatach mózgowia. Daxowie, ojciec (1836) i syn (1863), stwierdzili i wykazali stałą jednoczesność i wzajemną zależność porażenia połowiczego strony prawej z upośledzeniem mowy, które oni pierwsi odnieśli do zmian w lewej tylko półkuli. Nauka ta, dłuższy czas zażarcie zwalczana i wyśmiewana (zaliczana do osławionej „frenologii“

i „kranioskopii“), w końcu wyszła z walki zwycięzko, gdy dawny jej przeciwnik Broca sam się do niej przyznał, pierwszy ją ujął w pewną formę i dokładnie określił w słowach, że całość trzeciego, a może i drugiego, zwoju czołowego jest niezbędną dla rozwoju i zdolności mowy artykulowanej. On pierwszy odkrył i dowiódł (r. 1862) istnienia ośrodka ruchowego mowy w tylnej części 3-go zwoju czołowego lewego, jako miejsca, w którem pojęcia i myśli przemieniają się w słowa i którego zniszczenie wywołuje ruchowe zaburzenie mowy. Przed Broca nie tylko anatomia mózgu nie była dokładnie znaną, gdyż on pierwszy wykonał topograficzny opis uszkodzeń mózgu, ale także opisy zaburzeń mowy były bardzo niedokładne tak, że nie odróżniano jeszcze jąkania od bełkotania, afazyi od anartryi i t. p. To ostatnie odróżnienie jest zasługą Leydena (1867). Później wyraził Broca przypuszczenie, że pierwszeństwo lewej półkuli pod względem mowy stoi w związku z przeważnem używaniem prawej ręki u prawaków i tem też tłómaczy, że przy wrodzonym braku 3-go lewego zwoju czołowego mowa jest możebną tylko przy pomocy półkuli prawej, jak u mańkutów. Prawactwo zaś tłómaczy wcześniejszym rozwojem lewej półkuli i nazywa prawaków „droitiers“, co jest równoznaczące z „gauchers du cerveau“.

Tak więc dzięki odkryciu Broca wiemy, że ośrodek *m* (Rys. 1), przedstawiający ogniwo początkowe dla dróg



inerwujących, przeznaczonych dla mięśni mowy i którego uszkodzenie powoduje zaburzenia artykulacyi mowy, znajduje się w tylnej części 3-go lewego zwoju czołowego, które to miejsce nazwano przez to ośrodkiem mowy Broca (*Brocasches Sprachcentrum*) Ross i Lichtheim dawniej, a w nowszym czasie Sachs, wyrazili zdanie, że ośrodek Broca jest także ośrodkiem dla ruchów warg i języka wogóle, zatem nawet dla ruchów, nie służących mowie; spostrzeżenia kliniczne jednak temu przeczą, gdyż nieraz mimo afazyi ruchowej ruchomość tych narządów, z wyjątkiem dla mowy, okazuje się nietkniętą, chyba w rzadkich przypadkach, gdzie lekki ich niedowład po stronie przeciwnej wywołany został przez ucisk skutkiem działania z oddalenia *(Fernwirkung)* znajdującego się w sąsiedztwie ogniska. Natomiast nierzadko ognisko rozleglejsze w tem miejscu może obok ruchowej afazyi korowej spowodować porażenie połowicze strony prawej, co się łatwo tłómaczy sąsiedztwem ruchowych ośrodków ogólnych w płacie czołowym.

Hughlings Jackson przyjmuje w trzecim zwoju czołowym prawym osobny ośrodek ruchowy dla mowy nastrojowej *(Affectsprache)*, wyrażającej chwilowy nastrój, dla wyrazów podziwu, strachu itp., a tylko mowa intellektualna przywiązana jest do półkuli lewej. Tem też chce on tłómaczyć przypadki, w których mimo zniszczenia ośrodka Broca, wykrzykniki i mowa, wyrażająca wzruszenia *(emotionelle Sprachäusserungen)*, jest możebna.

W kilkanaście lat później, w roku 1879, Wernicke położył ważne zasługi na tem polu, dowodząc, że uszkodzeniu pewnych części 1-go zwoju skroniowego lewego towarzyszą objawy, cechujące się tem, że taki chory słyszy wprawdzie dźwięki, lecz słów nie rozumie. Wernicke lokalizuje ośrodek pamięciowy dla wrażeń słuchowych w pierwszym górnym zwoju skroniowym lewym, mieszczącym zakończenia mózgowe nerwów słuchowych, i nazywa miejsce to (w rys. przes *s* zaznaczone) ośrodkiem dla obrazów dźwiękowych *(Klangbildcentrum)*. Późniejsze spostrzeżenia jego i innych autorów (Kahler, Pick i inni), oraz szereg wykonanych sekcyi i badań doświadczalnych (Ferrier) zdanie to potwierdziły. Zaburzenia mowy, wywołane przez uszkodzenie tego miejsca, opisał Wernicke pod nazwą afazyi czuciowej (afazyi sensorycznej, *Worttaubheit*, Kussmaul). Lucian, Sepilli, Allen Star stwierdzili lokalizacyę tego ogniska chorobowego w blizko 80 przypadkach opisywanej formy afazyi. Zachodzi jednakże wątpliwość, czy to miejsce ośrodkowe rozciąga się na zwój średni skroniowy, za czem zdają się przemawiać niektóre badania pośmiertne. Dalej jest to jeszcze rzeczą sprzeczną, czy ośrodek Wernickego jest przeznaczony dla przyjęcia wrażeń słuchowych wogóle i mieści w sobie wszystkie zakończenia nerwów słuchowych, czy zaś przyjmuje tylko część tych zakończeń i służy tylko dla pojęcia mowy, wyrazów, jako ośrodek wyobrażeniowy, albo pamięciowy, podczas gdy ośrodek słuchowy, ogólnie spostrzeżeniowy, znajduje się w innem miejscu (Ziehen).

Doświadczenia Munka na psach wykazały, że po wycięciu powierzchownej części kory lewego płatu skroniowego pies wprawdzie oddziaływa na wrażenia słuchowe, ale zapomina ich znaczenia, t. j. powstaje u niego głuchota duchowa; zaś po wycięciu większej części sfery słuchowej następuje zupełna niewrażliwość słuchowa, t. j. głuchota korowa.

Naunyn zestawił 71 historyj chorób, w których badania pośmiertne wykazały uszkodzenia w zwojach mózgowych, lub bezpośrednio pod nimi. W 24 przypadkach, w których za życia były objawy afazyi czysto ruchowej, zajęty był zwój Broca; w 18 zaś afazyi czysto czuciowej zmiany były w zwoju Wernickego.

Te dwa ośrodki są oddzielone od siebie przez bruzdę Sylwiusza. Wernicke dowiódł dalej, że połączenie ich, to jest droga pośrednicząca *s—m*, stanowiąca łuk psychiczny między częścią skroniową, czuciową mowy, a czołową, t. j. ruchową, ciągnie przez wyspę Reila i zaburzenia mowy

powstałe skutkiem uszkodzenia tej drogi, opisał pod nazwą *Leistungsaphasie* (afazya z przewodnictwa, *Inselaphasie* Lichtheima); zdaniem Flechsiga (p. niżej) wyspa ta przedstawia ośrodek, łączący w jedną całość wszystkie przy mowie biorące udział pola korowe, ruchowe i czuciowe.

Szlak dośrodkowy, czuciowy *a—s*, t. j. idący od obwodowego narządu słuchowego do kory mózgowej, rozpada się na trzy drogi: pierwsza bierze początek od obwodowego rozgałęzienia nerwu słuchowego w błędniku i ciągnie się wzdłuż nerwu ślimakowego do jąder słuchowych w rdzeniu przedłużonym: *tuberculum acusticum laterale* i *nucleus acusticus ventralis*. Druga przebiega od tych jąder przez włókna t. zw. *striae acusticae* i przez *corpus trapezoides*, przekracza po większej części linię środkową, przechodzi na drugą stronę i kończy się w ciałku kolankowem wewnętrznem *(corpus geniculatum internum)*, oraz w ciele czworaczem tylnem, które przedstawia drugorzędne ośrodki toru słuchowego. Trzeci odcinek drogi tworzą włókna, łączące te ośrodki z korą I-go i II-go zwoju skroniowego tejsamej strony, ciągnące się przez torebkę wewnętrzną *(capsula interna)*, droga trzeciego rzędu. Przy sekcyi osoby z głuchotą wrodzoną znalazł Strohmayer (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1901), zmiany zanikowe i rozwojowe w całej sferze słuchowej, a więc w ciele kolankowatem wewnętrznem, w ciele czworaczem tylnem i w pierwszym zwoju skroniowym; w tym ostatnim zmiany tyczyły się czwartej warstwy korowej całego zwoju, której małe wielobiegunowe i ziarenkowe komórki *(multipolare und Körnerzellen)* mają być według Golgiego natury czuciowej.

Przerwanie tej drogi dośrodkowej między *a—s* powoduje według Wernickego, Lichtheima objawy afazyi czuciowej, podkorowej. Objawy tej formy afazyi, wywołane przez zmiany w różnych punktach tej drogi i nawet skutkiem choroby usznej, są tak do siebie podobne, że trudno w danym przypadku orzec, w którem miejscu jest siedziba uszkodzenia. Lichtheim lokalizuje w tej formie ognisko chorobowe w warstwie rdzeniowej lewej półkuli; Freund i Pick w obu polach słuchowych; Freund zaś i inni sądzą, że tesame objawy, t. zw. *Sprachtaubheit*, mogą być wynikiem zmian i zewnątrzmózgowych. „*Die veranlassende Laesion ist nicht an eine bestimmte Stelle der verschiedenen Abschnitte der Hörbahn gebunden, sie kann im Gehirne im Acusticusstamme, im Labyrinthe, unter Umständen im Mittelohre localisiert sein und den gleichen Funktionsausfall verursachen*“ (Freund). Cechę ściślejszej lokalizacyi afazya ta nabywa dopiero przez równocześnie istniejące i od miejsca zajętego zależne inne objawy. W rzeczy samej znane są przypadki głuchoty wyrazowej przy zmianach w innych częściach mózgu, np. w torebce wewnętrznej, albo w *claustrum*.

Urbantschitsch opisuje afazyę czuciową przy niedosłyszeniu pochodzenia usznego, polegającą na braku skojarzenia słyszanych zgłosek do całych wyrazów. Bleuler wykazał, że głuchotę wyrazową niekoniecznie należy odnosić do uszkodzenia ośrodkowego. Pick natomiast sądzi, że czynność słuchowa w różnych stacyach neuronów słuchowych nie jest równą, lecz im wyżej, tem coraz więcej rozwiniętą i zawikłaną; odróżnienie zaś miejsca uszkodzenia w obrębie tej drogi na razie jeszcze trudne, lecz stanie się z czasem możebnem, w miarę dokładniejszego zbadania objawów w odnośnych i różnie umiejscowionych chorobach. Jak na teraz odróżnienie to polegać musi na objawach towarzyszących, zależnych od miejsca uszkodzenia. Ziehl odróżnia głuchotę mowy, spowodowaną przez chorobę uszną, przy której chory może jeszcze niektóre słowa rozumieć i powtarzać, od afazyi czuciowej podkorowej, przy której chory nigdy żadnego słowa ani rozumieć, ani powtórzyć nie potrafi. Prócz tego i objawy towarzyszące (ze strony ucha, względnie ze strony układu nerwowego) są różne. Podobnie utrzymuje Ołtuszewski. Inni, jak Bezold, odróżniają głuchotę mowy pochodzenia obwodowego (z błędnika), gdzie chory wogóle źle słyszy *(Sprachtaubheit)* od głuchoty wyrazowej *(Worttaubheit)* pochodzenia ośrodkowego, przy której chory słyszy wyrazy, lecz ich znaczenia nie rozumie. Badanie ciągłym szeregiem tonów *(continuirliche Tonreihe)* daje wskazówki dla odróżnienia głuchoty wyrazowej czysto ośrodkowej, od głuchoty obwodowej. Istniejące luki tonów w percepcyi i niedość długo trwająca percepcya usprawiedliwiają przypuszczenie, że głuchota wyrazowa w danym razie pochodzi od zmian obwodowych w ślimaku itp. (Liepman).

Na podstawie porównania objawów klinicznych z wynikami badań sekcyjnych przyjmuje Pick następujący stosunek między różnemi formami afazyi czuciowej, a dotyczącemi zmianami miejscowemi.

1) Częściowe uszkodzenie lewostronnego słuchowego ośrodka wyrazowego *(Wortcentrum)*, t. zw. afazya czuciowa pozakorowa.

2) Całkowite uszkodzenie ośrodka słuchowego wyrazowego, afazya czuciowa korowa.

3) Częściowe uszkodzenie obustronnych ośrodków słuchowych, t. zw. afazya czuciowa podkorowa.

4) Całkowite uszkodzenie obustronnych ośrodków słuchowych, głuchota korowa.

Podobnie wyraża się Vergauth: pierwotną podstawą anatomiczną czystej głuchoty wyrazowej jest zanik pierwszego zwoju skroniowego, który szczególnie przy przystąpieniu czynnika drugorzędnego (toksycznego, zboczeń w krążeniu krwi) daje powód do powstania tego objawu. Ziehen znów przyjmuje osobny ośrodek spostrzeżeniowy w korze dla wszystkich wrażeń słuchowych *(H. w szemacie* Ziehena p. „Przegl. lek.“ 1903. Nr. 4. str. 49, fig. VII)., który z jednej strony jest w bezpośredniem połączeniu z rozgałęzieniami nerwu słuchowego, z drugiej z ośrodkiem pamięciowym, czyli wyobrażeniowym Wernickego *(s)*, podobnie jak to Munk przyjmuje dla ośrodków wzrokowych (p. niżej). Przerwanie drogi między ośrodkami *H—s* jest według Ziehena powodem afazyi czuciowej podkorowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Z kolei opiszę mechanizm 3-go okresu, który najwięcej przypomina ryciny podane przez Schultzego, odnoszące się do 3-go okresu (Wandtafeln zur Schw. u. Gebts.-Kunde 7. XVI).

Rozpocznę od opisu przebiegu klinicznego przypadków, najwięcej różniących się od wyżej opisanego mechanizmu

prawidłowego. W przypadkach tych, badając kobietę wewnętrznie tuż po urodzeniu się dziecka i wylaniu wód następujących, stwierdzamy: trzon i dno macicy przedstawiają opór duży, o powierzchni gładkiej, miernie twardej, o kształcie znacznie odbiegającym od kształtów macicy pierwszych chwil połogu, albowiem w najwybitniejszych przypadkach opór ten jest owalem poprzecznie położonym, w mniej wybitnych zaś oporem kulistym ze spłaszczoną przednią powierzchnią. Wysokość dna sięga na 3—4 palce nad pępkiem, pierścień skurczowy przebiega poprzecznie 3 palce nad spojeniem łonowem, boki na dłoń przeszło po obu stronach linii białej. Między udami kobiety napina się pępowina, sina z powodu żyły pępowinowej, energicznie krwią wydętej. Przy lekkiem trącaniu trzonu macicy wywołujemy w żyle fałszywe tętnienie, przy lekkiem zaś obniżaniu trzonu wysuwa się pępowina, aby po zwolnieniu nacisku cofnąć się. Krwawienia ze sromu niema.

Badanie wewnętrzne, uskutecznione tuż po załatwieniu się z badaniem zewnętrznem, a więc w jakie $1^1/_2$ minuty, wykazuje popłód wypuklony kulisto w całkowicie rozwartem ujściu zewnętrznem macicy. Pozostawiając dalszy przebieg naturze, spostrzegamy, że kobieta po kilku minutach odczuwa prężenie dołem, zaczyna przeć odruchowo, przyczem zaczyna lekko krwawić, a popłód ukazuje się w szparze sromowej. Wśród następnego parcia, łożysko wraz z krwiakiem, otulone najzupełniej błonami, wypada naraz ze szpary sromowej; za popłodem wylewa się nieco krwi z części rodnych, a trzon i dno macicy przybierają kształt macicy połogowej i opadają na 2 palce poniżej pępka. Krótko mówiąc, przypadki tu opisane mają nadzwyczaj szybki przebieg, bo 3-ci okres kończy się w przeciągu kilka minut siłami natury, bez wszelkiej pomocy lekarskiej.

Najciekawsze jest w tych przypadkach ułożenie wzajemne błon i łożyska względem siebie. Popłód, wraz z krwiakiem stanowiący jedną masę, najłatwiej możemy rozwikłać celem zbadania ułożenia wzajemnego składników, kierując się pępowiną. Pępowina wychodzi z otworu, który powstał po pęknięciu pęcherza płodowego. Cała powierzchnia owodniowa łożyska, oraz początek pępowiny, otulone są wygładzonemi błonami. Powierzchnia matczyna łożyska natomiast, przymocowane do niej skrzepy krwi oraz krew płynna krwiaka, okryte są najdokładniej zdwojeniem błon. Jeżeli, kierując się pępowiną, worek płodowy bardzo delikatnie rozwikłamy tak, że możemy obejrzeć powierzchnię owodniową łożyska, oraz wnętrze błon, przekonywamy się, że błony w zdwojeniu pozawijane są w fałdziki identyczne tak co do kształtu, jak i szerokości z tymi fałdami, jakie spostrzegałem na macicy wyciętej wraz z popłodem przy sposobności cięcia cesarskiego metodą Porra. Dalej spostrzegać można, że fałdy te błon bezpośrednio przechodzą w sfałdowanie, jakie widzimy na powierzchni owodniowej brzegów łożyska. Stwierdzenie tych faktów jest bardzo ważne, dowodzi bowiem niezbicie, iż sfałdowanie powierzchni owodniowej popłodu, przyczepionego do powierzchni wewnętrznej macicy skurczonej, nie jest czemś przypadkowem, ale występuje stale według pewnych fizycznie określić się dających prawideł. Dalej dowodzi, iż sfałdowanie i nierówności powierzchni owodniowej łożyska, jakie spostrzegamy na łożyskach, urodzonych także w innych mechanizmach, gdzie się fałdy błon wśród przebiegu 3-go okresu wyciągnęły, jest zjawiskiem stałem, zależnem od sfałdowania się łożyska wskutek retrakcyi miejsca łożyskowego w czasie porodu.

Co się tyczy krwiaka, okrytego zdwojeniem pofałdowanych błon, to składa się on ze skrzepów i krwi płynnej. Skrzep czerwony, ściśle przymocowany do powierzchni matczynej łożyska, odnogami wchodzący w rowki między zrazy łożyska (*cotyledones*), zajmuje bardzo znaczną powierzchnię łożyska. Skrzepy te nie wszędzie okazują jednakową zbitość i grubość. Najwięcej i najoporniejsze skrzepy przymocowane są w pobliżu dolnego brzegu łożyska, im bardziej ku górze, tem skrzepy tworzą warstwę cieńszą i wiotszą, zaś okolica górnego brzegu łożyska wolną jest od skrzepów. W miejscu, gdzie skrzepy są najgrubsze i najtwardsze, nie spotykamy na powierzchni owodniowej łożyska sfałdowania.

Po zupełnem rozwikłaniu worka płodowego stwierdzamy, że miejsce pęknięcia pęcherza jest otworem okrągłym, leżącym nieco tylko mimośrodkowo w stosunku do łożyska, z czego wnioskować musimy, że łożysko w tych przypadkach musiało leżeć tylko częściowo na przedniej lub tylnej ścianie macicy, a głównie umiejscowione było w dnie macicy.

Przypadków tak charakterystycznie przebiegających, jak to opisałem, nie jest dużo. Opis powyższy opiera się na spostrzeganiu 3-ch przypadków na sto kilkadziesiąt obserwacyj 3-ch okresów. Nie wątpię, że było ich więcej, jednak spostrzeganie ich nastręcza pewne trudności. I tak: rozpoznać, a względnie domyślić się, że 3-ci okres przebiegnie w tym mechanizmie, jest rzeczą względnie łatwą, albowiem wymiary i kształt trzonu i dna macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu są tak charakterystyczne, że nie zwrócić na to uwagi jest rzeczą prawie niepodobną, albowiem otrzymuje się wrażenie w pierwszej chwili, że ma się do czynienia z przeoczoną ciążą bliźniaczą. Dalszy przebieg 3-go okresu należy bezwarunkowo pozostawić naturze, aby sobie obserwacyi nie popsuć, a z chwilą, gdy popłód napiera na międzykrocze, przyczem niewiasta zaczyna krwawić, należy podstawić miednicę tuż pod szparę sromową tak, aby przy następnem parciu rodzącej popłód wypadł sam, nie dotykany ręką lekarza. Oglądanie popłodu również trzeba *in situ* przeprowadzać, ostrożnie i delikatnie rozwikływać błony, a wtedy z łatwością widzi się owe fałdy błon.

W praktyce obserwacya nastręcza o tyle trudności, że bezpośrednio po porodzie dziecka zajmujemy się w pierwszej chwili noworodkiem, a potem dopiero zwracamy uwagę na matkę, a tymczasem łatwo może niepowołana ręka położnej przez masaż macicy popsuć nam obserwacyę.

Przypadki powyższe dla teoryi 3-go okresu są bardzo cenne; wobec tego, że błony w urodzonym popłodzie są najdokładniej całkowicie odklejone, a przytem ułożone jeszcze w fałdy, zupełnie identyczne z tymi, jakie obserwowałem na preparacie anatomicznym, musi się przypuścić, że w pierwszych chwilach 3-go okresu, wskutek ściągania się macicy błony te nie odkleiły się, ale przyczepione, wobec zmniejszenia się powierzchni przyczepu, charakterystycznie się sfałdowały; dalej, że czynnikiem, który błony odkleił, mógł być tylko krwiak, a nie przemieszczenie łożyska, boby inaczej fałdy te się wyrównały, czyli że w tych przypadkach popłód

w pierwszych chwilach 3-go okresu przedewszystkiem się w całości odkleja, a potem w całości wydala. Ponieważ dolny brzeg łożyska nie ma fałdów, a skrzep na nim jest zbity i najgrubszy, należy przyjąć, że brzeg ten w pierwszej chwili się odkleił, zanim nastąpiło sfałdowanie Znaczna wielkość trzonu macicy dowodzi, że proces odklejania się popłodu toczy się w jamie trzonu i to zapomocą krwiaka, będącego pod ciśnieniem, przeciwnie jak w mechanizmie najczęstszym, a więc prawidłowym, gdzie łożysko z powodu zmniejszenia się miejsca łożyskowego odkleja się w znaczniejszej części, a partya odklejona natychmiast zostaje wypchniętą ze ściągniętej jamy trzonu do dolnego odcinka, gdzie wobec umocowania dolnego brzegu łożyska zapomocą nieodklejonych błon tworzy zdwojenie płaskie, które dopiero wypukli się wtedy, gdy się krwiak zwolna narastający w niej zbierze. W przypadkach prawidłowych trzon i dno macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu nie wiele odbiegają od kształtów macicy połogowej, bo jest tam zaledwie górna część łożyska, a niema krwiaka.

Znacznie częściej, niż z typowymi przykładami mechanizmu Schultzego, spotykamy się z mechanizmami przejściowymi do prawidłowych. Te przypadki przejściowe cechują się znacznym rozwojem krwiaka, który tworzy się już w jamie trzonu macicy, a wobec tego znaczną pojemnością dna i trzonu w pierwszych chwilach 3-go okresu. Cecha wspólna z mechanizmem prawidłowym leży w tem, że druga i trzecia faza mechanizmu przebiegają analogicznie, jak w mechanizmie prawidłowym, to jest, że przy przechodzeniu łożyska do jamy dolnego odcinka, a stąd przez ujście zewnętrzne do pochwy, błony, oraz ich fałdy się wyciągają, albowiem najprzód wytacza się łożysko, a potem błony. Oczywiście w wypadkach tych krwiak nadmiernie wzrosły od pierwszych chwil 3-go okresu rozdyma w drugiej fazie bardzo energicznie dolny odcinek i szyję i wywiera ucisk na łożysko, powodując wygniecenie krwi z niego do pępowiny tak, iż ta przez cały ciąg 3-go okresu jest napiętą, a napięcie to pępowiny nie ustępuje nawet wtedy, gdy łożysko jest w pochwie. Ten wzmożony krwiak odkleja bardzo dokładnie błony całkowicie tak, iż przy końcu 3-go okresu rodząca zaczyna krwawić. Przypadki te kończą się siłami natury, bo wypuklone łożysko wraz z dużym krwiakiem, rozdymając pochwę, pobudza rodzącą do energicznego parcia, a przyczepienie błon nie staje tu wyparciu popłodu na przeszkodzie. Oczywiście po urodzeniu się popłodu w przypadkach przejściowych owego charakterystycznego układu fałdów błon nie spotykamy.

Najwięcej odbiega od typu prawidłowego przebiegu 3-go okresu t. zw. mechanizm Dunkana, który w najtypowszych przypadkach wobec badania klinicznego przedstawia się w sposób następujący: Bezpośrednio po porodzie dziecka i wylaniu się wód następujących, trzon z dnem macicy przedstawia opór twardy, o kształtach i wymiarach niewiele odbiegających od kształtów i wymiarów macicy pierwszych chwil połogu. Dno sięga do pępka, pępowina silnie krwią wydęta, a rodząca od pierwszej chwili 3 go okresu krwawi ustawicznie. Badanie wewnętrzne wykazuje co do pochwy, sklepień i ujścia zewnętrznego macicy stosunki takie, jak w mechanizmie prawidłowym. Wprowadzając atoli cztery palce przez wiotkie ujście zewnętrzne macicy do jamy szyi i dolnego odcinka ku pierścieniowi skurczowemu, napotykamy łożysko, które tak jest względem kanału rodnego ułożone, że natychmiast możemy wsunąć palce pomiędzy ścianę dolnego odcinka, a powierzchnię matczyną łożyska. Oryentując się bliżej, wyczuwamy brzeg łożyska, do niego przyczepioną odpowiednią partyę błon odklejonych, nieregularnie pozwijanych, wreszcie skrzepy krwi, przyczepione do powierzchni matczynej brzegu łożyska i pofałdowanych błon. Idąc w kierunku pierścienia skurczowego wyczuwa się charakterystyczną miękkość powierzchni zewnętrznej łożyska, wyniosłości, odpowiadające zrazom łożyska (*cotyledones*) i rowki między nimi, przyczem ocenić możemy w przybliżeniu, jak duża partya łożyska znajduje się w dolnym odcinku. Pamiętając, że średnica łożyska wynosi przeciętnie 18—19 ctm., możemy stwierdzić, kładąc dolną część łożyska na wyprostowaną dłoń, że z reguły tuż po urodzeniu się dziecka niema jeszcze $^1/_2$ łożyska w jamie dolnego odcinka. Górna część łożyska jest obciśniętą silnie pierścieniem skurczowym, tak, iż chcąc końcami czterech palców, płasko ułożonymi, przekroczyć jej granicę, napotykamy na opór dość znaczny. Powierzchnia matczyna partyi łożyska wydalonej już do jamy dolnego odcinka jest wypukłą, brzegi boczne zawinięte, a powierzchnia owodniowa wklęsła.

Śledząc dalszy przebieg mechanizmu co trzy minuty, możemy stwierdzić, iż łożysko, postępujące naprzód brzegiem dolnym, oraz powierzchnią matczyną miernie wypukloną, obniża się coraz więcej, przechodzi przez ujście zewnętrzne i układa się w pochwie w wygięciu kości krzyżowej. Rodząca krwawi ciągle przez czas odchodzenia łożyska przez okolicę pierścienia skurczowego. Krwawienie ustaje, gdy łożysko opuściło całkowicie jamę trzonu macicy tak, iż ta część macicy mogła się całkowicie ściągnąć.

Łożysko w pochwie wypukla się powierzchnią matczyną, tworząc w wygięciu kości krzyżowej ciało kuliste, które, zstępując niżej na podłogę miedniczną, zaczyna rozwierać szparę sromową Sposób przechodzenia łożyska w tym mechanizmie przez szparę sromową bywa rozmaity. Jeżeli wejście do pochwy rozwarte, a łożysko nie jest duże, wtedy łożysko wydobywa się na zewnątrz, podobnie jak przechodziło przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, t. j. brzegiem przednim, otulonym w błony, zwiniętym w trąbkę, z której wychodzi pępowina. W przeciwnym razie środkowa część łożyska rozwiera szparę sromową, poczem wypada z pod spojania łonowego brzeg łożyska przedni, otulony w błony, a następnie tylny, a za nim reszta odklejonych błon.

Krwawienie w mechanizmie Dunkana zależy od jakości i siły bólów w trzecim okresie. W pierwszej fazie 3-go okresu, t. j. gdy łożysko jest jeszcze znaczną częścią w jamie trzonu macicy, a macica jest w tężcu, rodząca krwawi, ale nieznacznie. W razie, jeżeli łożysko tak szybko obsuwa się ku dołowi, że już w czasie tężca wchodzi całkowicie do jamy dolnego odcinka, krwotok ustaje zupełnie, albowiem reszta czasu trwania tężca wystarcza do zupełnego ściągnięcia się pustego obecnie trzonu i dna. Jeżeli jednak z jakiegokolwiek powodu obniżenie się popłodu następuje zwolna, albo też przy szybkości prawidłowej obniżania się popłodu tężec za szybko minie, tak, iż następowy okres przerwy zastaje jeszcze łożysko pewną częścią w jamie trzonu, krwotok zrazu umiarkowany wzmaga się bardzo znacznie, a ustaje z chwilą, gdy zabiegiem leczniczym, np. masażem zmusimy łożysko

do opuszczenia trzonu, a macicę do prawidłowego ściągania się.

Czas trwania 3-go okresu bywa rozmaity. Jeżeli w czasie całego przebiegu 3-go okresu rodząca silnie krwawi, wkraczamy z zabiegami leczniczymi, które mając na celu sztuczne dobycie popłodu, skracają czas trwania 3-go okresu. Jeżeli atoli krwotok, zrazu mierny, po kilku minutach się uspokoi, tak, że możemy czekać i spokojnie obserwować dalszy tok mechanizmu, przekonywamy się, iż popłód w kilku minutach schodzi z dolnego odcinka do pochwy i tu dość szybko obniża się ku podłodze miednicznej, aby tam dopiero na dłuższy czas zatrzymać się, tak, że z reguły po przeczekaniu zwyczajnego czasokresu trzeba dla ostatecznego wydalenia popłodu dopomódz naturze.

Przy oglądaniu popłodów, urodzonych wyżej opisanym mechanizmem, możemy stwierdzić, że dolna część powierzchni matczynej łożyska jest otuloną błonami, górna zaś nie. Łożysko w górnej swej części okazuje na powierzchni owodniowej sfałdowanie którego w okolicy dolnego brzegu niema.

Mechanizm Dunkana cechuje się: 1) znacznem upośledzeniem roli krwiaka pozałożyskowego, albowiem ten zaraz począwszej od pierwszej fazy mechanizmu na zewnątrz się wylewa; 2) odmiennym sposobem wysuwania się łożyska, — przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i szyi, a stąd do pochwy, — aniżeli to widzimy w mechanizmie prawidłowym; 3) brakiem wypuklenia powierzchni owodniowej łożyska, która jest tu nawet wklęsłą; 4) wypukleniem się łożyska kulistem w pochwie powierzchnią zewnętrzną matczyną i wydobywaniem się tą powierzchnią na zewnątrz.

Na pierwszy rzut oka mechanizm Dunkana jest tak dalece różnym w szczegółach od mechanizmu prawidłowego, że łatwo możnaby przypuścić, iż między oboma nie może być żadnego powinowactwa. Jest jednak cały szereg przypadków 3-go okresu takich, które okazują wspólne cechy z mechanizmem Dunkana i z prawidłowym. Te pośrednie mechanizmy mają dla teoryi 3-go okresu doniosłe znaczenie, bo najlepiej demonstrują nam sposób działania czynników wydalających i odklejających popłód i ich znaczenie dla przebiegu 3-go okresu.

1-sza kategorya przypadków przejściowych.

a) Bezpośrednio po porodzie płodu trzon macicy dobrze skurczony, sięgający do pępka Rodząca krwawi Badanie wewnętrzne wykazuje dolną część łożyska w jamie dolnego odcinka. Oryentując się bliżej przekonywamy się, że pod palcami mamy powierzchnię owodniową łożyska, zaś do powierzchni matczynej nie dochodzimy. Rodząca krwawi ciągle tak, iż wobec wyniku badania wewnętrznego, które stwierdzałoby mechanizm prawidłowy, należałoby przypuszczać krwawienie z powodu zranienia kanału rodnego. Dalszy przebieg atoli przynosi niespodziankę, albowiem po kilku minutach łożysko ześlizguje się do jamy dolnego odcinka i szyi, w całości wypuklone powierzchnią owodniową, a równocześnie krwotok ustaje. Dalszy przebieg okazuje cechy typu prawidłowego. Przypadki te zatem różnią się od prawidłowych tylko krwawieniem w pierwszej fazie mechanizmu. *b*) Jeżeli w przypadkach pod *a*) opisanych i wewnętrznie zbadanych, wobec znacznego krwotoku w pierwszej fazie mechanizmu, przedsięweźmiemy masaż macicy, a następnie wykonamy zabieg Credégo, t. j. zgnieciemy jamę macicy od przodu ku tyłowi, poczem będziemy usiłować wykonać wygniecenie, to po nieudałem wydaleniu przedsięwzięte badanie zewnętrzne przekonywa nas, że łożysko brzegiem dolnym wystercza przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, podczas gdy górna połowa łożyska jest poza pierścieniem skurczowym w trzonie. Palcami obecnie łatwo wyczuwamy powierzchnię matczyną łożyska. W dalszym przebiegu łożysko albo zesuwa się dalej brzegiem dolnym do pochwy i rodzi się w mechanizmie typowym Dunkana, albo też jeszcze przy wysuwaniu się górnej części łożyska z jamy dolnego odcinka i szyi do pochwy, wypukla się łożysko w pochwie powierzchnią owodniową i rodzi się na zewnątrz w mechanizmie prawidłowym. Zależy to od siły umocowania dolnego brzegu łożyska zapomocą błon.

Jeżeli z powodu bardzo silnego krwawienia w pierwszej fazie 3-go okresu wydobywany popłód metodą przez nastrzykiwanie, to tenże rodzi się z reguły wypuklony powierzchnią owodniową na zewnątrz.

Na podstawie przypadków zebranych pod *a*) i *b*) przekonywamy się, że bezpośrednią przyczyną wypuklenia się łożyska, wydalonego częściowo przez szparę pierścienia skurczowego do jamy dolnego odcinka, jest znaczne zmniejszenie się średnicy ściągniętego miejsca łożyskowego, przyczem spostrzega się, że krwiak w wypukleniu tem nie może żadnej roli odgrywać, bo od pierwszej chwili 3-go okresu na zewnątrz się wylewa z powodu częściowego odklejenia się błon od okolicy pierścienia skurczowego. Dalej przypadki te pouczają nas o roli błon, przyklejonych do okolicy pierścienia skurczowego. Widzimy mianowicie, że dalszy przebieg mechanizmu zależy od tego, czy błony odkleją się na znaczniejszej przestrzeni od okolicy pierścienia skurczowego tak, aby dolny brzeg łożyska mógł się ku dołowi swobodnie obsunąć, czy też nie. Jeżeli odklejenie błon nie postępuje raźnie, a natomiast górna partya łożyska szybko się obsuwa, łożysko mimo braku krwiaka wypukla się powierzchnią owodniową, podobnie jak w typie prawidłowym w jamie dolnego odcinka, ba nawet w jamie pochwy przy przechodzeniu górnej partyi łożyska przez ujście zewnętrzne macicy. Nadto przypadki te dowodzą, że krwiak nietylko nie jest potrzebny dla wypuklenia popłodu, ale w danym razie nie jest koniecznym dla odklejania popłodu.

2-ga kategorya przypadków przejściowych.

Bezpośrednio po urodzeniu się płodu rodząca nie krwawi wcale, a badanie zewnętrzne i wewnętrzne wykazuje stosunki prawidłowe tak, iż przypuszczać możemy, że w dalszym przebiegu będziemy mieć do czynienia z mechanizmem prawidłowym. Tymczasem po upływie kilku minut rodząca zaczyna zrazu zwolna krwawić, poczem krwotok wzmaga się bardzo gwałtownie, aby szybko zmniejszyć się. Badanie wewnętrzne, obecnie wykonane, przekonywa nas, iż łożysko zesunęło się do jamy dolnego odcinka i szyi, a brzegiem dolnym, otulonym w błony, wystercza do pochwy. Końcami palców możemy wybadać powierzchnię matczyną łożyska. Jeżeli po upływie przepisanego czasu wykonywamy wygniecenie, przekonywamy się, iż łożysko na zewnątrz wydobywa się w mechanizmie Dunkana.

Uważne oglądanie popłodu w tych przypadkach daje nam pewne wskazówki dla wytłómaczenia tego rodzaju prze-

biegu mechanizmu. Widzimy mianowicie, iż na powierzchni matczynej łożyska w okolicy dolnego brzegu powierzchni owodniowej nieco wypuklonego, oraz na przyległych błonach, znachodzą się skrzepy krwi, a pewna część powierzchni matczynej w okolicy dolnego brzegu okryta jest błonami. A zatem: Łożysko dolną częścią opuszcza miejsce łożyskowe, będące w jamie trzonu, a że brzeg jego dolny jest przymocowany błonami do okolicy pierścienia skurczowego, więc wypchnięte poza pierścień skurczowy tworzy zdwojenie w jamie dolnego odcinka, która wypełnia się krwią. Ta częścią krzepnie, przyczepiając się do błon i dolnego brzegu łożyska. Wkrótce jednakowoż krwiak, dalej zbierając się, odkleja błony od wewnętrznej powierzchni macicy, oraz od okolicy pierścienia skurczowego tak, iż krew nagromadzona w zdwojeniu wylewa się naraz, a brzeg dolny łożyska, utraciwszy punkt oparcia, a względnie zawieszenia na błonach okolicy pierścienia skurczowego,ześlizguje się ku dołowi, a łożysko wypukla się powierzchnią matczyną, jak w typie Dunkana.

Jednem słowem: czy dany przypadek 3-go okresu przebiegnie według typu prawidłowego, czy Dunkana, zależy od tego, jak silnie umocowany będzie dolny brzeg łożyska zapomocą błon do okolicy pierścienia skurczowego, t. j. czy umocowanie to utrzyma się aż do zupełnego ukończenia pierwszej fazy 3-go okresu, czy też nie; ta okoliczność bowiem rozstrzygnie, czy łożysko, obsuwając się ku dołowi, będzie się mogło wypuklić powierzchnią owodniową, czy też nie.

Widzimy zarazem, że na podstawie spostrzegania klinicznego przebiegu mechanizmu prawidłowego, Dunkana i przejściowych, łatwo wyrobić sobie dokładne pojęcie o blizkiem powinowactwie tych pozornie tak różnych mechanizmów.

Zbierając krótko treść mych uwag, powiem: trzeci okres porodowy, mimo swej różnolitości przebiegu w szczegółach, odbywa się według planu jednolitego tak, że biorąc za podstawę mechanizm prawidłowy, z łatwością można wszelkie inne mechanizmy zrozumieć, pojmując je, częścią jako odmiany, częścią zaś jako zboczenia od normy, spowodowane przez rozmaite natężenie wzajemnego oddziaływania na siebie czynników, mających znaczenie dla toku mechanizmu.

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Zimmermann. **Material zur Würdigung Galens als Geschichtsschreiber der Medizin, Forscher und Commentator.** Berlin, 1902.

Nie prędko się znajdzie śród przedstawicieli naszej nauki pisarzy tak płodnych, jak Galen, którego pisma w wydaniu Kühna, nie mającem więcej pretensyi do wydania zupełnego, obejmują aż dziewiętnaście tomów. W pismach swoich dotknął Pergameńczyk wszystkiego, czego tylko ówczesny uczony dotknąć mógł, nie gardząc nawet kwestyami prawnemi. Nic więc dziwnego, że autorowie zajmujący się Galenem bliżej mają przed sobą labirynt, w którym się z trudnością tylko odszukać mogą. *Index locupletissimus* w wydaniu Kühna stara się wprawdzie do pewnego stopnia złemu zaradzić, nie może go jednakowoż w całości usunąć. Z wdzięcznością więc należy przyjąć pracę Zimmermanna, która daje bardzo dokładny pogląd przynajmniej na jedną stronę studyów Galenowych, t. j. na historyę medycyny, i przyczynia się do łatwiejszego zrozumienia słynnego lekarza. Przyszły badacz Galena będzie miał znacznie ułatwione poszukiwania swoje z zakresu historyi medycyny dzięki pracy Zimmermanna, która stanowi pierwszą część całkowitego zadania, jakie sobie autor uczynił. W tej części mamy jedynie zebrane cytaty z przytoczeniem nazw odpowiednich autorów w alfabetycznym porządku. Wyzyskanie tego materyału ma być drugą częścią pracy autora. *Dr. Lachs.*

Dr. Liersch-Cottbus. **Die Schule von Salerno.** Leipzig, F. C. W. Vogel, 1902.

Pobyt autora w Salernie skłonił go do ogłoszenia niniejszej pracy, którą się atoli wcale nie przyczynił do poznania tej szkoły z innej, aniżeli dotychczas znaną była strony. Mimo to ma ta rozprawka pewne zalety, które ocenią zwłaszcza lekarze, mniej zajmujący się dziejami medycyny i nie wymagający zbyt wielu szczegółów. Do zalet zaliczamy lekkość stylu i ograniczenie się jedynie do przytoczenia tego, co dla każdego lekarza jest potrzebne. Za błąd zaś stanowczy poczytujemy autorowi posługiwanie się jedynie źródłami staremi z pominięciem najnowszych badań i zdobyczy. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Eicken. **Wydobycie kawałka kości z oskrzela dolnego płatu prawego płuca drogą naturalną.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, 23). Chorej 20-letniej wpadł podczas jedzenia kawałek kości do tchawicy; przez krztuszenie się i kaszel osunął się jeszcze głębiej tak, że chora poczuła ostry przeszywający ból w klatce piersiowej na prawo od wyrostka mieczykowatego. Jako następstwo tego stanu był przez pewien czas tylko krótki oddech, występujący po małym wysiłku fizycznym, oraz świsty i furczenia. Po 8-miu dniach wystąpił bez zewnętrznego powodu krwawy kaszel, który po upływie czterech miesięcy przeszedł w krwotok płucny, powtarzający się dość często. Badanie wykazywało w okolicy VIII. żebra od tyłu delikatne świsty, a na roentgenogramie można było widzieć lekki cień w okolicy VII. międzyżebrza nad kątem VII. żebra. W uśpieniu morfinowo-chloroformowem wprowadził szef autora, Killian, rurę długości 24 ctm.; a ponieważ ta nie dochodziła do ciała obcego w oskrzelu, wprowadził długą rurkę długości 34 ctm., a 7 mm. grubości. Kosteczka tkwiła w odległości 31 ctm. od rzędu zębów; kleszczykami Schröttera nie udało się chwycić kości, zastosowano więc haczyk Listera, a wyjęta kosteczka miała kształt klinu o wymiarach 13: 11: 9 mm., grubości 6 mm., tkwiła końcem w oskrzelu, podstawa zaś jej była zwróconą do oskrzela głównego. Po wyjęciu stan się zupełnie poprawił, roentgenogram nie wykazywał już żadnego cienia, szmery oddechowe w odpowiedniej okolicy stały się czyste. Przypadek ten różni się od innych wystąpieniem krwotoków płucnych, których powstanie autor tłómaczy naddzieraniem naczyń krwionośnych oskrzela przez nierówne brzegi kostki. Autor staje na temsamem stanowisku, co Fränkel, który twierdzi, że w przypadkach wpadnięcia ciał obcych do dróg oddechowych powinno się zawsze bronchoskopować. Przy końcu swej pracy stara się autor udowodnić, że zasługa leczenia bronchoskopią należy się Killianowi, a nie Rosenheimowi. *B. Żmigród.*

Struppler (Monachium). **Przyczynek do powstawania niedomykalności zastawek tętnicy głównej pochodzenia urazowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Przypadek dotyczy chorego 47-letniego, u którego po silnem wstrząśnięciu całej klatki piersiowej i uderzeniu w okolicę międzyłopatkową stwierdzono niedomykalność zastawek aorty wraz z występującymi od czasu do czasu objawami dusznicy bolesnej. W sprawie rozpoznania różniczkowego nadmienić trzeba, że ostre urazowe zapalenie śródsierdzia wykluczyć należy (brak gorączki itd.), zarówno jak i wrodzone przedziurawienie zastawek aorty; chory bowiem służył trzy lata w konnicy i był zawsze zdrów. Dla przyjęcia zaś przewlekłego zapalenia śródsierdzia skutkiem przebytych chorób zakaźnych, lub przedwczesnej ściśle umiejscowionej miażdżycy tętnic, nie było najmniejszej etyologicznej podstawy. Należało więc w tym przypadku mimowolnie skłonić się do urazowej niedomykalności

aorty, tembardziej, że pomiędzy urazem a cierpieniem istniał wybitny związek przyczynowy. Według Bariego znamionuje się urazowe przerwanie zastawki silnym, ostrym i daleko (około 50 ctm. — Barié, Potain) łyszalnym szmerem, dokładnie odróżniającym się od zwykłych podobnych objawów przysłuchowych. Temu jednak stanowczo sprzeciwia się autor, twierdząc, że tak, jak nie można z mniej lub więcej głośnego szmeru wnosić o cięższej, lub lżejszej zmianie zastawki, tak również z szmeru nie można wnosić o etyologii danego cierpienia śródsierdziowego. Może się wprawdzie tu i owdzie zdarzyć, że w następstwie urazowej zmiany zastawki pojawia się głośny szmer, regułą to jednak nie jest; przeciwnie pojawiają się także podobne do opisanego przypadki, że szmer jest nadzwyczaj cichy i nieznaczny, a czasami zupełnie brak rozkurczowego szmeru aorty. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Ascoli. **Etyologia i profilaktyka zakażenia zimniczego.** (*La Presse médicale*, Nr. 50. Sprawozdanie z Kongresu madryckiego). Zakażenie zimnicze wywołują zarodniki pasorzyta, należącego do rodziny sporozoów, rodzaju hemosporoidów, które raz dostawszy się do ustroju ludzkiego, czepiają się ciałek czerwonych krwi, i według jednych autorów przebywają w ich wnętrzu, według zaś drugich trzymają się tylko ich powierzchni. W ustroju ludzkim pasorzyty te przebywają dwie fazy: jedna, w której pasorzyty dojrzewają, mnożą się przez dzielenie (faza bezpłciowa); druga, w której wytwarzają się formy pasorzyta rożnokształtne, nieszkodliwe dla naszego zdrowia, lecz będące w stanie rozdzielić się w ustroju moskitów, które znowu ze swej strony mogą je ponownie zaszczepić przez ukłócie człowiekowi (faza płciowa). Pasorzyty w okresie młodocianym są małemi ciałkami pełzakowatemi (ameboidami), posiadającemi ruchy mniej więcej żywe; żywią się hemoglobiną ciałek czerwonych, którą przeobrażają na czarny barwik (melanina); w dalszym ciągu rozrastają się w objętości, powoli tracą ruchliwość i mnożą się przez dzielenie (sporozoity); młode — męzkie rozpoczynają takie same koło bytu. W okresie dzielenia się powstają substancye toksyczne dla ustroju (Bacelli). Podczas tych przeobrażeń spostrzega się pewną różnicę w zbitości protoplazmy pasorzytów, ich ruchliwości, zabarwienia i t. d., które umożebniły ustalenie pewnych różnic, odpowiadających rozmaitym typom zimnicy. Z chwilą, gdy pasorzyty dosięgły pewnego rozwoju i poczynają rozmnażać się przez dzielenie, niektóre z nich zaczynają odróżniać się kształtami od innych, co stanowi punkt wyjścia dla fazy płciowej (gamètes). Gamety te bywają dwojakie: jajowate (wielkie) i tak zw. spermoidy (małe); wessane przez moskity, mnożą się przez łączenie i wytwarzają tak zw. „zigoty“, które żyją i rozmnażają się w jelitach komara; jądro ich dzieli się, komórka przeobraża się na torbielek (*sporocistes*), ciałka zawarte stają się nitkowatemi (*sporozoites*) i są zdolne do dalszego rozwoju; nagromadzają się one zwykle w gruczołach ślinnych owadu i tą drogą wszczepiają się przez ukłócie człowiekowi; dostawszy się do krwi ludzkiej tu się rozwijają i dają początek pasorzytom ciałek czerwonych krwi, będących pierwszem ogniwem łańcucha.

Pasorzyty zimnicy mają kształt rozmaity, lecz stale zachowują swoje cechy pomimo seryi przeszczepień. Znane są głównie trzy odmiany: 1) *Plasmodium malariae* (czwartaczki) odbywa swój okres bezpłciowy (*cycle asexuel*) w ciągu 72 godzin, ma powolne ruchy pełzakowe, pigmentacyę jego tworzą ziarenka grubsze, posiadające słabe ruchy. 2) *Plasmodium vivax* (trzeciaczki) odbywa swój okres bezpłciowy w 48 godzin, nawiedza całe ciałko czerwone krwi; ma ruchy pełzakowate bardzo żywe; ubarwienie stanowią ziarenka drobne, bardzo ruchliwe; wicinki (*flagellae*), będące pierwiastkiem rozrodczym, są wielkie i liczne. 3) *Laverania malariae* (zimnica letnio-jesienna) odbywa swój okres bezpłciowy w 48 godzin, jest nader małych rozmiarów, ma ruchy chyże i powierzchnię pokrytą ziarenkami nader drobnego barwika. Podczas rozwoju niektóre części ciała przybierają kształty półksiężycowate i stają się pierwiastkami płciowymi.

Zapobieganie zimnicy opiera się na następującym fakcie: komar ssie krew człowieka, zakażonego zimnicą, czerpie pasorzyty, które następnie zaszczepia człowiekowi zdrowemu; zatem, ażeby zapobiedz wybuchowi epidemicznej zimnicy, trzeba przerwać ten łańcuch, a do tego dochodzi się czterema sposobami: 1) przez wyłączenie i leczenie jednostki zakażonej zimnicą, przez co leczy się chorego na zimnicę, a jednocześnie zapobiega się nagminnemu wystąpieniu zimnicy; 2) przez niszczenie komarów: w tym celu służą najrozmaitsze sposoby: wygubienie poczwarek naftą na bagnach; niszczenie samych komarów parą i dymem; ulepszenie uprawy gleby, co wytwarza środowisko, niesprzyjające życiu komarów; 3) przez utrudnienie zetknięcia się komarów z człowiekiem: budowa osad ludzkich na wzniesieniach, osłanianie łóżek kotarami i t. d., oraz stosowanie ochron mechanicznych, jak rękawice, maski i t. d.; 4) przez uczynienie ludzi odpornymi na zakażenie zimnicze, w czem używanie chininy w celu zapobiegawczym dało wyniki wcale zadawalniające. *A. K.*

Comby. **Przypadłości towarzyszące wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej.** (*La Presse médicale*, Nr. 51). Przypadłości te są liczne, lecz nie groźne: jedne z nich nie są następstwem surowicy, lecz błonicy (białkomocz, zmniejszenie się moczu lub bezmocz, mocznica, porażenia następowe). Do zaburzeń, które odnieść należy do ujemnego wpływu surowicy autor zalicza: wysypki pokrzywkowate, odrowate, płonicowate lub wielokształtne, występujące u 16% zastrzykniętych surowicą przeciwbłoniczą. Przypadłości te należy odnieść nie do antytoksyny, lecz do surowicy, gdyż ta ostatnia, będąc pozbawiona pierwiastku uodporniającego, sama przez się wywołuje przytoczone osutki. Przypadłości skórne można podzielić na 1) bardzo wczesne (bezpośrednie), występujące w pierwszym dniu po wstrzyknięciu; 2) wczesne, pojawiające się w ciągu pierwszego tygodnia i 3) późne, występujące ku końcowi drugiego tygodnia. Osutce surowiczej często towarzyszy gorączka, która powoduje błędne przypuszczenia rozpoznawcze. Oprócz przypadłości skórnych surowica sprowadza bóle stawowe, mięśniowe, białkomocz, obrzęki gruczołów, biegunkę. Do tej pory nie zdołano zapobiedz powikłaniom, występującym po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej. *A. K.*

Hertz (Warszawa). **Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych.** (*Gazeta Lekarska* 1903, 20, 21, 22, 23). Z powikłań tych na pierwszem miejscu kładzie autor krwawienia, które mogą wystąpić podczas operacyi, lub też po niej i spowodować niebezpieczeństwo groźnych rozmiarów. Do przyczyn tego powikłania autor zalicza: 1) Krwawiączkę, która stanowi przeciwwskazanie do operacyi. 2) Resztki wyrośli gruczolowatych, pozostałe po operacyi. 3) Choroby serca. 4) Budowę histologiczną wyrośli, składających się z tkanki zbitej włóknistej, której naczynia po przecięciu nie kurczą się należycie. 5) Wykonanie operacyi na krótki czas przed miesiączką, lub podczas miesiączki. 6) Zranienie tylnego brzegu muszel, lemiesza lub języczka. 7) Wykonanie operacyi po świeżo przebytem zapaleniu gardła. 8) Nieprawidłowości w przebiegu tętnicy szyjnej.

Używanie kokainy przy operacyi nie daje, zdaniem autora, powodu do krwawień następczych, jak to inni autorowie sądzą. Chory musi jakiś czas po operacyi pozostać pod obserwacyą i opieką lekarza. Przeciw takim krwawieniom poleca autor: połykanie kawałków lodu, płókanie gorącą lub zimną wodą, tamponowanie jamy nosowo-połykowej, względnie środki podniecające, oraz podskórne wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Wielu autorów zwraca uwagę na możliwość wpadnięcia do krtani i aspirowania kawałków odciętych wyrośli i tegoż następstwa. Jak przy innych operacyach, tak i tutaj może nastąpić *shok* pod różnemi postaciami. Dla unikania zakażenia przyrannego nie należy operować w krótkim czasie po przebytej chorobie gorączkowej, przed zupełnem wyleczeniem rany po poprzedniej operacyi, albo jeżeli w mieście lub w otoczeniu chorego panuje choroba zakaźna. Do następstw zakażenia zalicza autor różę i ropówkę. Inne powikłanie stanowi szyja skośna (*torticollis*). Sędziak spostrzegał po tej operacyi zimnicę u chorego, którego rodzeństwo równocześnie na zimnicę cierpiało. Częstemi są powikłania ze strony narządu słuchowego, bądźto jako następstwo zranienia wylotów trąbek Eustachiusza, bądź też przez dostanie się nieco krwi lub wydzieliny przez trąbkę do jamy bębenkowej z następowem ropnem zapaleniem ucha środkowego. Podczas ostrego lub zaostrzenia przewlekłego zapalenia ucha środkowego zabieg ten jest przeciwwskazanym. Do drobniejszych powikłań należy obrzmienie w jamie połykowej, przemijający niedowład podniebienia miękkiego itp. Niezręczne, brutalne operowanie może wywołać oderwanie języczka, podniebienia miękkiego, odłamanie lemiesza. Obecność wyniosłości na tylnej ścianie nosowo-połykowej, pochodzącej z dwóch górnych kręgów (t. zw. *vertebra prominens*), utrudnia znacznie operacyę. Zauważono też złamanie przyrządu i utkwienie jego ostrza w gardle. Ogólne znieczulenie przy tej operacyi jest zbyteczne. Autor stosuje znieczulenie miejscowe 25% roztworem kokainy w wyskoku.

Nawroty mogą nastąpić mimo możliwie doszczętnej operacyi i nie zależą zawsze od pozostałych resztek, lecz po części od odrośnięcia, zwłaszcza jeżeli tesame, na razie nam jeszcze nieznane, czynniki przyczynowe, które wywołały pierwotny przerost migdałka gardłowego, trwają w dalszym ciągu. Szczególnie choroby zakaźne wpływają na bujanie tkanki gruczołowatej i sprzyjają jej nawrotom. Usunięcie tych wyrośli i nawet ich nawrotów, o ile wywołują nieraz poważne objawy i następstwa, jest konieczne. *Spira.*

Dr. S. Weiss. **Odczyn jodowy krwi w przebiegu błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 58, 8 B., H. 1, 1903). Odczyn jodowy krwi zyskuje sobie prawo obywatelstwa w dyagno-

styce hematologicznej chorób zakaźnych; wykryty on został przez Kaminera w różnych sztucznych zatruciach i zakażeniach, wywołanych zapomocą hodowli i toksyn. Autor badał jodofilię krwi w przebiegu klinicznie i bakteryologicznie stwierdzonych przypadków czystej błonicy gardła i krtani, otrzymał w 28 przypadkach wynik ujemny, w 24 zaś dodatni, i doszedł do następujących wniosków: 1) Odczyn jodowy dla błonicy nie jest patognomoniczny: brakuje go we wszystkich przypadkach lekkich błonicy, a występuje natomiast w ciężkich. 2) W razie, gdy tego odczynu nie brakuje, został on wywołany przez silne nacieczenie tkanek gardła i krtani, jakoteż przez zaburzenie w oddechaniu, będące dostatecznym powodem do jego powstania bez współdziałania toksyn. 3) Znaczenia kliniczno-dyagnostycznego odczyn ten mieć nie może.

Próby te dokonywał autor przed zastrzykiwaniem surowicy; używał metody następującej: wysuszywszy krew na szkiełku przykrywkowem, barwi rozczynem jodowo-gumowym. (*Jodi puri 1·0; Kali jodat. 3·0; Aqu. destilatae 100·0; Gumi acaciae q. s. ad consistentiam syrupinam*). *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie krztuśca formaliną zaleca Dr. Jezdick; w tym celu stosuje się para formaliny do wdychiwań, a oprócz tego odkażano mieszkanie chorego podług zwykłego sposobu znaczną ilością formaliny. W pokoju, w którym wytworzono parę formaliny, chory przebywa 15—30 minut; w razie niepowodzenia należy wdychiwanie powtórzyć. Prócz lekkiego drażnienia powiek i krtani, innych wpływów tego leczenia chorzy nie doznają. Autor twierdzi, że we wszystkich przypadkach krztuśca, w których zastosował wdychiwanie formaliny, krztusiec ustał po kilku dniach.

Dr. J. Panczewicz. **Tamponowanie krwotoków nosowych.** (*Neue Therapie* Nr. 4, 1903). Do tamponowania krwotoków nosowych polecane są liczne sposoby i narzędzia. Autor zaleca swój sposób, który go nigdy nie zawiódł, a polega on na dokładnem wytamponowaniu obu przewodów nosowych kawałeczkami lodu, które sam pacyent ręką przytrzymuje; gdy jedne się stopią, zastępuje je nowymi; w ten sposób mniejsze krwotoki do 5 minut, największe do 15 ustają, z pominięciem użycia wszelkich narzędzi.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Von U. Alessi. **Przyczynek do leczenia padaczki.** (*Riforma med.*, 1903). Ponieważ w ostatnich czasach za przyczynę, wywołującą padaczkę, poczęto uważać pewnego rodzaju chwiejność atomów i ich skupień w układzie nerwowym, przeto starano się wyszukać taką kombinacyę leków, któraby jędrność tych atomów utrwalała. Idąc za tą myślą, Alessi proponuje następującą kombinacyę: *Rp. Natr. arsen. 0·001, Zinc. phosph. 0·005, Calc. phosph. 0·08, Pankreat. Pulv. Rhei aa 0·20.* Środek ten w padaczce małego nasilenia oddawał mu wielkie usługi, natomiast w przypadkach ciężkich częściej zawodził. *Dr. Włodz. Serkowski*

Opocerebryna Poehla. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Przetwór ten jest mięszaniną trzech cerebrasidów, znajdujących się w istocie mózgowej. Pantschenka zaleca ten przetwór w padaczce, mianowicie u chorych, którzy nie przechodzili leczenia bromem, lub też u których od czasu tego leczenia upłynął dłuższy przeciąg czasu tak, że wszystek brom z ustroju został wydzielony. Stosowana podskórnie opocerebryna działa skuteczniej, niż zażywana na wewnątrz. Specyalnej dyety nie wymaga; jedynie wskazane jest ograniczenie potraw mięsnych, a przewaga roślinnych, jakoteż mleka. Wewnętrznie należy podawać jednorazowo na czczo 1·8 grm. (6 tabliczek po 0·3) i dawkę tę co trzy dni powtarzać. Jeżeli częstość napadów się nie zmniejszyła, stosuje się po 2—3 tygodniach tęsamą dawkę co drugi dzień, a wreszcie codziennie. Podskórnie należy wstrzykiwać co drugi lub trzeci dzień dwa ctm. sz. rozczynu już przyrządzonego w zamkniętych ampułkach. Cena 50 tabliczek po 0·3 = około 7 koron. *Dr. T. Ż.*

VII. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

(Dokończenie).

Dr. Schoenborn (Heidelberg). **Cytodyagnostyka cieczy mózgowo-rdzeniowej.** W Niemczech dotąd wydobywanie cieczy mózgowo-rdzeniowej bywa stosowane tylko w przypadkach zapalenia opon mózgowych. Natomiast we Francyi od 3 już lat bywa ono wykonywane w jak najszerszym zakresie i przynosi bardzo ważne korzyści.

Okazało się mianowicie, że w niektórych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, jak wiąd rdzenia, porażenie postępujące, kiłowe zajęcie błon mózgowych i t. d., w cieczy mózgowo-rdzeniowej znajduje się wzmożona ilość limfocytów, której nie spostrzega się w innych chorobach nerwowych jak np. nerwice czynnościowe, porażenie połowicze i t. d. Dzięki temu spostrzeżeniu badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej staje się doniosłem w kierunku rozpoznawczym. Szczególnie limfocytoza cieczy mózgowo-rdzeniowej ma miejsce w wiądzie rdzenia pacierzowego. Na 100 przypadków wiądu, badanych w Paryżu, tylko w 2-ch nie znaleziono limfocytozy w cieczy mózgowo-rdzeniowej. W heidelberskiej klinice chorób wewnętrznych i nerwowych od bardzo niedawna przedsięwzięto te poszukiwania: we wszystkich 5 badanych przypadkach wiądu stwierdzono limfocytozę cieczy mózgowo-rdzeniowej. W Paryżu mniemają, że limfocytoza ta ma znaczenie rozpoznawcze równie ważne, jak nieoddziaływanie źrenicy na światło. Do wywodów powyższych mowca dodaje niektóre uwagi praktyczne. Limfocytoza istnieje wtenczas, jeśli liczba limfocytów wynosi ponad 3—5 na jednem polu widzenia. Należy być ostrożnym i nie brać za limfocyty np. przybłonków zwyrodniałych. Igła do nakłóć ma być z drutu platynowego, o świetle 0,5—1,00 milim., a więc cieńsza, aniżeli igła Quinckego; wyciągać cieczy nie należy więcej nad 4—6 centymetrów sześciennych; centryfugować 10—20 minut w bardzo ostro zakończonej probówce. Bierze się do badania najwięcej zagęszczoną część. Niebezpieczeństwa żadnego obawiać się nie potrzeba; nigdy dotąd nie było zejścia śmiertelnego, spowodowanego tym zabiegiem. Mowca kończy zaznaczeniem zdania, że przedstawione przezeń badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej daje wyniki dodatnie w schorzeniach kiłowych.

Dr. Hoffmann (Düsseldorf) roztrząsa sprawę, czy zaburzenia czynności serca są pochodzenia nerwowego, czy też mięśniowego i jest tego zdania, że wszystkie zaburzenia w czynności serca dadzą się sprowadzić do zaburzeń w czynności nerwów sercowych.

Dr. Bartels (Marburg). **Obraz nerwowych cylindrów osiowych w ogniskach stwardnienia rozsianego** (*sclerosis multiplex*) **według nowszych metod.** Mowca stosował metodę Weigerta do barwienia osłonki rdzennej (myelinowej); oraz metody Kapłana, Fajersztajna, Bielschowskiego. We wszystkich tych sposobach barwienia okazało się, że cylindry osiowe są zgrubiałe, niejako napęczniałe, ale nie zanikłe; również zachowane były w nich włókienka nerwowe, jak to wyraźnie wykazuje metoda Bielschowskiego. Nawet w najdawniejszych, najstarszych ogniskach są zachowane cylindry osiowe wraz z włókienkami. Natomiast wszystkie sposoby barwienia wykazują zgodnie brak i rozpad osłonki myelinowej, a metoda Kapłana wykazuje nadto brak „myelsaxostroma“, t. j. substancyi, znachodzącej się pomiędzy włókienkami cylindra osiowego.

Dr. Schäffer (Binger). **O nieopisanej dotąd zmianie rdzennej osłonki ośrodkowych i obwodowych włókien nerwowych, wraz z okazaniem preparatów.** Prelegent badał mózgi bardzo rychło po śmierci w 2-ch przypadkach otrucia tlenkiem węgla (CO). Badając metodą Marchiego, znalazł następujący obraz: osłonka rdzenna włókien nerwowych w całym układzie nerwowym zabarwiła się na ciemno, zatem dała odczyn zwyrodnienia. Jednak ta zczerniała osłonka rdzenna nie uległa rozpadowi w grudki, jak to zwykle wykazuje barwienie Marchiego w przypadkach zwyrodnienia osłonki rdzennej, nie zmieniła zupełnie kształtu, a przedstawiała prawidłową formę włókna nerwowego tak, że cały nerw w całym swym obwodzie był ciemno zabarwiony. To oddziaływanie ze strony osłonki rdzennej na kwas osmowy uważa mowca nie za istotnie odmienne od tego, jakie zwykle okazuje metoda barwienia Marchiego w włóknach zwyrodniałych, lecz za pierwszy okres tego samego ze względu na swą istotę oddziaływania. Przy dłuższem trwaniu procesu zwyrodniania doszłoby niezawodnie do rozpadu osłonki rdzennej, t. j. do zwykłego obrazu, jaki daje metoda Marchiego. Prelegent przedstawia preparaty.

Prof. Nissl i prof. Edinger wyrażają powątpiewanie i podejrzywają, czy tu niema miejsca błąd w technice barwienia? Podnoszoną przez mowcę okoliczność, że opisana zmiana zachodzi tak prawidłowo w całym układzie nerwowym, uważa prof. Edinger właśnie za przemawiającą za możebnością błędu w technice.

Dr. Spielmayer (Freiburg in B.). **Źródła błędów w metodzie Marchiego.** Doc. pryw. Dr. Bethe (Strassburg). **Czy istnieje porażne zwyrodnienie nerwów?** Znane jest prawo Wallera, że po przecięciu nerwu odcinek obwodowy ulega zwy-

rodnieniu. Engelmann czyni ścisłe odróżnienie pomiędzy zwyrodnieniem pierwotnem a następowem tego odcinka. Pierwsze polega na bezpośrednio po przecięciu występującem zwyrodnieniu najbliższej części nerwu, do najbliższego wcięcia Ranviera. Zwyrodnienie pozostałej reszty odcinka, to według Engelmanna zwyrodnienie następowe tak zw. porażne. Zwolennicy tego rozróżnienia zwyrodnień: następowego od pierwotnego, dwojako sobie przedstawiają sposób powstania tego następowego czyli porażnego zwyrodnienia: 1) twierdzą, że brak bodźców, spowodowany przerwaniem ciągłości nerwu, jest przyczyną zaniku i zwyrodnienia odciętego nerwu i 2), jak to utrzymuje teorya zaczynów, przez nerw od komórki nerwowej przechodzą ku obwodowi zaczyny, niezbędne do odżywiania się i czynności nerwu; przerwanie ciągłości nerwu, spowodowane przecięciem, uniemożliwia przepływ zaczynów i powoduje brak ich w odcinku obwodowym, który z tego powodu ulega zwyrodnieniu. Przedstawiony pogląd o zwyrodnieniu porażnem prelegent zbija: sądzi on, że niesłuszny jest podział różniczkowy zwyrodnienia na pierwotne i następowe; zwyrodnienie obwodowego odcinka następuje stopniowo od miejsca przecięcia do obwodu. Przyczyną tego zwyrodnienia, zdaniem mowcy, jest uraz.

Teorya zaś zwyrodnienia porażnego jest nieuzasadniona, takiego zwyrodnienia niema. Teoryę tę obala w zupełności stwierdzony przez mowcę (wkrótce praca ta pojawi się w druku) — fakt samoodradzania się nerwów. W spostrzeżeniach prelegenta nerw odcięty ulegał zwyrodnieniu, później odradzał się, znowu przecięty, znowu uległ zwyrodnieniu. Co się tyczy 2-ch teoryi, zapomocą których zwolennicy zwyrodnienia porażnego starają się wytłómaczyć, na jakiej drodze to zwyrodnienie dochodzi do skutku, mowca je zbija w sposób następujący: Skoro brak podniet (tłómaczenie pierwsze) musiałby być przyczyną zaniku i zwyrodnienia odcinka nerwu, to jeżeli będziemy doprowadzać doń podniety, to nerw nie powinien uledz zwyrodnieniu. Prelegent przeprowadził te doświadczenia, przeciął oba nerwy siedzeniowe i utrzymując oba w wilgotności, jeden z nich drażnił przez czas dłuższy prądem przerywanym. Drażniony nerw nie tylko nie utrzymał się w stanie fizyologicznym dłużej od nerwu nie drażnionego, jak tego pierwsze tłomaczenie kazałoby oczekiwać, lecz przeciwnie, uległ zwyrodnieniu daleko szybciej, aniżeli nerw niedrażniony. To dowodzi, twierdzi mowca, że brak podniet nie jest przyczyną zwyrodnienia. Co zaś do tłomaczenia drugiego, t. j. owej teoryi zaczynów, prelegent je zbija zwróceniem uwagi, iż wobec tego tłómaczenia musiałby koniec obwodowy odcinka, jako szybciej pozbawiony zaczynu, wyrodnieć prędzej, aniżeli dośrodkowy; tymczasem rzecz się ma przeciwnie, odcinek ulega zwyrodnieniu od miejsca przecięcia ku obwodowi. W ten sposób mowca uważa teoryę zwyrodnienia porażnego za obaloną, przedewszystkiem fakt samoodrodzenia się odciętych nerwów, tudzież pośrednio przez obalenie wspomnianych dwóch tłómaczeń, za pomocą których starano się uczynić zrozumiałą tę teoryę. Sam zaś ze swojej strony, jak powyżej nadmieniono, uważa uraz za przyczynę zwyrodnienia obwodowego odcinka nerwu przeciętego.

W dyskusyi zauważył Dr. Pręgowski, że nie można uważać wywodów mowcy przeciw pierwszej teoryi porażnej za wystarczające: drażnił on odcięty nerw prądem elektrycznym, podczas gdy według tej teoryi odcinek obumiera, nie otrzymując podniet naturalnych, pochodzących od komórki nerwowej. Otóż należałoby jeszcze wykazać, że sztuczne podniety elektryczne mają w danym kierunku tosamo znaczenie dla nerwu, co i naturalne bodźce, idące do nerwu od komórki nerwowej. Tylko wtedy, gdyby się udało to wykazać, byłyby wywody referenta, skierowane przeciwko wspomnianej teoryi, zupełnie wystarczające. Prof. Hoche czyni tęsamą uwagę, a nadto przestrzega przed przenoszeniem na ludzi wyników doświadczeń na zwierzętach. Wreszcie zauważono, że przy powrocie do czynności po porażeniu np. nerwu twarzowego, z początku podniety dowolne już wywołują ruchy mięśni, gdy elektryczne tego jeszcze nie czynią, co potwierdza uwagę Dra Pręgowskiego.

Prof. R Burckhardt (Bazylea). **Mózgi zwierząt kręgowych.** Prelegent okazuje szereg preparatów z mózgów, na podstawie których oznajmia fakt, że budowa mózgu u zwierząt całkiem odpowiada temu, co widzimy w rozwoju człowieka. Dla zrozumienia budowy mózgów zwierzęcych trzeba pamiętać, że zależy ona w pierwszym rzędzie od budowy i kształtów innych narządów, a z pośród tych w pierwszym rzędzie narządów zmysłowych, jak węchu i wzroku, co również mowca ilustruje na preparatach.

Dr. Kohnstamm (Königstein i T.) demonstruje preparaty drobnowidowe ze znalezionego przezeń w rdzeniu przedłużonym *nucleus salivator inferior*, które wykrył dzięki metodzie wywoływania zwyrodnienia t. zw. osiowego w komórkach nerwowych po zniszczeniu odnośnych włókien nerwowych.

Prof. Pfister (Freiburg) przedstawia liczby, odnoszące się do stosunku wagi mózgów męzkich do kobiecych, tudzież do stosunku szybkości wzrostu niektórych części mózgu. Na podstawie bardzo licznych badań mowca stwierdził, że mózgi chłopców są o 10—20 grm. cięższe od mózgów dziewcząt; mózgi dorosłych mężczyzn o 100—130 grm. cięższe od mózgów dorosłych kobiet. Podobnież móżdżek męzki jest cięższy, aniżeli kobiecy, jak również to samo dotyczy pojemności czaszek. Co do wzrostu różnych części mózgu, to okazuje się, że najszybciej przybiera na wadze móżdżek, a potem rdzeń przedłużony. Gdy w wieku dziecięcym mózg wynosi 93% całej wagi, móżdżek 5,5%, rdzeń przedłużony 1,5%, to potem na mózg przypada 87,5%, na móżdżek 117,12%, na rdzeń przedłużony 2%.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 września.

* Los posady prymaryusza chirurgicznego oddziału szpitala św. Łazarza, opróżnionej przez śmierć prof. Trzebickyego, wywołał ogólne zaniepokojenie śród lekarzy nie tylko miejscowych, lecz i przebywających poza Krakowem; snać tu zostały dotknięte motywy ogólne i zasadnicze.

Sprawa dotyczy podania, wniesionego do Wydziału krajowego przez dyrektora krak. kliniki chirurg. prof. Kadera. W podaniu swem ma prof. Kader proponować Wydziałowi krajowemu zniesienie dotychczasowej organizacyi wspomnianego oddziału, a natomiast, przez poddanie go pod prymaryat każdorazowego profesora kliniki chirurgicznej U. J., coś w rodzaju unii personalnej, organiczne jego związanie z rządową instytucyą kliniczną.

D. 27 sierpnia sekundaryusze szpitala św. Łazarza odbyli w tej sprawie naradę; treść uchwał tego zgromadzenia jest znaną z czasopism, tu jej więc nie przytaczamy. Podobny memoryał sekundaryuszów ma być także wysłany do prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej; krok ten mieć będzie dwojakie znaczenie: w myśl mandatu Izba prawdopodobnie podda ocenie istotę formalną i stanową zamiarów, objętych podaniem prof. Kadera, a zanim to uczynić będzie mogła, zażąda od Wydziału krajowego odpisu tego podania, którego, z wyjątkiem paru osób, nikt właściwie nie czytał, i naprawdę ogół lekarzy nie wie dokładnie, czy rzecz idzie o kliniczny oddzialik rezerwowy z pozostawieniem dotychczasowego prymaryatu w jego samodzielnych prawach, czy też o zwinięcie posady prymaryusza, jak brzmią wieści. Bez poznania treści projektów prof. Kadera nie podobna wejść w rozstrząsanie samego *meritum* tej sprawy, a można, co najwyżej, wypowiedzieć ogólne zasadnicze oświadczenie. My sądzimy, że ze względu na byt stanu lekarskiego, na doniosłą, wprost znakomitą dotychczasową działalność oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, stwierdzoną sprawozdaniami obu ostatnich jego kierowników, na zasłużony, a tak pochlebny rozgłos w społeczeństwie, które tradycyjnie szukało i dziś szuka tu pomocy chirurgicznej, ze względu dalej na stanowisko praktycznej szkoły chirurgów dla prymaryatów prowincyonalnych, jakiem się ten oddział oddawna szczycí, ze względu wreszcie i na tę okoliczność, że gdy się ma instytucyę docentów dla przedmiotów klinicznych, to należy z nią łączyć moralny obowiązek dania im, a nie odbierania, warsztatu do pracy, i że czem więcej typów instytucyi lekarskich, tem zadania tych instytucyi wykonywują się doskonalej, tem wynik pracy jest wszechstronniejszy i więcej wykończony, sądzimy, że zniesienie posady prymaryusza oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza byłoby połączone z uszczerbkiem wszechstronnym dla stanu lekarskiego w Galicyi, a w wynikach ostatecznych niekorzystne dla społeczeństwa i dla zarządu kraju. Ufamy, że Wydział krajowy zasięgnie w tym względzie zdania Dyrekcyi szpitala i Wydziału lekarskiego i polegamy, że ten ostatni, uwzględniwszy braki, o ile one w istocie istnieją w ważnej sprawie nauczania chirurgicznego, nie tylko doradzi taką modłę, która nie dotknie autonomicznych praw kraju i zachowa pierwszorzędny a tak ważny i zasłużony prymaryat, którego zaszczytna działalność naukowo-literacka, zawodowa i kształcąca przynosi pośrednio chwałę Uniwersytetowi, lecz raczej słowem i czynem przyczyni się, by oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza stał się obok kliniki uniwersyteckiej drugiem ogniskiem nauczania chirurgii w Krakowie.

* Posiedzenie wydziału Izby lekar. zachodnio-galic. odbędzie się d. 8 b. m.

* Dr. Jan Przesmycki mianowany został sekundaryuszem szpitala powszechnego w Gorlicach.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się dnia 6 i 7 października w Lincu. Na porządku dziennym, obok znanego już naszym czytelnikom podania do ministra sprawiedliwości o pouczenie sądów, ażeby lekarzy, wezwanych w charakterze świadków, a następnie pytanych z zakresu rzeczoznawstwa zawodowego, wynagradzano podług taksy, przyjętej dla rzeczoznawców sądowych, Wiec ma uchwalić między innemi podanie do rządu, domagające się stałego udziału w posiedzeniach Najwyższej Rady sanitarnej jednego przedstawiciela Izb lekarskich w charakterze członka zwyczajnego. Najważniejsza jednak sprawa będzie zmiana ustawy, w szczególności ordynacyi lekarskiej i rozszerzenie praw i atrybucyi Rady honorowej.

* Na wezwanie prezydenta ministrów zorganizowała się w Paryżu Komisya przeciwgruźlicza, której pierwszem zadaniem będzie wskazanie rządowi dróg i środków, których się ma chwycić w walce z zarazkiem gruźliczym. Prezydentem tej komisyi jest przewodniczący Izby Bourgeois, zastępcami prezydenta profesorowie Debove i Grancher, oraz deputowany Millerand, a pomiędzy członkami znalazły się największe powagi lekarskiego świata paryskiego.

* W miesiącu kwietniu i maju 1904 r. odbędzie się Buenos Aires wystawa higieniczna w połączeniu z II-gim Kongresem lekarzy romano-amerykańskich. Zawiadomienie niniejsze drogą ministerstw spraw zagranicznych i spraw wewnętrznych, a następnie namiestnictw, zostało przesłane przez Wydział krajowy Izbom lekarskim, w celu rozpowszechnienia i zachęcenia do udziału.

* W Nr. 511 tygodnika paryskiego »L'Encyclopédie contemporaine« znajdujemy życiorys znanego psychiatry, a szanownego naszego współpracownika. Dr. Piotra Pręgowskiego. Szczegółową sylwetkę, nacechowaną wielką życzliwością dla Dr. Pręgowskiego i narodu polskiego, zdobi bardzo udatna podobizna.

* *Otrzymujemy następujące pismo:* »W celu dokładnego zestawienia wykazu lekarzy, praktykujących w Krakowie, uprasza się wszystkich P. P. Kolegów, aby jak najrychlej zechcieli podać na kartkach korespondencyjnych adresy mieszkań, które będą zajmowali od d. 1 października, z oznaczeniem godzin ordynacyjnych, numerów telefonu, i ewentualnem podaniem specyalności. Wykazy drukowane umieszczone zostaną w aptekach i urzędach publicznych, jest tedy pożądanem, ażeby były jak najdokładniejsze. Wiadomość należy adresować do »Biura sanitarnego w magistracie«.

* Między 5 a 17 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach w Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), mieleckim (1 gm.), mościskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Morpurgo profesorem zwycz. patologii ogólnej.

Zmarli. Dr. Zygmunt Grabowski zmarł w Darnicy pod Kijowem. W katastrofie zaszłej przed paru tygodniami w tunelu paryskiej kolei Métropolitain znalazł śmierć 27-letni Dr. Maurycy Apter rokujący wielkie nadzieje. Dr. Bolesław Lück, lat 40, zmarł w Warszawie.

* Omyłka druku: W artykule Dr. Misesa „Kilka uwag o teocynie“ (N. 35), na stronicy 500, w szpalcie pierwszej, wierszu 5-tym od dołu, w miejsce $3 \times 10{\cdot}26$ ma być: $3 \times 0{\cdot}25$.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 34. Lejberg: W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego. Heiman: Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. (c. d).

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Wasserthal: Przyczynek do kazuistyki i etyologii cystynuryi. Halpern: O albumozuryi doświadczalnej (dok). Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Mieczyński: Endemia tyfusu brzusznego w Chorzelach, gub. płockiej. Korybut Daszkiewicz: Kilka słów w sprawie wyboru mamek. Żołędziowski: Szpitalnictwo w Zagłębiu dąbrowskiem. Kopczyński: Lekarze szkolni na prowincyi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 34. Jedlička: Případ komplikovaného nádoru ledviny, zhojený nefrektornü s resekci celého vystupujiciho tračniku (dok). Kropáč: O gangrenách foudroyantnich (dok).

— *Lekařské rozhledy* Z. 8. Honl: Uzácnější případ perforativni peritonitidy.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Jarvis i Proust: Metoda Freyera, prostatektomia wykonana przez przecięcie pęcherza drogą nadłonową. Delord: Osobliwa postać opadnięcia nie wrodzonego, a dziedzicznego powieki.

N. 67. Gros: Zakażenie zimnicze w Algierze. Fiquet: Dna i jej stosunek do cukrzycy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Renzi i Boeri: Ochronna czynność sieci. Bamberger: Uwagi i doświadczenia nad istotą czynną kolargolu Crédego. Klingmüller: O działaniu obumarłych prątków gruźliczych i o toksynie prątków gruźliczych. Schwarz i Bronstein: O cytodyagnostyce. Levy-Dorn i Jacobsohn: Przyczynek do poszukiwań ciał obcych przy pomocy promieni Röntgena.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Behring: Antytoksyczne leczenie tężca. Joseph: Wrodzone złośliwe nowotwory. Wiesinger: Puchlina przepuszczająca. Wyleczenie wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej. Abelsdorff: Mechaniczne leczenie opadnięcia powiek. Behrendt: Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Königstein: Aglutynacyjne własności żółci i surowicy w żółtaczce. Kraus: Antyhemolizyna narządów prawidłowych. Joachim: W sprawie odczynu Grubera—Widala w żółtaczce. Schick i Ersettig: W sprawie zmienności prątków błoniczych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34. Zweifel: Leczenie krwisteków. Dönitz: Kokainizacya rdzenia pacierzowego przy użyciu adrenaliny. Jamin i Müller: Ciężar gatunkowy żyjącego człowieka ze szczególnem uwzględnieniem ciężaru równoważnego do celów klinicznych. Schlüter: Posocznica z przyłączającą się gruźlicą prosówkową. Krauss: Stosowanie akoin-kokainy do znieczulenia miejscowego. Biehl: Ostro ograniczone ognisko zapalne w kości skroniowej. Hirsch: Przewaga widzenia jednoocznego w patrzeniu dwuocznem. Fuchs: Wzrost olbrzymi noworodków i poród opóźniony. Ehrlich: Toksyna i antytoksyna.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Są do nabycia: 1) Stół operacyjny metalowy z płytami, szklanymi, nadający się do pozycyi poziomej lub pochyłej (według Trendelenburga); 2) Stół metalowy do badania ginekologicznego z dodatkami; 3) stolik metalowy z płytami szklanemi na narzędzia; 4) Pacquelin zupełny; 6) maszyny elektryczne do prądu stałego i przerywanego (sanki); 6) etui chirurgiczne nowe angielskie (trepan, narzędzia do amputacyi i resekcyi); 7) drobniejsze narzędzia ginekologiczne; 8) miednice porcelanowei kauczukowe na narzędzia różnej wielkości.

Bliższa wiadomość u pani Drowej Kohnowej, Kraków, Radziwiłłowska 33.

Rok XLII. Kraków 12 Września 1903. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Przyczynek do leczenia tężca surowicą (wstrzykiwania podskórne i podoponowe).

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński,

asystent kliniki.

W ciągu ubiegłych miesięcy leczyliśmy w szpitalu św. Ludwika trzy przypadki tężca surowicą przeciwtężcową Bujwida. W dwóch przypadkach (jeden tężca przyrannego, drugi tężca noworodków) wynik leczenia był pomyślny; trzeci, zakończony zejściem śmiertelnem, zasługuje na uwagę, ponieważ stosowano w nim wstrzykiwania surowicy podoponowe (*subdurale Infusion*).

Próby wstrzykiwania surowicy śródmózgowego i podoponowego datują się od lat kilku. Jak wiadomo, toksyny tężcowe wchodzą z komórkami ośrodkowego układu nerwowego w ścisłe połączenie chemiczne; połączenie to jest tak silne, że antytoksyna nie jest w stanie go rozerwać. Zadaniem zatem antytoksyny jest zobojętnienie wolnych jeszcze toksyn, krążących we krwi, jak również uodpornienie przeciw ich działaniu dotąd nie zajętych cząstek układu nerwowego. Wprowadzając antytoksynę drogą podskórną, jesteśmy w stanie spełnić pierwsze z tych dwóch zadań; jednakże fakt, że wstrzykiwania podskórne surowicy tak często okazują się bezskutecznemi, nasunął badaczom myśl, że antytoksyna, wprowadzona w ten sposób do ustroju, nie wchodzi prawdopodobnie w bezpośrednią styczność z ośrodkowym układem nerwowym, lub też, stykając się z nim, znajduje się w zbyt wielkiem rozcieńczeniu. Z tego teoretycznego przypuszczenia powstał wniosek, ażeby antytoksynę wprost wprowadzić do ośrodkowego układu nerwowego i w ten sposób skierować działanie jej na samo miejsce procesu chorobowego. Doświadczenia Rouxa i Borela, przeprowadzone w r. 1898 na zwierzętach, stwierdziły słuszność tych poglądów. Zapomocą wstrzyknięcia niewielkiej ilości antytoksyny do mózgu udawało się ocalić zwierzęta nawet w tym okresie tężca, w którym dowolna ilość surowicy, stosowana podskórnie, byłaby już bezskuteczną. I tym jednak sposobem możemy tylko szybciej i energiczniej uodpornić niezajęte części mózgu i rdzenia; wobec już rozwiniętych zmian w komórkach nerwowych jesteśmy bezsilni. Ztąd wczesne stosowanie tej metody rozstrzyga o jej powodzeniu. Również Torök[1]) na podstawie swych licznych doświadczeń na zwierzętach uważa wstrzykiwanie surowicy śródmózgowe za najskuteczniejsze. Tuż obok stawia stosowanie podoponowe, znacznie zaś niżej śródżylne i podskórne.

Myśl wprowadzenia surowicy wprost do istoty mózgowej została po raz pierwszy zastosowana u człowieka przez Chauffarda i Quénu[2]). Od tego czasu podano kilka sposobów wykonywania tego zabiegu; najodpowiedniejszą i względnie najmniej niebezpieczną jest metoda Kochera[3]) Polega ona na wykonaniu świdrem małego otworu w sklepieniu czaszki i na wstrzyknięciu surowicy nie bezpośrednio do miąższu mózgowego, lecz do przedniego odcinka komórki bocznej. Unikamy przez to możliwości zmiażdżenia substancyi mózgowej, jak również krwotoku śródmózgowego.

O wiele mniejsze niebezpieczeństwo przedstawia wstrzykiwanie surowicy podoponowe w sposób, podany przez Jakoba[4]). Sposób ten polega na wykonaniu nakłócia lędźwiowego według Quinckego i na powolnem wprowadzaniu w przestrzeń pomiędzy oponą twardą a pajęczą surowicy przeciwtężcowej. Surowica ulega tutaj wessaniu i drogą naczyń krwionośnych i chłonnych z łatwością dostaje się do substancyi mózgu i rdzenia, stykając się ze znaczniejszym obszarem układu nerwowego, niż to ma miejsce przy wstrzykiwaniach śródmózgowych. Aby uniknąć nagłego podniesienia parcia, należy poprzednio wypuścić odpowiednią ilość płynu mózgowordzeniowego, a samo wprowadzanie surowicy uskuteczniać bardzo powoli (10—20 minut). Zachowując te ostrożności, można w znacznej większości przypadków uniknąć wszelkich niepożądanych objawów ubocznych: lecz i ten sposób nie jest wolnym od niebezpieczeństwa.

Wszystkie te wyżej przytoczone metody znalazły względnie najszersze zastosowanie we Francyi; nieco później poczęli je stosować lekarze angielscy i amerykańscy. Najmniej zyskały sobie uznania w Niemczech. Co do wartości leczniczej tych wstrzykiwań, jakkolwiek teorya i doświadczenia na zwierzętach przemawiają na ich korzyść, zdania badaczy są bardzo podzielone. Niektórzy autorowie uważają wstrzykiwania surowicy podoponowe, przy równoczesnem stosowaniu jej podskórnem, za ideał leczenia tężca, gdyż w ten sposób równocześnie zobojętniamy toksyny, krążące we krwi, a z drugiej strony uodparniamy przeciw nim ośrodkowy układ nerwowy. Inni, opierając się na dotychczasowych obliczeniach statystycznych, bardziej sceptycznie zapatrują się na ten sposób leczenia. Wstrzykiwania surowicy śródmózgowe potępia większość autorów, jako wysoce niebezpieczne: mogą one spowodować zmiażdżenia tkanki mózgowej,

[1]) Torök: Experimentelle Beiträge zur Ther. des Tetanus. Zeitschrift f. Heilk. 1900. T. XXI, 3.

[2]) Chauffard et Quénu: Tetanus traumatique traité et gueri par injection intracerebrale d'antitoxine. Methode de E. Roux et A. Borrel. Presse medicale. 1898. Nr. Nr. 54.

[3]) Kocher: Ueber eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injectionen. Centralbl. für Chirurgie. 1899, Nr. 22.

[4]) Jakob: Duralinfusion. Berliner klinische Wochenschr., 1898, Nr. 21, 22.

krwotoki, ropnie wskutek zakażenia, jak również rozliczne zaburzenia czynnościowe. Na ostatnim Zjeździe chirurgów w Paryżu[5]) Vallas oświadczył się za porzuceniem tej metody.

Steuer[6]) zestawił 65 przypadków tężca, leczonych zapomocą wstrzykiwań śródmózgowych i podoponowych. Odsetek śmiertelności przedstawia się bardzo poważnie: wynosi 67·7%; należy jednak uwzględnić, że wstrzykiwania te, będące zabiegiem ciężkim, stosowane były przeważnie w rozpaczliwych przypadkach tężca, lub też w tych, w których zawiodły wszystkie inne sposoby leczenia. Okoliczność ta nie pozwala nam z tych obliczeń statystycznych wyprowadzać bezpośrednich wniosków. Podobną liczbę podaje statystyka Vallasa wstrzykiwań śródmózgowych: na 20 przypadków 13 zakończyło się śmiercią (65%).

Przypadek leczony przez nas przedstawiał bardzo ciężki obraz tężca przyrannego. Ponieważ rokowanie od początku było bardzo niepomyślne, uważaliśmy natychmiastowe wstrzyknięcie podoponowe surowicy za usprawiedliwione. Wykonano je sposobem Jakoba; następnego dnia wstrzyknięcie zostało powtórzone. Dawka jednorazowa wynosiła 13 ctm.³ czterokrotnej surowicy Bujwida. Objawów ubocznych, oprócz dość znacznego niepokoju w nocy następującej po drugiem wstrzyknięciu, nie było żadnych. Równocześnie wstrzykiwano surowicę podskórnie i podawano chloral. Krytyczną ocenę przypadku bardzo utrudnia ciężkie powikłanie ze strony narządu oddechowego, które mogło się w znacznym stopniu do zejścia śmiertelnego przyczynić. Śmierć nastąpiła piątego dnia po przybyciu do szpitala, dziewiątego od rozpoczęcia się choroby; czas wylęgania wynosił zaledwie 6 dni. Szczegółowy przebieg był następujący:

S. A., chłopiec, liczący lat 6, z Grębowa, przybył do szpitala dnia 4 czerwca 1903 r. Przed 10 dniami miał być skaleczony w twarz przez drugiego chłopca kością, podniesioną z ziemi. Przed 4 dniami zaczął się pokładać i skarżyć na ból głowy; od 2-ch dni nie może otworzyć ust z powodu szczękościsku. Również od 2-ch dni zupełnie nie może chodzić i miewa co kilkanaście minut napady kurczów tężcowych.

Stan obecny. Budowa i odżywienie dziecka liche. C. 37·0 Oczy zapadłe, powieki stale do połowy rozwarte (*lagophthalmus*). Fałd nosowopoliczkowy lewy wygładzony, co jeszcze wyraźniej występuje podczas napadu kurczów. Koło lewego skrzydła nosowego świeżo zgojona blizna, na 1½ ctm. długa, mająca pochodzić od wspomnianego urazu. Szczękościsk zupełny; nawet przy użyciu znacznej siły szczęk otworzyć nie można. W płucach po obu stronach pełno furczeń, gwizdów i rzężeń niedźwięcznych. Po stronie prawej w dole wydech chuchający. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste, ciche. Tętno 120, licho napięte, regularne. Mięśnie brzuszne napięte, odruchy ścięgniste wzmożone. Co kilkanaście minut chory dostaje napadu kurczów tężcowych, obejmujących mięśnie twarzy, karku, tułowia i kończyn dolnych. Kończyny górne przeważnie pozostają wolne. W czasie napadu wybitny tężec tylny (opisthotonus), a gdy napad minie, ustępuje. Jedynie mięśnie twarzy stale w skurczu tężcowym. Dotknięcie chorego, a zwłaszcza wlewanie mu pożywienia lub lekarstwa, wywołuje silny napad. Wogóle chory bardzo wycieńczony, apatyczny, pojedyncze wyrazy wymawia z trudnością i niechętnie. W moczu ślad białka.

Natychmiast po przybyciu chorego do szpitala wykonano nakłócie lędźwiowe sposobem Quinckego i wypuszczono 12 ctm. sześć. płynu. Płyn wypływa z łatwością kroplami, jest wodojasny, przeźroczysty i wykazuje po odstaniu śladzik białka. Następnie przez tę samą igłę wstrzyknięto przy zachowaniu ścisłej aseptyki 13 ctm. surowicy przeciwtężcowej. Wstrzykiwano bardzo powoli; przy nieco silniejszem pociśnięciu tłoka chory oddziaływa natychmiast drgnięciem; zresztą znosi zabieg zupełnie dobrze. Równocześnie wstrzyknięto 40 ctm. surowicy poniżej obojczyka lewego i podano 2.50 wodnika chloralu w lewatywie. W nocy chory nieco spokojniejszy; napady nie zbyt częste. Choremu można łyżką wlewać do ust nieco mleka.

5 czerwca. C. 37 2°. Napady od rana częste i bardzo silne. W czasie napadów wybitny tężec tylny (opisthotonus). Około godziny 11 podano 2·0 chloralu w lewatywie. Po godzinie dziecko senne, kończyny przy ruchach biernych swobodne, szczęki dają się nieco rozchylić. Oddechów 38, tętno 126.

O 4 popołudniu wykonano powtórnie nakłócie lędźwiowe i wypuszczono 13 ctm. płynu. Płyn mózgowordzeniowy jak dnia poprzedniego, jedynie ślad białka wyraźniejszy. Osadu nie daje.

Podoponowo wstrzyknięto 13 ctm. surowicy, jak poprzednio, a równocześnie 20 ctm. podskórnie. Po nakłóciu tętno 126, słabo napięte, regularne. Opadnięcie powieki lewej widoczne. Równocześnie podano środek wykrztuśny z kofeiną, co godzinę łyżeczkę. Przy podawaniu lekarstwa i usiłowaniu przełknięcia występował bardzo gwałtowny napad. W nocy około 12-tej chory bardzo niespokojny, sam wstał z łóżka i przeszedł kilka kroków.

6 czerwca. C. 38°. Po stronie prawej klatki piersiowej w dole wydech zbliżony do oskrzelowego. Jak poprzednio, w obu płucach furczenia, gwizdy, rzężenia. Zresztą stan jednaki. Podano 2·0 chloralu w lewatywie.

Popołudniu. C. 37·9°. Napady częste. Wstrzyknięto 20 ctm.³ surowicy. Na noc 2 0 chloralu w lewatywie.

7 czerwca. C. 37·8°. Tętno 100, licho napięte. W płucu prawem na wysokości kąta łopatki wdech i wydech słabo oskrzelowy. Dziecko oddaje mocz pod siebie bardzo rzadko (raz na dobę). Stolca od przybycia do szpitala nie było. Wstrzyknięto 20 ctm. surowicy pod skórę i podano 2 pastylki purgenu (0·20 fenolftaleiny).

8 czerwca. C. 37·6°. Chory bardzo apatyczny, jednak przytomny, żąda pić. Tętno ledwo wyczuwalne, niezupełnie regularne. W płucach bardzo liczne rzężenia, po stronie prawej wdech i wydech oskrzelowe. Wstrzyknięto 20 ctm.³ surowicy i 1½ ctm. sz. eteru.

O godzinie 9 wieczór chory życie zakończył. Sekcya nie mogła być wykonaną.

Chory otrzymał razem 120 ctm. sześć. czterokrotnej surowicy Bujwida podskórnie, a 26 ctm. sześć. podoponowo. Ogółem około 600 jednostek. Interesującem w tym przypadku było wybitne porażenie nerwu twarzowego po stronie urazu. Podobny obraz opisuje Moll von Charanti[7]).

Drugi przypadek, dotyczący również ciężkiego tężca przyrannego, przedstawia wynik leczenia bardzo pomyślny, który, jak to okazuje przebieg choroby, należy z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść do działania surowicy. Chora pojawiła się w ambulatoryum klinicznem z objawami szczękościsku i pewnej sztywności mięśni karkowych; do leczenia zgłosiła się jednak dopiero dnia następnego. Mieliśmy zatem sposobność stwierdzić, jak szybkie postępy uczyniła choroba przez te 24 godzin. Szczękościsk zupełny, twarz wykrzywiona charakterystycznym grymasem, mięśnie karku, tułowia i kończyn dolnych zajęte. Chodzić chora już nie może. Po zastosowaniu leczenia objawy te utrzymują się przez kilka dni z jednostajnem nasileniem, poczem stopniowo ustępują. Czas wylęgania wynosił 4 lub 5 dni. Zajmującem jest, że w ropniu, powstałym w miejscu urazu, znaleziono dość liczne laseczki tężca[8]). Przebieg choroby był następujący:

T. W., dziewczynka, licząca lat 11, ze Zwierzyńca, przyjęta do szpitala dnia 14 czerwca. Przed 8 lub 9 dniami skaleczyła się na ulicy

[5]) Quinzième Congrés francais de chirurgie. Semaine médicale 1902, Nr. 44.

[6]) Steuer: Die Behandlung des Tetanus. Centralbl. für Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie. 1900.

[7]) Moll van Charanti: Ein Fall von Kopftetanus Wiener klinische Rundschau, 1899, Nr. 33.

[8]) Wynik szczegółowego badania bakteryologicznego tego przypadku ogłosi niebawem Dr. Habicht.

w lewą nogę; rana ropiała. Przed 4 dniami poczęła się skarżyć, że nie może ust otwierać, wkrótce poczuła bole w plecach. Skarży się na ból głowy.

Stan obecny. Budowa i odżywienie dobre. Mięśnie czoła w stałym skurczu. Twarz wykrzywiona charakterystycznym dla tężca grymasem, jakby bolu i złości; szczękościsk stale się utrzymuje; w chwilach wolnych od napadów pozwala rozchylić szczęki zaledwo na 1/2 ctm. W płucach zmian niema, tony serca czyste, głośne; tętno 96, dobrze napięte. Napady tężcowe, powtarzające się co kilkanaście minut, obejmują mięśnie twarzy, karku, tułowia i kończyn dolnych. W czasie napadu wybitny tężec tylny *(opisthotonus)*. C. 37·4°, chora zupełnie przytomna, na pytanie wyraźnie odpowiada.

Otwarto ropień na stopie prawej. Oprócz ropy gęstej, szarej i cuchnącej znaleziono w ranie ostry i wązki kawałek kości, który prawdopodobnie był przyczyną skaleczenia. Ranę rozszerzono i opatrzono aseptycznie. W ropie znaleziono pod drobnowidem paciorkowce i dość liczne laseczki tężca z zarodnikami.

Wstrzyknięto 20 ctm. surowicy w łydkę prawą, a 40 ctm. pod skórę brzucha. Na noc 2·0 chloralu przez usta.

15 czerwca. C 37·2°, wiecz. 37·5°. Bardzo silne napady tężca, w czasie których chora zupełnie wyprężona o mięśniach deskowato twardych. Podskórnie 20 ctm. surowicy.

16 czerwca. C. 37·2°, wiecz. 37·4°. Tętno 100, dobrze napięte. Stan bez zmian, napady tężcowe bardzo częste. Poprzednia noc była bezsenna i bardzo zmęczyła chorą. Wstrzyknięto 20 ctm. surowicy, na noc 2·0 chloralu.

17 czerwca. C. 37·1°, wiecz. 37·4°. Stan bez zmian. Od czasu przybycia do szpitala chora nie miała stolca. Wstrzyknięto 20 ctm. surowicy. Podano 3 pastylki purgenu Na noc 1·0 chloralu.

19 czerwca. Stan nieco lepszy, napady rzadsze. Szczękościsk mniej silny.

Odtąd stan chorej z każdym dniem się poprawia. Około 1 lipca chora zaczyna chodzić. Uczucie pewnej sztywności mięśni utrzymuje się przez czas dłuższy.

Od dawna zwrócono uwagę na fakt, który dotychczas nie znalazł dostatecznego wytłómaczenia, mianowicie na pojawianie się równoczesne kilku przypadków tężca, poczem znów następuje dłuższa przerwa. Spostrzeżenie to mieliśmy sposobność stwierdzić obecnie: naszych dwóch chorych oddano do szpitala prawie w jednym czasie, a równocześnie leczony był w szpitalu św. Łazarza 15-letni chłopiec z bardzo ciężkim tężcem przyrannym.

Przypadek trzeci, również zakończony wyleczeniem, dotyczy tężca noworodków. Jak wiadomo, choroba ta jest niemal bezwarunkowo śmiertelną; Bendix[9]) oblicza odsetek śmiertelności na 93%. Dziecko leczone przez nas otrzymało 3 dawki 4-krotnej surowicy Bujwida po 10 ctm sześć.; pomyślny przebieg naszego przypadku zdaje się być w związku z tym sposobem leczenia.

J. P., chłopiec, liczący 12 dni, z Branic, przybył do szpitala w dniu 24 kwietnia, 1903 r. Pierwszym objawem chorobowym, jaki matka zauważyła przed 3-ma dniami, było kąsanie sutka i niemożność ssania. Od dwóch dni dziecko się »pręży« według podania matki.

Obecnie niemowle to przedstawia typowy obraz tężca noworodków. Usta złożone charakterystycznie, chwilami jak do gwizdania. Szczękościsk zupełny; nawet użyciem znacznej siły przezwyciężyć go niemożna. Sztywność karku, tężec tylny *(opisthotonus)*. Kończyny górne i dolne sztywne, przy ruchach biernych oporne. C. 39·4°. Dziecko bardzo niespokojne.

Opatrzono aseptycznie pępek i wstrzyknięto podskórnie 10 ctm. sześć. surowicy. Prócz tego podano chloral w ilości 0·50 dziennie.

Następnego dnia, podaje matka, że dziecko nieco ssało i że jest spokojniejsze. Wstrzyknięto 10 ctm. surowicy, C. 39·3°.

26 kwietnia. Kurcze tężcowe rzadsze. Dziecko przyjmuje nieco pokarmu. Wstrzyknięto 10 ctm. surowicy, C. 38·8°.

Od tego czasu stan dziecka z każdym dniem, jakkolwiek bardzo powoli, się poprawia. Po 12 dniach opuszcza szpital zupełnie uleczone.

[9]) Bendix: Lehrbuch der Kinderheilkude, 1899.

Statystyka leczenia tężca noworodków zapomocą surowicy swoistej jest dotychczas bardzo szczupła. Escherich[10]) przytacza jedno uleczenie na cztery przypadki, w których surowica była stosowaną; Baginsky[11]) i Papiewski[12]) nie osiągnęli ani razu dodatniego wyniku. Pomyślny przebieg naszego przypadku przemawia w każdym razie zachęcająco za stosowaniem surowicy przeciwtężcowej u wszystkich dzieci z objawami tężca noworodków. Tym sposobem statystyka, opierając się na większych liczbach, rozjaśni może w przyszłości tę ważną sprawę.

Heubner i Ders stosowali również w tężcu noworodków wstrzykiwania podoponowe surowicy. Wynik był w obu przypadkach śmiertelny.

Na zakończenie niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć podziękowanie Prof. Dr. Jakubowskiemu za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału szpitalnego i ogłoszenia tych przypadków.

II. Z pracowni higieny i bakteryologii prof. Bujwida w Krakowie.

Nowy sposób odosobniania laseczników tężca.

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Odosobnianie i hodowanie anaerobów, szczególnie zaś laseczników tężca, przedstawia zawsze wielkie trudności i nieraz zawodzą najlepsze metody, podawane w tym celu, boć przecież wiadomo, że dopiero w roku 1889, powiodło się Kitasatemu odosobnić laseczniki tężca ze zbioru tworów uorganizowanych, znajdujących się w ropie, mimo że już 5 lat wstecz Carle i Rattone odkryli przeszczepialność tężca z ropy i mimo że Nicolaier i Rosenbach wywoływali tężec u zwierząt, szczepiąc im ziemię ogrodową, a Nicolaier widział lasecznika tężcowego w preparatach z ropy.

Kitasato używał do odosabniania tych laseczników płytek agarowych w atmosferze wodorowej po poprzedniem ogrzewaniu hodowli do 80° przez godzię. Kitt użył do tego sposobu Buchnera. — Hibler odosabnia bakterye anaerobowe w zwykłej żelatynie, lecz tylko z mięszaniny paciorkowców, dla oddzielania zaś lasecznika tężca od lasecznika obrzęku złośliwego używa surowicy krwi zająca, na której ten drugi ma się znacznie szybciej rozwijać, niż tężec. Schütze w niedawno przez siebie spostrzeganym przypadku zatopił w próbówce z agarem przedmiot wydobyty z rany, która wywołała tężec u człowieka (odłamek dzióba pawiego) i w ten sposób wyhodował laseczniki tężca w czystej hodowli.

W przypadku tężca, spowodowanego przez wbicie się kostki w piętę u dziewczynki ośmioletniej, leczonej w klinice prof. Jakubowskiego, opisanym przez Żeleńskiego, znajdowano w preparatach z ropy głównie trzy typy drobnoustrojów. (*Fig. I.*).

1) Cienkie dość długie laseczniki z zarodnikami na jednym biegunie, odpowiadające kształtem tężcowi.

2) Laseczniki krótsze i grubsze od poprzednich, śród nich osobniki z zarodnikami więcej wydłużonemi.

3) Ziarniaki.

[10]) Wiener klin. Wochenschr., 1893.
[11]) Berl. klin. Wochenschr., 1891.
[12]) Jahrb. für Kinderheil., 1893.

Dla przekonania się o istocie tych drobnoustrojów i dla ich odosobnienia zrobiono następujące doświadczenia:

1) Ropę z rany dano do bulionu; po 24 godzinach stania w termostacie wystąpiło zmętnienie; w preparatach stwierdzono wytworzenie się zarodników, poczem przeszczepiono



Fig. 1.

ten bulion na seryę rozpuszczonego zwykłego agaru w celu odosobnienia pojedynczych typów.

2) Kostkę wyjętą z rany wbito podskórnie śwince; ta padła po 36 godzinach śród wybitnych objawów tężca i tak w nacieku, jak i w mięśniach sąsiednich, można było stwierdzić też same drobnoustroje, co i w ropie.

Wobec tego wydobytą ponownie kostkę umieszczono w bulionie Martina, zamkniętym parafiną. Bulion ten, otrzymywany z przetrawionych w kwasie solnym żołądków świń-



Fig. 2.

skich, nadaje się według Leclainchea doskonale do hodowania anaerobów.

Po 24 godzinach ze zmętniałego bulionu, przedstawiającego pod mikroskopem mieszaninę laseczników i ziarniaków, przeszczepiono na seryę agarów zwykłych rozpuszczonych i ostudzonych do 45°.

Tak w tym, jak i w agarze opisanym pod Nr. 1., wyróżniczkowały się po 48 godzinach w termostacie 3 rodzaje kolonii:

1) mała, żółtawa, ściśle ograniczona, rosnąca tak w głębi agaru, jak i blizko powierzchni, a więc tylko fakultatywnie anaerobowa; był to, jak się później w specyalnych hodowlach przekonano, łańcuszkowiec;

2) kolonie żółtawe, kuliste, z drobnemi ściśle ograniczonemi wypustkami, rosnące tylko w głębszych warstwach agaru, które okazały się koloniami laseczników tężca;

3) kolonie białe, kuliste z licznemi drobnemi wypustkami, otaczającemi w kształcie obłoczka główne jądro; były to kolonie laseczników obrzęku złośliwego.

Po wydostaniu słupka agaru z probówki i wykrojeniu pojedynczych kolonii, umieszczono je w bulionie Martina. Do wydostania agaru używano sposobu następującego: wbijano cienką wyjałowioną rurkę szklanną przez agar, aż do dna probówki, poczem ogrzewano dno jej, wdmuchując

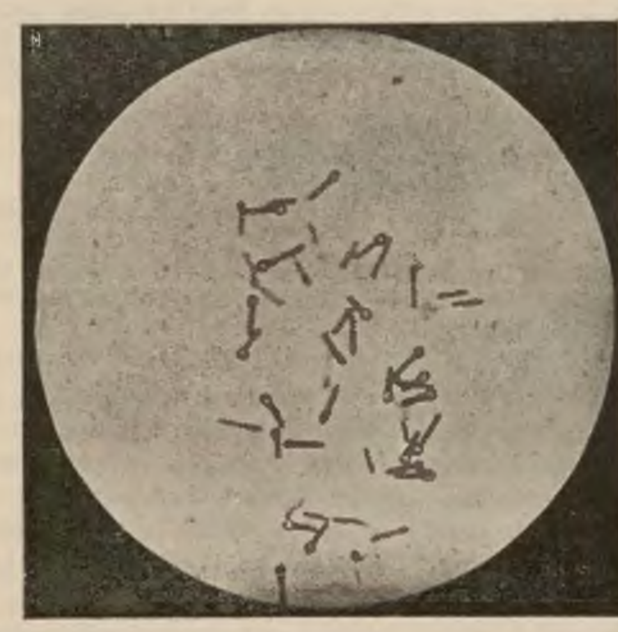


Fig. 3.

równocześnie rurką powietrze, którego parcie wysuwało słupek agaru na przygotowaną wyjałowioną płytkę.

W bulionie Martina po 24 godzinach stania w termostacie otrzymano z kolonii Nro 2 laseczniki cienkie, dość długie, łączące się ze sobą w łańcuchy, których pojedyncze osobniki przedstawiały nieznaczne zgrubienia na jednym biegunie *(Fig. 2.)*; zgrubienie to po dalszych 24 godzinach przedstawia się jako wykształcony zarodnik *(Fig. 3.)*.

Przeprowadzono szczepienia następujące: 1) na agarze pochyłym hodowla okazała się jałową, nie zawierała więc aerobów; szczepiono więc dalej na innych pożywkach dla anaerobów, otrzymano wszelkie odczyny im odpowiadające, które jednak dla poszczególnych odmian nie dają wybitnych różnic. Wstrzyknięto więc podskórnie trzem świnkom morskim rozczynu tego bulionu: 1). $^1/_{10}$ ctm. sz., 2). $^1/_{100}$ ctm. sz., 3). $^1/_{1000}$ ctm. sz.; u wszystkich trzech wystąpiły charakterystyczne dla tężca objawy z różnem nasileniem, odpowiednio do dawki.

Z kolonii opisanych pod liczbą 3. otrzymano czystą hodowlę laseczników, krótszych i grubszych w porównaniu do tężca, wytwarzających biegunowo zarodniki więcej wydłużone, jajowate. Doświadczenie, przeprowadzone na zwierzęciu,

przekonało, że ma się tu do czynienia z laseeznikami obrzęku złośliwego.

Tak więc w przypadku tym mieliśmy do czynienia z zakażeniem mięszanem tężca z obrzękiem złośliwym, a doświadczenia tu przedstawione wykazują dosadnie, że i w ten tak prosty i każdemu dostępny sposób udaje się wyhodować i odosobnić laseczniki anaerobów, do czego, jak dotąd, używano różnych zawikłanych sposobów, a które nie zawsze prowadziły do celu.

Doświadczenia te wykonano w zakładzie bakteryologicznym pod kierunkiem i przy pomocy prof. Bujwida i asystenta tegoż zakładu, dr. Eisenberga.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Gdy spostrzeżenia kliniczne wykazały, że w przebiegu schorzenia ośrodka słuchowego w zrazie skroniowym lewym występuje nieraz przemijająca głuchota także po stronie drugiej, dalej, że brakująca jedna półkula może z czasem być zastąpiona przez drugą, należy przypuścić, że ośrodki obu półkul są połączone z obu nerwami słuchowymi. Każdy więc płat skroniowy jest w związku z drogami słuchowemi obu stron; za tem przemawiają również doświadczenia i spostrzeżenia Munka, Westphala, Kussmaula, Alta i Biedla i innych.

Głuchota czuciowa może być przemijająca, jeżeli polega na zaburzeniach w krążeniu, jak się to zdarza w zatorze tętnicy dołu Sylwiusza, albo na nieznacznem uszkodzeniu płatu skroniowego, lub też na przemijających wpływach psychicznych, albo wreszcie powstaje z tego powodu, że symetryczna część drugiej strony, lub część sąsiednia, przyjmuje zastępczo czynność części chorej. Za tem zapatrywaniem przemawiają różne doświadczenia, jakoteż spostrzeżenia kliniczne Luysa, Periera i innych.

Droga ruchowa odśrodkowa *b—m* przedstawia połączenie ruchowego ośrodka mowy Broca *m.* z jądrami nerwów: podjęzykowego, twarzowego i błędnego w rdzeniu przedłużonym i ciągnie się przez kolano torebki wewnętrznej (*genu capsulae internae*), dolny odcinek odnogi mózgowej (*pedunculus cerebri*) do jąder w moście Varola i w rdzeniu przedłużonym.

Kussmaul rozróżnia dysartrytę zamózgową (*extracerebralis*) przy zmianach w nerwach ruchowych po ich wystąpieniu z rdzenia przedłużonego ku obwodowi i anartrytę, albo dysartrytę *literaris bulbonuclearis*, przy zajęciu jąder w opuszce rdzeniowej. Główne objawy są następujące: brak mowy, albo bełkotanie z powodu wypadania poszczególnych głosek wargowych, językowych lub podniebiennych, spowodowanego schorzeniem jąder nerwowych w rdzeniu przedłużonym, albo wychodzących z nich nerwów. Choroba ta cechuje się porażeniem i zanikiem języka, drganiami włókienkowemi mięśni języka, niemożnością połykania (dysfagią) itd. Dalej dysartrytę podstawową kinesodyczną (*basale kinesodische Dysarthrie*), wywołaną przez patologiczne zmiany w moście, gdzie przechodzą podniety z mózgu do jąder w rdzeniu. Tu nie przychodzi do zaniku i porażenia mięśni artykulacyjnych, jak w postaciach poprzednich, a jednak artykulacya jest utrudnioną. Przy stwardnieniu rozsianem w rdzeniu i mózgu zaburzenia mowy są zatem także po największej części przyrody artykulacyjnej, gdyż kora zostaje przeważnie nietkniętą, a więc następuje bełkotanie, albo zwolnienie mowy (*bradylalia*), albo mowa staje się przerywana (skandowana) z powodu utrudnionego i zwolnionego przewodnictwa podniet ruchowych do mięśni oddechowych, krtani, języka, warg itd., ponieważ drogi te są tu i ówdzie przerwane i niezdolne do przewodzenia, a to z powodu zmniejszonej inerwacyi, przebiegającej po drogach ubocznych, napotykającej większe opory. Ogniska chorobowe w torebce wewnętrznej i zewnętrznej (*capsula int. et ext.*) muszą również sprowadzać zaburzenia artykulacyjne, jak bełkotanie, dochodzące do zupełnej niemożności mówienia. Zaburzenia te są znaczniejsze i trwalsze, jeżeli zmiany je wywołujące znajdują się po stronie lewej, niż gdy są po prawej, co dowodzi, że prąd główny inerwacyi odśrodkowej dla mowy przechodzi przez część mózgową lewą, a prąd słabszy poboczny, przez część prawą. Osoby takie z prawostronnem porażeniem połowiczem, nie będące w stanie mówić, mogą jeszcze wyrażać swoje myśli na piśmie ręką lewą, jeżeli oczywiście niema uszkodzenia w ośrodku korowym mowy, jak to już Trousseau zauważył. Również uszkodzenie ciałka prążkowanego (*corpus striatum*) wywołuje zaburzenia artykulacyi. Miejsce to stanowi już górną granicę tego obszaru, w obrębie którego zmiany chorobowe wywołują tylko dysartrye; zaraz wyżej zaczyna się biała i szara część płaszcza mózgowego. Spostrzeżenia Fargea i innych stwierdzają stanowczo, że uszkodzenie substancyi białej płaszcza mózgowego w blizkości 3-go zwoju czołowego, nawet bez uszkodzenia kory, wywołuje już zaburzenia afatyczne.

Pitres także jest zdania, że ogniska w substancyi rdzeniowej, znajdujące się niżej ośrodka mowy, dają powód do tychsamych postaci afazyi, co korowe, podczas gdy głębiej leżące zmiany, szczególnie w lewej torebce wewnętrznej, wywołują objawy afazyi ruchowej podkorowej.

Jasną jest rzeczą, że zupełne zniszczenie wszystkich wymienionych jąder i dróg ruchowych musi pociągnąć za sobą podobne skutki, co się tyczy mowy, jak zniszczenie samego ośrodka ruchowego, a więc zupełną afazyę ruchową i to podkorową. Obustronne jednak takie uszkodzenie przez jedno ognisko najprędzej może mieć miejsce tam, gdzie te jądra i drogi leżą blizko siebie, t. j. w rdzeniu przedłużonym. Włókna łączące ośrodek w korze z rdzeniem przedłużonym rozbiegają się promienisto i oddalają od siebie: ognisko, usadowione wyżej rdzenia przedłużonego aż do mostu, może zajmować tylko ograniczoną część tych dróg (włókien), skutkiem czego niektóre tylko mięśnie artykulacyjne będą nieczynne; w mowie mogą brać czynny udział tylko pewne mięśnie, mianowicie te, których nerwy są jeszcze w połączeniu z korą mózgową. Chory taki mówi niewyraźnie, ociężale, t. j. występuje nie afazya, lecz anartrya. Im bliżej ośrodka korowego usadowione jest uszkodzenie, tem więcej zboczenie mowy powinno się przybliżać do afazyi ruchowej, bo tem więcej włókien ruchowych, służących mowie, będzie przerwanych, gdyż, jak powiedzieliśmy, drogi tu coraz bliżej siebie biegną. Należałoby nawet przypuścić, że uszkodzenie toru piramid w obrębie torebki wewnętrznej powinno powodować zupełną afazyę ruchową. Atoli doświad-

czenia kliniczne wykazały, że tak nie jest, że ognisko w tem miejscu nie powoduje afazyi, a więc nie niszczy wszystkich dróg ruchowych mowy. Lichtheim tłómaczy to tem, że podług niego część tych dróg przechodzi na drugą półkulę jeszcze w obrębie mózgowia. Wernicke przyjmuje wprawdzie twierdzenię, że ruchowe te włókna rozstrzeliwają się dopiero w moście, sądzi jednak, że przekraczają one torebkę wewnętrzną dopiero w tylnej jej części, po przejściu przez wieniec promienisty (*corona radiata*), wzdłuż górnej krawędzi jądra soczewkowatego (*nucleus lenticularis*). W obrębie odnogi mózgowej drogi te mają swą siedzibę w dolnej części; z tem zgadza się fakt, że zaburzenia mowy zdarzają się częściej w chorobach ogniskowych, mających siedzibę w najtylniejszej części torebki wewnętrznej. Zresztą przebieg i kierunek tych dróg nie są jeszcze dokładnie znane i wymagają wiele wyjaśnień.

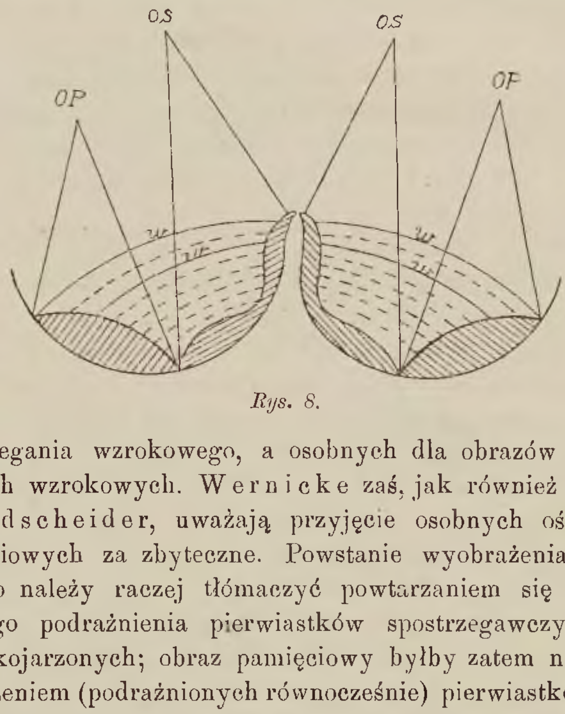
Drogi ruchowe mowy leżą w mózgowiu znów rozdzielone i oddalone od siebie w płacie czołowym tak, że tylko ogniska wielokrotne mogą je wszystkie ogarnąć. Dlatego też stwardnienie mózgowo-rdzeniowe rzadko tylko sprowadza afazyę; w większej zaś części tylko zaburzenia artykulacyjne, mowę zwolnioną, przerywaną itd., podobnie jak porażenie opuszkowe (Ziehen).

Ziehen rozróżnia: 1) zaburzenia mowy wywołane przez uszkodzenie włókien między jądrami ruchowemi a korą, jako anartryę „fascykularną“ (*anarth. fascicularis*), która, jeżeli przerwa tych dróg jest zupełna, odpowiada afazyi ruchowej podkorowej Wernickego, oraz 2) anartryę jądrową (*nucleare Anarthrie*), powstałą przez uszkodzenie jąder ruchowych i następujące porażenie poszczególnych nerwów ruchowych mowy, jak w porażeniu opuszkowem, wiądzie rdzenia, porażeniu postępującem.

Z przedstawionej dopiero co czynności tych ośrodków i ich połączeń wynika, że zdolność do słyszenia, do zrozumienia słyszanego i do wyrażenia zrozumianego i własnych myśli zależną jest od całości i sprawności płatu skroniowego, czołowego i ich związku z jednej strony z nerwem ślimakowym przez tylne ciało czworacze, względnie z jądrami i nerwami ruchowymi narządów artykulacyjnych przez rdzeń przedłużony, z drugiej strony z innemi częściami kory mózgowej. Na podstawie tych danych Lichtheim i Wernicke ułożyli swoje szematy.

Znamy dalej siedzibę ośrodka wzrokowego w płatach potylicznych. Bliższe umiejscowienie poszczególnych czynności wzrokowych nie jest jeszcze pewne i polega na przypuszczeniach, podobnie jak umiejscowienie wielu jeszcze innych ośrodków i dróg. I tak, odróżniają autorowie w płacie potylicznym ośrodek spostrzeżenia mowy, czyli wrażeniowy w 1-szym zwoju (*cuneus* i *fissura calcarina*) *OS* (p. rys. 8), jako miejsce, w którem znajdują się zakończenia n. wzrokowego. Jednostronne zajęcie tego miejsca powoduje jedynie widzenie połowicze, obustronne zaś zupełną ślepotą korową. Więcej na powierchni, w korze II i III-go zwoju potylicznego, lokalizują autorowie ośrodek wzrokowy pamięciowy, czyli wyobrażeniowy *OP* dla obrazów optycznych wogóle. Na tem miejscu gromadzą się pamięciowe obrazy wzrokowe. Wrażenia wzrokowe, dochodzące drogą włókien *w* od *OS* do *OP* przechodzą w tem ostatniem miejscu w pojęcia i wyobrażenia. Obustronne zajęcie tego miejsca nie powoduje ślepoty, bo chory taki widzi dobrze, lecz ślepotę duchową gdyż straciwszy pamięć obrazów wzrokowych, chory nie poznaje, nie rozumie tego, co widzi (p. „Przegl. Lek.“ 1903 Nr. 22, str. 321). Stosunek tych dwóch ośrodków przedstawia się według Wilbranda w następujący sposób: Wrażenia czyli spostrzeżenia w *OS* wywołują wyobrażenie pojęciowe dopiero wtedy, gdy budzą odpowiednie obrazy pamięciowe w *OP*. Jeżeli ośrodki *OP*, albo włókna łączące oba ośrodki *OS* z *OP* są zniszczone, wtedy chory doznaje wrażeń wzrokowych, te jednak nie budzą żadnego wyobrażenia, t. j. chory widzi, lecz nie poznaje, widzi oczyma, lecz nie umysłem, zatem cierpi na ślepotę duchową. Wyjątkowo tylko ślepota duchowa może powstać przy jednostronnem ognisku w potylicy (Lähr, Rabus). Jeżeli ośrodek *OS* po obu stronach jest nieczynny, wtedy chory wogóle nic nie widzi i cierpi na ślepotę korową (*Rindenblindheit*). Przypuściwszy, że po jednej stronie *OS*, a po drugiej *OP* są zajęte, to z tego wynikać musi jednostronne widzenie połowicze i ślepota duchowa.

Munk wypowiedział pogląd, iż w obrębie korowych sfer zmysłowych istnieją osobne pierwiastki spostrzegawcze i wyobrażeniowe i że każdy obraz pamięciowy mieści się w osobnym odcinku kory mózgowej. Meynert również przyjmował istnienie osobnych ośrodków dla zmysłowego



Rys. 8.

spostrzegania wzrokowego, a osobnych dla obrazów pamięciowych wzrokowych. Wernicke zaś, jak również Sachs i Goldscheider, uważają przyjęcie osobnych ośrodków pamięciowych za zbyteczne. Powstanie wyobrażenia wzrokowego należy raczej tłómaczyć powtarzaniem się równoczesnego podrażnienia pierwiastków spostrzegawczych, ze sobą skojarzonych; obraz pamięciowy byłby zatem nabytem skojarzeniem (podrażnionych równocześnie) pierwiastków spostrzegawczych ośrodkowego pola rzutowego; obraz pamięciowy wzrokowy jest zarazem zawsze skojarzony z obrazem pamięciowym dla ruchów gałki ocznej. Przez powtarzanie się tych samych wrażeń wzrokowych tworzy się tedy obok kojarzenia się pierwiastków spostrzegawczych między sobą, także i skojarzenie między odpowiedniemi również zlokalizowanemi wyobrażeniami ruchów gałki ocznej. Tak połączony optyczny obraz pamięciowy z odpowiednim obrazem pamięciowym ruchów gałki ocznej, zowiemy wyobrażeniem wzrokowem (Wernicke: ref. Wachholza „Przegl. lek.“, 1901, str. 126).

Według Lissauera wzrokowe pole korowe zwoju potylicznego przedstawia tylko pole siatkówkowe kory. Poznanie przedmiotów i wyobrażenia przestrzeniowe przychodzą do skutku przez połączenie tego pola siatkówkowego z innymi ośrodkami, a szczególnie z ośrodkami dla ruchów ocznych. Równoczesna i wspólna czynność tych ośrodków,

równoczesne ich pobudzenie, warunkuje poznanie przedmiotów widzianych. Gdy przedmiot niby obmacujemy oczami, potrzebnem jest połączenie wrażeń siatkówkowych z czuciem inerwacyjnem opuszko-mięśniowem (*bulbomuskulär*) dla zmysłowego spostrzeżenia przedmiotu. Dla poznania zaś przedmiotu jest jeszcze potrzebnem skojarzenie z innymi ośrodkami zmysłowymi. Na tej podstawie rozróżnia on 2 formy ślepoty duchowej: 1) apercepcyjną — spostrzegawczą, t. j. upośledzenie spostrzegania zmysłowego i 2) skojarzeniową, pozakorową, gdzie skutkiem przeszkód w drogach skojarzennych związek pola siatkówkowego płatu potylicznego z ośrodkami innych zmysłów jest przerwany. W ślepocie duchowej musi zachodzić prawie zawsze, z bardzo rzadkimi wyjątkami, obustronne zajęcie potylicy. (Ciąg dal. nast.).

* * *

IV. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra. L. Rydygiera we Lwowie.

O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

Według wykładu na XIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Ignacy Zieliński,

c. i k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki.

(Ciąg dalszy).

Porównywując tych kilka opisów z podanym wyżej przebiegiem gojenia się ran od kuli, widzimy między nimi wielką różnicę, polegającą głównie na tem, że we wszystkich ranach od śrutu już drugiego, względnie trzeciego dnia znaleźliśmy rozległe ropienie z znacznem dosyć podwyższeniem ciepłoty ciała, a w niektórych razach z objawami ogólnego zakażenia, czego w przebiegu gojenia się ran pochodzących od kuli ani razu nie zauważyliśmy.

W 7 przypadkach ran postrzałowych śrutem, opisanych przez Körnera[4]), trzy razy zaznaczone jest wyraźne ropienie, raz ogólna posocznica, zakończona śmiercią, dwa razy, gdzie strzał padł z większej odległości, nie było ropienia, a w jednym przypadku brak szczegółów w tym kierunku, gdyż chory przyjęty został do kliniki dopiero po miesiącu z powodu następowego tętniaka. W opisie Wagnera[5]) spotykamy na 37 ran od kuli tylko 5 razy ropienie (pomijam 15 ran czaszki, gdzie śmierć nastąpiła albo zaraz, albo gdzie z opisu trudno dowiedzieć się o przebiegu), natomiast na 11 przypadków ran postrzałowych śrutem 6 razy wystąpiło w ranie ropienie, zakończone 2 razy śmiercią z powodu tężca, trzy razy nie było ropienia, a w dwu przypadkach niema w tym kierunku szczegółów.

Wiemuth[6]) na 100 ran postrzałowych kulą w 14 stwierdził ropienie, 60 zagoiło się bez żadnego ropienia w 7 niema szczegółów w tym kierunku, a w 19 śmierć nastąpiła najwyżej w ciągu 2 dni. Nie liczę tu 17 przypadków postrzałów w rękę lub stopę, gdzie kości były bardzo zmiażdżone i trzeba było zaraz operować.

Na 15 ran postrzałowych śrutem 10 razy wystąpiło znaczne ropienie, zakończone w jednym przypadku śmiercią z powodu tężca, 5 ran zagoiło się bez ropienia.

[4]) l. c.

[5]) l. c.

[6]) l. c.

Z zestawienia tego okazuje się, że w ranach postrzałowych od kuli ropienie należy do rzadkości, w ranach od śrutu jest ono prawie regułą, gdyż w przypadkach, gdzie go nie było, prawie zawsze strzał miał miejsce z odległości kilku lub kilkunastu metrów, przy którym śruty się rozsypują i każdy z nich działa z osobna, jak mała kula. Śruciny te wgajały się zwykle bez odczynu.

Nasuwa się więc pytanie, dlaczego tak się rzecz ma? co jest tym rozsadnikiem zakażenia w ranach od śrutu, a co chroni od zakażenia rany od kuli?

Odkąd bakteryologia wykazała nam, że przyczyną ropienia są drobnoustroje, zaczęły się badania dróg i czynników zakażenia ran postrzałowych, zwłaszcza kiedy Bergmann wypowiedział zdanie, że rany te są aseptyczne, a doświadczenia z następnych wojen zdanie to w zupełności potwierdziły, uznając wyczekujące ich leczenie pod suchym opatrunkiem za jedynie racyonalne.

Sądzono więc najpierw, że kula, którą w pierwszym rzędzie należałoby uważać za rozsadnik drobnoustrojów, staje się przez rozgrzanie wskutek wybuchu prochu, tarcia w lufie i powietrzu aseptyczną, a ropienie w ranie, jeżeli do niego wogóle przychodzi, jest następowe, albo też ma swe źródło w strzępach ubrania, które się z kulą do rany wtłoczyły. Zdania tego byli swego czasu wszyscy wybitniejsi chirurdzy, jak Langenbuch, Bergmann, König, Socin a Billroth[7]) nawet gorąco zalecał usunięcie tych ciał obcych z rany, jako zawierających mnóstwo zarazków. Zdanie to potwierdziły w części doświadczenia Steuermarka[8]), wykonane w klinice krakowskiej, który strzelając do puszek, napełnionych żelatyną, nie mógł na niej wykazać bakteryi: nie zgadzały się z niemi jednak doświadczenia Messnera[9]), potwierdzone następnie przez Lagarde'a[10]), Habarta[11]), Karlińskiego[12]), pannę Pustoschkin[13]), Müllera[14]), Kollera[15]) i Kaysera[16]), którzy wykazali, że kule zakażone drobnoustrojami chorobotwórczymi mogą przenieść zarazki do rany i ranę zakazić, ponieważ ani ocieranie się mechaniczne kuli w lufie, ani rozgrzanie się jej wskutek wybuchu prochu i tarcia w lufie, ani też ogrzanie się samej lufy po dłuższym ogniu (*Magasinfeuer*) nie wystarczają do wyjałowienia kuli i to ani jej części walcowatej, ani też samego jej końca, a siła żywotna zarazków nie przytem również nie traci.

Mierzenia ciepłoty kuli uderzającej nie dały dotychczas pewnych wyników. Bruns i Kikuzi[17]) podają, że

[7]) Billroth: Die allgem. chir. Pathol. und Therapie 14. Aufl.

[8]) Cytowany w podręczniku chirurgii Rydygiera.

[9]) Messner: Wird das Geschoss durch die im Gewehrlauf stattfindende Erhitzung sterilisiert? Münch. med. Wochenschr. 1892, Nr. 23.

[10]) New-York medical Journal Oct. 22. 1892.

[11]) Habart: Das Kleinkaliber und die Behandlung der Schusswunden im Felde. Wien. Verlag v. Safař 1894.

[12]) Karliński: Zur Kleinkaliberfrage. Centralbl. für Bakt. u. Parasitenkunde 1895. Nr. 74.

[13]) Pustoschkin: Versuche über Infection durch Geschosse. Schweizerisches Ordonanzgewehr, Modell 1889. Inaug. Dissert. Bern. 1895.

[14]) Müller: Experiment. Untersuchungen über die Infection von Kaninchen durch Geschosse. Deut. Zeitschr. f. Chirurg. Bd 47. Hft. 2 i 3.

[15]) Koller: Experim. Versuche über die Therapie inficierter Schusswunden. Deut. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 47. Hft. 2 i 3.

[16]) Kayser: Experimentelle Studien über Schussinfection. Beiträge z. klin. Chirurg. Bd. 26. Heft. 2.

[17]) Untersuchungen über die physikalische Wirkung der Kleingewehrprojectile. Tübingen 1890.

osiąga ona najwyżej 210°. Weber[18]) przyjmuje ciepłotę wyjątkowo tylko wyższą ponad 95°. Haga[19]) twierdzi, że kula ołowiana nieraz tak wysoko się ogrzewa, że topi się na końcu i na powierzchni i wskutek tego ulega zniekształtnieniu. Reger[20]) wykazał doświadczeniami, że gdy kula w swej drodze trafia na znaczniejszy opór, to jej siła ruchu zamienia się częścią na ciepło, częścią zaużywa się na zniekształtnienie kuli; w przypadku zaś, kiedy do tego zniekształtnienia nie przychodzi, wywiązywać się musi znaczna ilość ciepła, którą Bruns[21]) oznacza przy uderzeniu kuli w grubą płytę żelazną na 200°, a sam Reger[22]) na 230° do 240°, przy chyżości początkowej kuli 500 mtr. na sekundę.

Doświadczenia Kaysera[23]) dowodzą również, że gdy kula zakażona przechodzi przez twardy, gruby opór, staje się niekiedy zupełnie aseptyczną. Ponieważ opór, jaki stawiają części miękkie i kości człowieka w przybliżeniu nawet nie da się porównać z oporem płyty żelaznej, więc też przyjąć musimy w pierwszym razie nieznaczne tylko stosunkowo ogrzanie się kuli, a i działanie tej podwyższonej ciepłoty trwa tak krótko, że nie jest w możności zabić samych bakteryi, a tem mniej ich zarodków, o których wiemy, że znoszą bez żadnej szkody dla siebie wysokie względnie stopnie ciepłoty przez kilka nawet minut. Faktem więc jest, że kula z chwilą, kiedy dostaje się do ustroju, jeźli była przedtem zakażoną, pozostaje taką i może ranę zakazić.

Co do drugiego punktu, t. j. zakażenia rany przez cząstki ubrania, które się z kulą do niej dostają, to i w tym kierunku liczne robiono doświadczenia.

Wykazano więc w pierwszym rzędzie, że w ranach zadanych z odległości 500 mtr. jeszcze stosunkowo dosyć często spotyka się strzępy ubrania; przy mniejszem oddaleniu cały przewód postrzałowy jest zwykle wysłany drobniutkiemi cząsteczkami odzieży, które Karliński[24]) przy strzałach z odległości 200 mtr. znajdował nawet w promieniu 2—3 ctm. w otoczeniu przewodu postrzałowego. Broka strzelając wyjałowioną kulą do puszek napełnionych jałową żelatyną i zawiniętych w zakażone sukno, wywoływał zawsze zakażenie przewodu postrzałowego. Schwarzenbach[25]) Karliński[26]), Hobein[27]), Habart[28]), badając różne ubrania, a szczególnie mundury żołnierzy po dłuższym marszu lub ćwiczeniu, znachodzili w nich zawsze zarazki zdolne do życia, a w ostatnich dość często nawet zarazki chorobotwórcze. Wprawdzie Fränkel[29]) i Pfuhl[30]) doświadczeniami na królikach wykazali, że zdjęte z ciała ubranie nie zawiera mikrobów chorobotwórczych, a jeśli takowe wyjątkowo na niem się znajdują, to mają one tak małą siłę żywotną, że wszczepione wraz z kawałkiem sukna królikom pod skórę nie wywołują żadnych złych następstw, ale doświadczenia te, jak słusznie podniósł Karliński[31]), nie dadzą się zastosować do ran postrzałowych, bo i rana cięta daje inne warunki rozwojowi bakteryi, niż rana postrzałowa, i kawałki materyi, użyte do doświadczeń, nie pochodziły z ubrań żołnierzy, narażonych najwięcej na rany postrzałowe, na których Karliński prawie zawsze wykazał zarazki chorobotwórcze, zdolne do rozwoju. A że wielką jest różnica między ranami ciętemi a postrzałowemi co do ich anatomicznego charakteru i warunków, jakie one dla możliwego zakażenia przedstawiają, wskazał na to Schwarzenbach[32]), zaznaczając, że znaczne zmiażdżenie tkanek i większy wylew krwi w ranach postrzałowych tworzą dobre podłoże do rozwoju bakteryi, a wiemy przecież, z doświadczeń Probsta[33]), że pewna ilość bakteryi, niewystarczająca do wywołania odczynu w zdrowych tkankach, wywołuje ją, gdy odporność tych tkanek jest zmniejszoną przez rozmaite wpływy mechaniczne, ciepłotne lub chemiczne. Wynikałoby z tego, że każda niemal rana postrzałowa powinna być zakażoną, a więc powinna ropieć. Że tak nie jest, że pierwotne zakażenie ran postrzałowych, zwłaszcza w częściach miękkich, nader rzadko się wydarza i że znaczna większość tych ran goi się bez odczynu i bez żadnego leczenia, dowodzą doświadczenia zebrane na licznym bardzo materyale w ostatnich wojnach i w klinikach. Podjęte w tym kierunku badania wyświetliły sprawę w znacznym stopniu. Przekonano się więc, że na kuli w zwykłych warunkach żadne, albo bardzo mało tylko znajduje się bakteryi, a i te nie zawsze posiadają siłę żywotną i rzadko tylko są chorobotwórczemi, gdy tymczasem użyte do doświadczeń kule były sztucznie zakażane zarazkami chorobotwórczymi o znacznej sile żywotnej, z doświadczeń zaś Probsta[34]) wiemy, że sama jeszcze obecność bakteryi chorobotwórczych w ranie postrzałowej nie powoduje koniecznie zakażenia rany, lecz bakterye te muszą mieć pewien stopień siły żywotnej.

Kula z powietrza z sobą zabrać zarazka nie może, gdyż, jak to Flügge[35]) i Ricini[36]) wykazali, bardzo mała ilość bakteryi chorobotwórczych znajduje się w powietrzu, a i te są tak słabe, że w najlepszych nawet warunkach źle się rozwijają.

Pozostają więc jeszcze skóra i ubranie, z których zarazki do rany dostaćby się mogły. Co do pierwszej, to Bogdan[37]), Mikulicz[38]), Riggenbach[39]) znaleźli na niej nawet w głębszych warstwach przyskórka bakterye, w małej wprawdzie ilości, ale zato niekiedy chorobotwócze. Że ubranie zawierać może bakterye i że one wraz z cząstkami

[18]) Weber: Historische Entwicklung der Ansichten über die Zerreissung der Geschosse und ihre Ursachen. Inaugur. Dissert. Berlin 1894.

[19]) Haga: Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem japanisch-chinesischen Kriege 1891—95. Berlin 1897.

[20]) Reger: Die kriegschirurgische Bedeutung der neuen Feuerwaffen. Centralbl. f. Chirurg. 1892. Nr. 32.

[21]) Bruns: Centralbl. f. Chirurg. 1892. Nr. 32.

[22]) l. c.

[23]) l. c.

[24]) l. c.

[25]) Inaugural-Dissertat. Bern 1897.

[26]) l. c.

[27]) Hobein: Mikroorganismen in Unterkleidern. Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskr. Bd IX. S. 218.

[28]) l. c.

[29]) Fränkel: Über die Bedeutung von Fremdkörpern in Wunden. Wiener klin. Wochschrift. 1888. Nr. 30—32.

[30]) Pfuhl: Über die Infection der Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen. Zeitschrift für Hygiene und Infection. Bd. XIII. 1893.

[31]) Karliński: Infection bei Schusswunden. Centralblatt für Bacteriolog. 1897.

[32]) l. c.

[33]) Probst: Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu — Role de la lésion traumatique et de la virulence du Microbe. Bern 1896.

[34]) l. c.

[35]) Cytowany przez Kaysera l. c.

[36]) Ricini: Centrabl. f. Chirurg. 1891.

[37]) i [38]) Cytowany przez Kaysera l. c.

[39]) Riggenbach: Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden. Deut Ztschrift f Chir. Bd. 47. Hft. 1.

ubrania i kulą dostać się mogą do rany, zostało udowodnione, chociaż, jak słusznie zauważa Habart[40]), rzadziej się to zdarza, gdy ubranie to wisi na ciele, niż gdy puszka lub zwierze, do których się strzela, są w nie zawinięte.

Skóra więc i ubranie byłyby głównem źródłem zakażenia rany, ale ilość bakteryi, dostająca się stąd do rany, jest tak małą i jak słusznie czyni uwagę Koller[41]) są one na znacznej stosunkowo przestrzeni rozmieszczone w niezupełnie jeszcze martwych tkankach tak, że siła odporna ustroju może je jeszcze bardzo łatwo pokonać.

Bergmann[42]) przypisuje tu ważną rolę krwotokowi i twierdzi, że im dłużej rana krwawi, tem mniejszem jest niebezpieczeństwo jej zakażenia, gdyż z krwią wypływają z rany i zarazki, które się do niej dostały.

Za dalekobyśmy zaszli, gdybyśmy z Schleichem[43]) twierdzili, że sama jeszcze obecność bakteryi chorobotwórczych i zdolnych do życia nie wystarcza do wywołania zakażenia w ranie, lub przypisywali z Wölflerem[44]) wydzielinie rany własności bakteryobójcze, gdyż są to zdania jeszcze nie udowodnione przez badania. Zdaje się jednak, że, jak słusznie czyni uwagę Sick[45]), najważniejszą w tej sprawie rolę odgrywa siła odporna ustroju i że ustrój silny i zdrowy łatwo sobie da radę z tą nieznaczną ilością zarazków, dostających się z kulą do rany, ustrój zaś chory i przedtem już wyniszczony oddziaływa zaraz i na tę małą ilość zarazków. Zdanie to potwierdzają w zupełności spostrzeżenia Küttnera[46]) z wojny południowo-afrykańskiej, że rany z początku wojny, kiedy żołnierze byli jeszcze zdrowi i nie wyczerpani fizycznie, znacznie lepiej się goiły, niż w ostatnich okresach wojny, gdy ludzie byli już trudami wojennymi bardzo zmęczeni.

Jak wielkiej wagi jest tu sam charakter anatomiczny rany, zauważyli już dawni chirurdzy. Już Pirogow w wojnie kaukazkiej zrobił to spostrzeżenie, że rany zadane kulami miedzianemi Czerkiesów lżejsze były i lepiej się goiły, niż rany od kul ołowianych, które uważał dlatego za zatrute. Tymczasem kule miedziane były tylko mniejsze i twardsze od ołowianych, nie ulegały tak prędko zniekształtnieniu, stąd też i rana od nich była mniejsza i nie tak poszarpana, zmiażdżenie tkanek nieznaczne, a więc zakażenie trudniejsze.

Ta różnica wybitniej jeszcze występuje między dawnemi kulami ołowianemi, a obecnie używanemi kulami z płaszczem stalowym. Rany zadane temi ostatnimi mają mały tylko otwór, przewód gładki, zawierają mało tylko strzępów ubrania i to tylko wtedy, kiedy kula zostaje w ranie, a zostaje bardzo rzadko, nadto krwotok w ranie jest zwykle bardzo nieznaczny, przez co i następowe zakażenie jest utrudnione.

Streszczając wszystkie te uwagi, musimy wprawdzie teoretycznie zgodnie z Kayserem uważać rany postrzałowe od kuli za zakażone, w praktyce jednak postępować z niemi tak, jak nas tego nauczył Bergmann i jak to potwierdzili chirurdzy z ostatnich wojen, a więc uważać je za aseptyczne, gdyż takiemi są w rzeczywistości i unikać sztucznego ich zakażenia następowego. (Dokończenie nastąpi).

[40]) l. c.

[41]) l. c.

[42]) Bergmann: Über die Einheilung von Pistolenkugeln im Hirn nebst Bemerkungen zur Behandlung von Schusswunden im Kriege Centrbl. f. Chir. 1896. p. 459.

[43]) Schleich: Neue Methoden der Wundheilung. D. Zeitschrift f. Chir. Bd. 52. Hft. 3 i 4 (ref.).

[44]) Wölfler: Über die Bedingungen der Wundheilung. Prag. med Wochenschrift. 1895. Nr. 20—21.

[45]) Sick: Über Schusswunden im Boerenkriege. D. Ztchft. f. Chir Bd 55. Hft. 3 i 4.

[46]) Küttner: Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem Kriege. 1899/9000. Beiträge z. klin. Chirurg. XXVIII/3 1900.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. med. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.** *Tom I.* **Choroby tchawicy i oskrzeli.** *Warszawa, 1902, str. V + 354 + VI. Tom II.* **Choroby płuc.** *Warszawa, 1903, str. 507 + VII. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej“.*

Ukazał się niedawno z pod prasy tom drugi dzieła, które zasługuje na baczniejszą uwagę już dlatego, iż autorem jego jest znany niemal od lat 30 pracownik szpitalny i naukowy w dziedzinie chorób płucnych, lekarz niewątpliwie z dużem doświadczeniem osobistem i dużą kompetencyą w przedmiocie, któremu teraz poświęca podręcznik. Po drugie dzieło Sokołowskiego jest właściwie pierwszem tego rodzaju w literaturze lekarskiej polskiej, jest przytem co do rozmiarów zakreślone na tak dużą skalę, iż w tym względzie dorównywa, a nawet przewyższa wiele odnośnych monografii zagranicznych. Praca nie jest jeszcze ukończona i tom trzeci, jak zapowiada autor, ma zawierać opis gruźlicy płuc, oraz cierpień opłucnej; materyał jednak, jaki znajdujemy w wydanych dotychczas tomach, pozwala w zupełności zdać sobie sprawę z kierunku, oraz wartości naukowej i praktycznej całego dzieła.

„Kierunek“ wynika poniekąd z samego tytułu pracy. O ile paradoksalnem wydać się może powiedzenie powyższe, faktem jest, że zarówno różnych „specyalistów“ praktyków, jak i tendencye do monograficznych opracowań poszczególnych działów patologii szczegółowej, w jednym przypadku — chorób serca, w drugim — żołądka, w trzecim — rdzenia itp., zrodziła głównie epoka anatomo-patologiczna w medycynie, epoka Virchowa. Mniejwięcej w połowie zeszłego wieku pojęcie choroby utożsamiło się z pojęciem sumy zmian anatomicznych, zmian komórkowych; patologia szczegółowa zeszła zasadniczo na patologię narządów, nawet części i odcinków narządów, a klinika zaczęła pracować wedle wzorów, stawianych przez anatomopatologa Dlatego zaś czemś odmiennem, odmienną „chorobą“ będą zawsze, nawet być muszą, dajmy na to zmiany w błonie śluzowej oskrzeli, a odmienną w tkance okołooskrzelowej, tembardziej — odrębną, zmiany w oskrzelach, a zmiany w pęcherzykach płucnych, boć przecie nietylko dla anatoma i histologa, ale często nawet i dla fizyologa odmiennemi rzeczami są nietylko np. oskrzela i pęcherzyki płucne, ale i składniki anatomiczne samego oskrzeła, samej ściany żołądka i kiszek itp. Różnemi „chorobami“ muszą być, naturalnie, i różnego charakteru, różnego wejrzenia, zmiany anatomiczne, choć umiejscowione w tym samym narządzie, czy pewnym jego składniku. Z rozmaitych wskazówek, nieraz tylko apryorycznych — wypadało, że te różne, a liczne choroby anatomopatologów będą posiadać odrębne objawy i przebieg za życia: ważnem zadaniem lekarza stało się też wynajdowanie równoważników klinicznych dla anatomicznych jednostek chorobowych, oraz umiejętność rozpoznawania za życia tych jednostek.

Od dążeń powyższych, nb. dążeń, które klinicystów trzeźwych i nieuprzedzonych nigdy bezwzględnie nie sugestyonowały, następuje stopniowy, ale stanowczy zwrot i w nauce „książkowej“ ostatnich lat 15—20. Nikt nie zaprzeczy zasług, wyświadczonych przez anatomię patologiczną przy różniczkowaniu pojęcia choroby i unaukowaniu medycyny praktycznej; nikt nie zaprzeczy, iż istnieje cały

szereg chorób „narządowych“, t. j. cierpień, przy których czynnik chorobotwórczy umiejscawia się w pewnym narządzie, czy odcinku narządu i stąd oddziaływa na dalsze części ustroju, oraz cierpień, polegających na wytworzonej bardziej trwałej zmianie anatomicznej pewnego narządu. Faktem jest także, iż umiejscowienie sprawy chorobowej w tym, a nie innym składniku, czy odcinku narządu także może mieć ważne znaczenie i warunkować odrębność przebiegu klinicznego. Istotnie, inaczej przedstawia się, jak wiadomo, przebieg gruźlicy w błonach surowiczych, a w błonach śluzowych: bardzo ważne różnice wynikać mogą, jeśli sprawa patologiczna zmienia w stopniu wysokim celową formę narządu, np. zwęża lub zamyka światło tchawicy, oskrzela, przewodu pokarmowego itd.

Tego wszystkiego, powtarzam, nie może zaprzeczyć klinika współczesna, ale jednocześnie przestaje panować niepodzielnie pogląd, tak powszechny w okresie Virchowowskim, by cała patologia szczegółowa ściągała się do patologii oddzielnych narządów, względnie by jednostka chorobowa powszechnie i zasadniczo, polegała na zmianie anatomicznej pewnego nardądu, czy pewnego składnika, lub odcinka narządu. Jeśli zmiany narządów, czy ich składników w jednym przypadku są najwyższym, podstawowym punktem wyjścia objawów klinicznych, to w innym przypadku będą tylko rzeczą wtórną, przejawem anatomicznym cierpienia ogólnego; temsamem i objawy ze strony pewnego narządu nie zawsze będą dowodem umiejscowienia sprawy chorobowej w tym narządzie. Przy tem wszystkiem w ustroju żywym narządy i ich części składowe nie mają tak bezwzględnej samodzielności, jak się to przedstawia anatomowi, a przeciwnie, pozostają z sobą w licznych związkach, oddziaływając jeden na drugi. I z samych danych anatomopatologicznych wypadało zresztą niejednokrotnie, iż cierpienie jednego narządu, czy pewnego składnika pewnego narządu, prowadzi za sobą bardzo łatwo zmianę narządu innego, czy innego składnika, że istnieje tą drogą wiele prawidłowych „kombinacyi“ różnych odrębnych „chorób“ (np. rozedma płuc i rozszerzenie prawej komórki), że różne „choroby“ obecne są właśnie niemal zawsze w „kombinacyach“.

A nareszcie, jeśli pewnem jest, iż umiejscowienie cierpienia, rodzaj zmiany anatomicznej (jako zmiany formy) miewają ważne znaczenie dla przebiegu i wyniku choroby, to w innym szeregu przypadków istnienie jednostki chorobowej, jako takiej, jej samoistność we względzie objawów i przebiegu, warunkowane są przez czynnik zupełnie innej kategoryi — przez c z y n n i k e t y o l o g i c z n y. Poznanie i postępy bakteryologii nauczyły nas cenić ten czynnik coraz więcej, nadawać mu znaczenie coraz większe, większe, niż posiada obecność zmiany anatomicznej, wprost znaczenie powszechne. I pojmowanie to ogarnia bynajmniej nietylko szereg chorób zakaźnych, dawniejszych gorączkowych; i samoistność wielu innych cierpień, np. t zw. chorób „konstytuconalnych“, chorób przeróbki, coraz chętniej sprowadzamy do odrębności przyczyn, w danym razie odrębnych, przyrodzonych anomalii chemizmu ustrojowego, jako przyczyn wewnętrznych; nawet niektóre dawniejsze, pozornie samodzielne postacie anatomiczne (np. zrazikowe zapalenie płuc) stają się wyraźnie postaciami etyologicznei.m

Konsekwentnie do powyższej zmiany poglądów zmieniają się i poszczególne zapatrywania, cele i dążenia współczesnej kliniki. Czy zechce wielu klinicystów najnowszej epoki uważać i rozpoznawać, jako odrębne „choroby“, np. raka oskrzela w przeciwstawieniu do raka płuca, oraz raka opłucnej, skoro zasadnicza szkodliwość pozostaje we wszystkich przypadkach jednakowa, warunkuje przebieg jednakowo złośliwy, a nawet anatomicznie sprawa chorobowa niemal nigdy nie pozostanie ograniczoną do swego punktu wyjścia? Czy równie zasadniczo jest obecnie taką „pierwotną“ i „oddzielną“ chorobą przewlekły nieżyt oskrzeli, jaką było to cierpienie dla klinicysty epoki anatomicznej, skoro takiego nieżytu niemal nie sposób spostrzegać bez współobecnej rozedmy płuc, czy zaburzeń serca, czy zaburzeń przeróbki materyi itd. I dziesiątki różnorodnych chorób anatomicznych serca coraz mniej interesować mogą, skoro ostatecznie o tyle stają się przedmiotem interwencyi lekarskiej, o ile prowadzą do wspólnego następstwa, t. zw. „niedostateczności“ mięśnia sercowego z jej dalszymi skutkami.

* * *

Zmiany pojęć i poglądów, o których mowa, nie są jeszcze powszechnie uświadomione, nie przepoiły jeszcze całkowicie umysłowości spółczesnego ogółu lekarskiego, nie są też jeszcze w zupełności, że tak powiem, sformalizowane. Przy wykładzie patologii szczegółowej oddziaływają one jednak coraz częściej, nieraz jakby bezwiednie, na klasyfikacyę i cały układ treści; zdradzają swą obecność wysunięciem na pierwszy plan tego, co dawniej stało w cieniu, a przesunięciem na drugi, co dawniej dominowało. Nie można powiedzieć, by dzieło S o k o ł o w s k i e g o było obce, jeśli nie nowym kierunkiem, to przynajmniej nowym materyałom, z których wykluwają się obecnie coraz potężniej nowe pojęcia ogólno- i szczegółowopatologiczne. Przeciwnie, wprost na mocy doświadczenia klinicznego odczuwa autor, niekiedy wskazuje tu i ówdzie niemożność, czy zbyteczność rozpoznawania w klinice różnych postaci chorobowych, zajmujących samodzielne stanowisko w nauce anatomii patologicznej, jak to dotyczy n. p. zapaleń okołooskrzelowych ropnych (*peribronchitis purulenta*), lub rozrostowych (*peribronchitis productiva*), czy gruźlicy samych oskrzeli, zapalenia płuc, t. zw. komórkowego (Tom II, str. 316), wreszcie różnych postaci pylic płucnych (II, str. 394—417). Nie hołduje także S o k o ł o w s k i szematyzmowi anatomicznemu klinicystów, przeważnie francuskich, lubiących drobić do nieskończoności jednostki chorobowe na formy i „podformy“ itp. Z drugiej strony znowu doświadczenie lekarskie doprowadza go, jak doprowadza obecnie i innych klinicystów, do przekonania, iż dla celów praktyczno-lekarskich nie wystarcza opisywanie uznanych form i jednostek chorobowych, ale że jednocześnie musi istnieć rozbiór, że tak powiemy, i od drugiego końca — od objawów zewnętrznych choroby: wszak nic innego, jak pewien objaw, przedmiotowy, czy podmiotowy, jest punktem wyjścia do pracy mózgowej lekarza przy łożu chorego, pracy, szukającej w ustroju p r z y c z y n y stwierdzonych objawów. Poświęca też autor cały rozdział rozbiorowi klinicznemu tak ważnego objawu ze strony dróg oddechowych, jakim jest krwioplucie (II, str. 49—77).

Ale poza powyższem autor nasz, uczeń szkoły anatomicznej na szczycie jej najwyższego rozkwitu, nie zrywa bynajmniej z dawnymi bogami i niemal wszędzie idzie za wzorami epok V i r c h o w a. Pomijam okoliczność, iż autor nie zaniedbuje, czego mu przecież za brak poczytać nie można, podawać szczegółowego opisu zmian anatomicznych pospolitych cierpień płucnych, iż opisuje, niekiedy wyczerpująco i takie formy anatomiczne, dla których, jak sam przyznaje, niema dotychczas i trudno nawet spodziewać się równoważnika klinicznego; obok tego cały układ dzieła, klasyfikacya i t. d. czynione są wedle porządku anatomicznego. Opisuje więc autor oddzielnie kiłę, promienicę, czy bąblowca, oskrzeli, a oddzielnie kiłę, promienicę, czy bąblowca płuc, oddzielnie naturalnie nowotwory oskrzeli, a oddzielnie płuc, do działu chorób oskrzeli trafia, jak i u niektórych innych anatomicznych autorów, choroba zakaźna, krztusiec, a zarazem dychawica (astma) nerwowa, mimo iż ją autor zalicza do nerwic ogólnych itp. itp. Większość o k r e ś l e ń nie różni się także od przyjętych powszechnie w podręcznikach okresu anatomicznego tak, że w ostatecznym wyniku trudno uważać pracę S o k o ł o w s k i e g o za krok pojęciowy naprzód, jakiego oczekuje się obecnie względem chorób narządów oddechowych, jakim jest w wielu względach np. dzieło O. R o s e n b a c h a, odnośnie chorób serca.

Pozostaje jednak strona faktyczna i strona dydaktyczna pracy, o którą zresztą autorowi, jak wynika z przed-

mowy, głównie chodziło. W tym kierunku dzieło Sokołowskiego, wolno twierdzić, daje w niejednym punkcie więcej, niż wiele odnośnych podręczników zagranicznych. Autor nasz, to nie jest jakiś „Bücherarzt", który zna chorobę przeważnie z książki i pisze o niej głównie na podstawie cudzych sądów i poglądów. Przeciwnie, co tylko opowiada i opisuje, wszystko widział osobiście: spostrzegał nietylko w setkach i tysiącach przypadków pospolite formy chorób płucnych, ale obserwował, niekiedy całemi latami, i nietylko w pojedynczych egzemplarzach, formy rzadkie, mało znane i dotychczas niewyczerpująco opisane. Stąd dzieło Sokołowskiego nie traci tym stereotypowym szablonem, jakim odznacza się choćby niejeden podręcznik z najnowszego zbioru Nothnagla: z drugiej strony autor może z własnego doświadczenia opowiedzieć dużo nietylko lekarzowi młodemu, który nieraz potrzebuje kierownictwa już wobec pospolitych jednostek chorobowych, ale i lekarzowi starszemu, gdy ten zetknie się z cierpieniami mniej znanemi. Istotnie o takich postaciach, jak włóknikowe zapalenie oskrzeli (*bronchitis fibrinosa s. crouposa*), bąblowiec dróg oddechowych, znajdzie czytelnik w podręczniku Sokołowskiego opisy, bodaj, czy nie bardziej wyczerpujące i dokładne, niż w jakiemkolwiek innem dziele spółczesnem. Doskonale opracowanym jest także rozdział o dychawicy (astmie) oskrzelowej w tomie pierwszym, a o zapaleniu płuc w tomie drugim (aż 133 stronice!); niemniej wyczerpującym jest opis nieżytu oskrzeli w tomie pierwszym, mniej natomiast wyrazistości, przynajmniej dla recenzenta, posiada rozbiór zrazikowego zapalenia płuc. Z postaci rzadszych najmniej ma autor do opowiedzenia z własnej obserwacyi o grzybicy płucnej (*pneumomycosis aspergillina*). Ważną zaletą dzieła są liczne własne historye choroby, często bardzo dokładne i wyczerpujące: ilustrują one tekst przedewszystkiem tam, gdzie chodzi o formy chorobowe mniej znane. Niewątpliwie takie przykłady konkretne ułatwiają znacznie korzystanie z opisów choroby przy zetknięciu się z postaciami bardziej zawikłanemi.

Specyalnie podnieść należy w pracy Sokołowskiego dział terapeutyczny. Tutaj autor występuje jako lekarz trzeźwy i krytyczny, krytyczny jednak nie z cudzych ust, ale znowu na mocy rozległego własnego doświadczenia: niemal wszystko bowiem, co proponowane, lub stosowane było w terapii chorób płucnych, czy to chodzi o środki farmaceutyczne, czy o różne metody (n. p. aparat Waldenburga), klimatoterapię, czy hidroterapię, Sokołowski wypróbował i osobiście, bynajmniej nie na pojedynczych przypadkach. To też i rozdziały odnośne dzieła, głównie terapia ogólna i szczegółowa nieżytów, oskrzeli, oraz terapia zapalenia płuc, należą do najbardziej szczegółowych i wyczerpujących, jakie istnieją w literaturze lekarskiej spółczesnej. Po ćwierć wieku pracy klinicznej ostatecznie zatrzymał się Sokołowski przy leczeniu przewlekłych cierpień zarządu oddechowego na możebnie szerokiem użyciu świeżego powietrza, u siebie w górach, czy nad morzem, także odżywianiu, hidroterapii, wogóle czynnikach dyetetyczno-higienicznych, terapii zaś wyczekującej łącznie z baczeniem na działalność serca w leczeniu zapalenia płuc. Ze szczegółowszych poglądów terapeutycznych autora zanotować należy, iż stanowczo odrzucając stałe używanie naparstnicy w wysokich dawkach (metoda Petresen) w zapaleniu płuc, Sokołowski widuje pożytek od zwykłych dawek tego leku przy objawach niedomogi serca w tej chorobie u ludzi starych, pijaków, osobników z sercem już uprzednio zmienionem; przeciwny zaś jest nadmiernemu podawaniu alkoholu, nawet wbrew powszechnemu zdaniu podawaniu wyskoku pijakom, nie odrzuca upustu krwi przy objawach obrzęku płuc, nareszcie wszędzie, gdzie istnieje wskazanie, jest zwolennikiem doszczętnego zabiegu chirurgicznego, zamiast półśrodków w rodzaju nakłócia, wstrzykiwania jodu (przy bąblowcu) itp.

Tak się przedstawia praca Sokołowskiego co do strony faktycznej. Co do jej strony formalnej, osobiście może wolałbym tu i owdzie większą zwięzłość wykładu, większą przejrzystość i jędrność określeń, ale rzecz to drugorzędna wobec wskazanych zalet podręcznika. W rezultacie śmiało wolno twierdzić, iż Sokołowski dał naszej literaturze lekarskiej dzieło niepowszednie, we względzie praktycznym niewątpliwie pożyteczne, — dzieło, którego nie powinno brakować w bibliotece lekarza polskiego. *E. Biernacki.*

VI. Wyciągi.

O. Cohnheim. **Rozpad białka pod wpływem ściany jelita.** (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chem.*, 33 Band, Heft V, VI, VI). Badając resorbcyę peptonów w przewodzie pokarmowym, wykazali Hofmeister i Neumeister, że z roztworów peptonów, poddanych zetknięciu z żywą błoną śluzową jelita, peptony znikają. Wprawdzie Neumeister nie wyciągał z tego faktu wniosku, że pod wpływem błony śluzowej jelita dokonywa się powrotna odnowa białka z peptonów, w ten sposób tłómaczono jednak jego doświadczenie, tembardziej, że analogiczne zjawiska znachodzono w kolei przemian tłuszczów podczas trawienia, oraz resorbcyi, że nie znachodzono peptonów we krwi, ni w limfie, ani w tkankach, że peptony, wprowadzane sztucznie do ustroju, sztucznie się wydzielały przez nerki i kiszki. Przyjęto za fakt, że wytwory enzymatycznego rozpadu białka, przechodząc przez ścianę kiszki, ulegają syntezie na białka pierwotne. Cohnheim powtarzał te doświadczenia z resorbcyą peptonów, używając to kiszki sztucznie ukrwionej, to jelita, spoczywającego we krwi, albo działając na peptony wprost sokiem wyciśniętym z błony śluzowej jelita. We wszystkich tych doświadczeniach stwierdził znikanie peptonów z roztworów, jak Neumeister i inni, nigdy jednak zwiększenia ilości białka. Po usunięciu pierwotnie już zawartego w płynie białka, sok jelitowy zawiera zawsze małą ilość białka, odsącz nie dawał odczynu biuretowego, peptonów więc nie zawierał; natomiast kwas fosforowolframowy strącał obfity, krystaliczny osad, który wraz z azotem ciał w płynie zawartych, a nie dających strątu z kwasem fosforowolframowym, przedstawiał dokładnie cały azot do doświadczenia użytych peptonów. Zatem peptony pod wpływem ściany jelitowej przeszły w krystaliczne wytwory dalszego rozpadu. Zarazem udało się Cohnheimowi dowieść, że ta przemiana peptonów nie jest związaną z życiem komórek błony śluzowej jelita, że jest ona sprawą enzymatyczną, a odpowiedni ferment, który nazywa „erepsyną", wyosobnić z błony śluzowej przez cząstkowe wysalanie siarkanem amonowym. W stanie zupełnie czystym fermentu nie otrzymał, mógł jednak dowieść jego swoistości. Ferment ten działa jedynie na peptony i niektóre albumozy, nie wpływa wcale na białka pierwotne, czem się różni od trypsyny i fermentów autolitycznych, znalezionych w wątrobie, płucach i innych narządach. Wśród ciał, powstałych z rozpadu peptonów, znalazł C. na razie leucynę i tyrozynę. *K. Orzechowski.*

O. Cohnheim. **Dalsze doniesienie o erepsynie.** (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chemie*, B. 35, H. II, 1903). W wytworach rozpadu peptonów pod wpływem erepsyny znachodzią C.: amoniak, leucynę, tyrozynę, lysynę, histidynę i argininę, t. j. tes me ciała, które powstają z białek pod wpływem działania kwasów i trypsyny, prawdopodobnie nawet w tymsamym ilościowym stosunku. Przy autolizie narządów powstają większe ilości amoniaku, co przemawia za odmienną przyrodą działania erepsyny. Poddając różne rodzaje albumoz i peptonów działaniu erepsyny, przekonał się C., że wszystkie one, choć z różną szybkością, ulegają rozkładowi. Natomiast różne białka zachowywały się zgoła odpornie, prócz kazeiny, która się rozpadała. Ciekawe to z tego względu, że białko pokarmu osesków strawne jest dla dziecięcego ustroju bez pomocy pepsyny, czy trypsyny. *K. Orzechowski.*

O. Cohnheim. **Trypsyna i erepsyna.** (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chemie*, B. 36, H. I, 1903). Do roztrząsań nad pracami Salaskina, Kutschera i Seemansa, które odkrycie Cohnheima potwierdziły, nasuwa autor uwagi nad działaniem proteolitycznych fermentów i ich wzajemną zdolnością zastępczą. Pepsyna i trypsyna mogą się wzajem zastępować. Wiemy z doświadczeń fizyologów i obserwacyj chirurgicznych, lub internistycznych, że wypadnięcie działania pepsyny odbywa się zupełnie bez szkody dla ustroju. Sandmeyer i Rosenberg, wykluczywszy dopływ soku trzustkowego do kiszek, przekonali się, że 60 do 80% białka uległo resorpcyi. Również ma ustrój podwójne urządzenie, mające na celu dalsze rozbicie drobiny białkowej: erepsynę i trypsynę. Prawidłowo

odgrywa główną rolę w tej czynności erepsyna; trypsyna zaradzić mogłaby w razie ubytku tamtej i na odwrót.

O. Cohnheim. **Dalsze doniesienia o erepsynie. Doświadczenia na oktopodach.** (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chemie*, B. 35, H. IV, V, 1903). C. wykrył, że przetwory trawienia białka pod wpływem erepsyny ulegają w przewodzie pokarmowym głębszemu rozbiciu na związki prostsze, zasady heksonowe. Wobec tego odkrycia wyłania się zagadnienie, w jakiej postaci zostają białka wyłącznie, lub też wyłącznie resorbowane? Mogą się białka resorbować jako takie, o ile są roztworzone, zanim ulegną przemianom trawiennym. Możliwość ta jest dowiedzioną doświadczalnie, proces ten jednak nie wchodzi w grę, jest bowiem mało wydatny, nadto pokarm ludzi i roślinożernych zawiera przeważnie, lub wyłącznie białka w postaci nierozpuszczalnej. Możliwem też, lubo niedowiedzionem jest, że białka resorbują się, jako peptony. To przypuszczenie ma jednak mało cech prawdopodobieństwa wobec stałej obecności erypsyny w przewodzie pokarmowym. Gdy natomiast dowiedzioną jest rzeczą, że w przewodzie pokarmowym zachodzi daleko posunięty rozpad białka pod wpływem erepsyny, należy wziąść pod rozwagę możliwość resorpcyi białka dopiero po powstaniu wytworów tego rozpadu. W rozumowaniu tem utwierdzają doświadczenia Löwiego, który utrzymał przy życiu i w równowadze azotowej psa, odżywianego ciałami, powstałemi z rozpadu białka, a nadto stwierdził u niego przybytek na wadze. Nic więc pewnego nie wiemy o tem, w jakiej postaci białka, czy ich pochodne ulegają resorpcyi. Również niepewne są dane co do losów zresorbowanego białka poza ścianą jelita. Peptony, jako takie do krwi nie przechodzą (Neumeister) i nie jest rozstrzygnięte, czy z roztworu białka, w niezmienionej postaci zresorbowanego, też białko dostaje się do krwi. Dla wytworów powstałych pod wpływem erepsyny, jeśli jako takie ulegają resorpcyi, możliwem jest, że i w niezmienionej nadal postaci przechodzą do krwi, przeciw czemu przemawiałyby spostrzeżenia Kutschera i Seemanna: albo ciała te po resorpcyi doznają w ścianie jelita syntezy na białko, albo wreszcie dokonuje się w tejże ścianie dalszy proces rozbicia kwasów aminowych, którego przebiegu i końcowego wyniku nie znamy.

C. stawia sobie w niniejszej pracy za cel roztrzygnięcie tego zagadnienia. Doświadczenia przeprowadza na zwierzętach, najwyżej rozwiniętych z bezkręgowych, z rodzaju *octopodes: octopus vulgaris* i *eledone moschata*. Zwierzęta te posiadają w wątrobie ferment, analogiczny do erepsyny, a we krwi, jako jedyne białko, hemocyaninę, która też jest jedynym składnikiem azotowym. C. odpreparowuje przewód pokarmowy wraz z wątrobą, wypełnia roztworem peptonów, podwiązuje oba końce i tak przyszykowane jelito umieszcza we krwi zwierząt, przez którą przechodzi przez cały ciąg doświadczenia energiczny strumień tlenu. Po 18 do 22 godzinach otwierał kiszkę, w której znachodził obficie jeszcze pepton, zaś leucynę i tyrozynę wyjątkowo tylko i w śladach. Zajmujące wyniki dało natomiast badanie krwi, w której jelito było umieszczone. W odsączu od hemocyaniny, wspomnianego wyżej jedynego ciała azotowego krwi oktopodów, znachodził C. stale znaczne ilości azotu, który w części strącał się z kwasem fosforo-wolframowym, jednak odczynu biuretowego nie dawał. Zatem wprowadzony do jelita pepton resorbował się w postaci swych krystalicznych wytworów rozpadu, wśród których udało się C. wykazać z zupełną prawie ścisłością leucynę, tyrozynę, lysidynę, argininę i amoniak.

Autor, przekonawszy się, że trawienie białka znachodzi swój wyraz końcowy u oktopodów w tychsamych wytworach, co u zwierząt ssących, stwierdziwszy, że krew ich nawet w pełni przebiegu trawienia, jako jedyne ciało azotowe, zarazem jedyne swe białko, tylko hemocyaninę zawiera, wykazał, że w warunkach podanego doświadczenia, resorpcya białka odbywa się w postaci krystalicznych wytworów jego rozpadu. Z powodu podobieństwa stosunków trawienia u oktopodów i kręgowców prawdopodobnie tensam proces odbywa się również u tych ostatnich. *K. Orzechowski.*

O. Loewi. **Synteza białka w ustroju zwierzęcym.** (*Archiv für exper. Path. und Pharmak.*, B. 48, S. 304, 1903). Rośliny tworzą białka swego ustroju z prostych, niezłożonych związków azotowych; zwierzęta, wedle ogólnie przyjętego zapatrywania, spożytkowują jedynie gotowe białka. W roślinach dokonywa się synteza białka, której istnienie w ustroju zwierzęcym ma być wykluczone. Sporną jest nawet kwestya, czy peptony mogą białko zastąpić. Z ciał, nie mających charakteru białka, t. j. nie dających odczynu biuretowego, okazywanego nawet przez najprostsze ciała białkowe, protaminy Kossla, badano jedynie asparaginę na jej zdolność zastępowania białka w przemianie materyi. Z doświadczeń w tym kierunku wynika co najwyżej, że asparagina ma znaczenie ciała, zaoszczędzającego spotrzebowanie białka. Nie wynika jednak z tego, że ciało zwierzęce nie jest zgoła uzdolnione do syntezy białka. Czego nie może zrobić jeden produkt rozpadu białka, dokonać mogłaby suma kilku ciał niebiałkowych, a jednak powstałych z rozpadu białek. Tego rodzaju stosunki, obecność rozmaitych wytworów rozpadowych białka, widzimy w przewodzie pokarmowym zwierząt, gdzie pod wpływem trypsyny i erepsyny drobina białkowa ulega daleko idącemu rozbiciu w szerokim zakresie, ogarniającym może całą wartość zawartych w przewodzie pokarmowym peptonów.

Loewi podawał psom obok tłuszczu (smalec świński) i skrobi, nie zawierającej prawie azotu (ryż), lub cukru trzcinowego, jako jedyny pokarm azotowy wytwory zupełnego strawienia trzustki, nie dające już wcale odczynu biuretowego, zatem nie zawierające białka, ani peptonów. Kilka doświadczeń nie powiodło się, zwierzęta dostawały wymiotów, lub biegunki, wskutek czego wyniki badania przemiany materyi traciły na wyrazistości. Wreszcie udało się autorowi wykonać doświadczenie, którego przebiegu nie zamąciła żadna niepożądana przypadłość. Przez 11 dni wyłącznej dyety bezbiałkowej utrzymał C. zwierzę nietylko w równowadze azotowej, lecz nadto wykazał znaczny przyrost bilansu (+ 0·5 grm. N dziennie), przyczem ciężar ciała zwierzęcia z początkowego, wynoszącego 11·9 klgr. wzrósł o 1 klgr. Jako dowód, że odkładanie azotu złożyć trzeba na karb przybytku białka w ustroju, podaje C., że równolegle, nawet w stopniu przewyższającym wymagane teoretycznie liczby, zmniejszało się wydzielanie fosforu. Doświadczenie to dowodzi, że s u m a o s t a t e c z n y c h w y t w o r ó w, w y s z ł y c h z b i a ł k a, a n i e d a j ą c y c h o d c z y n u b i u r e t o w e g o, z a s t ę p u j e b i a ł k o p o k a r m ó w, t. j. zastępuje wszystkie części składowe białka, ulegające podczas przemiany materyi rozpadowi. Zwierzę zatem może syntetycznie odtwarzać białko i nie musi przyjmować koniecznie z pokarmów gotowego białka. Gdy więc suma wytworów rozpadu białka zastępuje białko w przemianie materyi, pozostaje do zbadania, które z tych związków są konieczne i jak się przedstawia ich wzajemny stosunek ilościowy, w jakim tylko mogą sprawnie zastąpić białko? Z nielicznych bardzo badań, przedsiębranych w innym kierunku, wnioskowaćby można, że lysyna niekoniecznie jest potrzebną dla ustroju.

Dalsze badania autora wyświetlają, że daje się wprawdzie uzyskać równowagę azotową, względnie odkładanie się azotu w ustroju przez podawanie wytworów trawienia trzustki, przytem jednak zużywa się więcej azotu, niż przy dyecie mięsnej. Zatem wytwory rozpadu białka nie są równowartościowe białku.

Zastanawiając się nad dalszymi losami krystalicznych wytworów trawienia białka, dochodzi C. do wniosku, że synteza ich nie dokonywa się w ścianie jelitowej. Wyobraża sobie w myśl teoryi Ehrlicha, że we krwi krążą ciała „wiążące“ (*Bindekörper*), które wchodzą w połączenia chemiczne z pewnymi związkami, wyniklymi ze strawienia białek i następnie, zależnie od zapotrzebowania różnych narządów, pewne grupy na korzyść tychże odszczepiają. W ten sposób tworzyłyby białko same narządy ustroju. Ze tę zdolność narządy posiadają, dowodzi fakt zachowywania niezmienionego ciężaru przez narząd nerwowy ośrodkowy i serce w stanie głodu. Za istnieniem związywania pewnych ciał przez drugie, przyczem pierwsze wprost stają się niedostępne wykazaniu chemicznemu, przemawiają fakta: Miescher i Pflüger stwierdzili, że w pewnych warunkach białka krwi związują tłuszcz; cukier jest w pewnej części związany we krwi z lecytyną; w krwi prawidłowej nie znachodzimy kwasu moczowego, który przecież stale wydziela się z moczem.

Bunge nie przypuszcza istnienia daleko idącego rozpadu białka w przewodzie pokarmowym. Taki proces byłby jego zdaniem bezużytecznem marnotrawieniem utajonej energii chemicznej. Na to odpowiada C., że zgoła nie wiemy, czy i ile ciepła się zużywa przy tym rozpadzie. Oznaczanie ciepła spalania dla wytworów trawienia trzustki dało wartości, zaledwie o 10% niższe od wartości ciepła spalania dla białka z tąsamą ilością azotu. Lecz mimo tej nieznacznej straty energii przy odbudowaniu białka nie możemy być pewni, czy ona jest „bezcelowem marnotrawstwem“, czy też owszem wychodzi na korzyść ustroju. *K. Orzechowski.*

Grünwald. **Galwanokaustyczne wkłówania jako metoda leczenia gruźlicy krtani.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1903, Nr. 25). W gruźlicy krtani musimy zazwyczaj kłaść na to wagę, że leczenie nie może mieć nigdy pomyślnego wyniku, jeśli nie dosięgnie nacieków głębokich; zarazem jednak baczyć należy, by przy leczeniu głębokich nacieków nie uszkodzić i błony śluzowej. Owrzodzenia i nacieki te autor wypala, lecz zamiast elektrolizy, która jest niepraktyczną z powodu swego długiego trwania, stosuje wkłówania galwanokaustyczne, mające zalety elektrolizy, a trwające krótko. Po odpowiedniem znieczuleniu krtani kładzie się na naciek cienką igłę platynową, rozpala ją i lekko naciska: jeśli tkanka zdrowa, opór jest większy i wtedy się igły dalej nie prowadzi; w nacieku zaś przypala się tak długo, aż igła nie daje się

w kanale wkłócia swobodnie poruszać. Cały zabieg trwa 5—10 sekund. Odczyn po nim jest bardzo nieznaczny, co najwyżej powstaje mały obrzęk w sąsiedztwie, lub go wcale niema; bóle występują rzadko, trudność połykania małego stopnia, a w kilku przypadkach nawet niemożność połykania, która była przed operacyą, ustąpiła po niej. Zbliznowacenie następuje w kilku dniach do tygodnia. Aby uchronić od przesady, zaznacza autor jeszcze, że metoda ta nie może mieć zastosowania w rozległych naciekach całej krtani, jakoteż w procesach obumarcia ochrzęstnej i chrząstki krtaniowej. Jednakże nie powinno się tej metody ograniczać tylko do nacieków gruźliczych; autor stosował ją ze skutkiem w ciężkim zapalnym rozroście (*hyperplasia*). *B. Żmigród.*

Glockner. **Wyniki końcowe wyjęcia macicy przy raku.** (*Die Heilkunde*, Zeszyt 6, 1903). Praca ta jest statystyką przypadków raka macicy, operowanych w klinice Zweifla w Lipsku, z której wynika, że odsetek trwałego wyleczenia wynosił 35·6%, a bezwzględnego wyleczenia raka macicy 9·7%, coby w porównaniu trwałych wyleczeń raka innych części ciała: szczęki dolnej 13%, wargi 28%, języka 8%, sutka 17—28%, świadczyło o wcale dobrych wynikach operacyjnego leczenia raka macicy. Z 974 przypadków nadawało się i było operowanych 260, czyli 26·9%, a z tych w 90% był rak trzonu, w 10% rak szyjki. Operowano trzema sposobami: przez pochwę (85·6%), przez jamę brzuszną i metodą Hocheneggа, drogą kości krzyżowej. Naczynia zaopatrywano podwiązkami (42·7%), kleszczykami (klemami) (48·1%), podwiązkami i szczypczykami w 8·8% przypadków operowanych. Co do wystąpienia nawrotów, to prawie w 50% wystąpił nawrot w pół roku po operacyi, a wogóle w 70% w pierwszym roku. Przeciętne trwanie życia po operacyi dotkniętych nawrotem wynosiło 19 miesięcy. Stosunki te na korzyść leczenia operacyjnego mogą się poprawić, o ile chore będą się wcześnie zgłaszały i na operacyę się zgodzą, gdyż postęp w leczeniu raka macicy zależy obecnie w pierwszym rzędzie od bardzo wczesnego rozpoznania i wcześnie zrobionej operacyi. *B. Żmigród.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Libanol. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Jest to olejek eteryczny, otrzymywany z *cedrus atlantica*, o barwie cytrynowej, przyjemnym smaku i zapachu, rozpuszczalny w alkoholu i eterze, nierozpuszczalny w wodzie. Huertas i Gémy zalecają libanol, jako bardzo cenny środek w nieżytach narządu oddechowego i dróg moczowych. Przeciw rzeżączce jest równie skuteczny, jak olejek santałowy, nad którym posiada tę wyższość, że nie drażni przewodu pokarmowego i nerek. Przy dziennej dawce 3·0 libanolu bóle ustają szybko i wydzielina zmienia charakter tak, że już po tygodniu można rozpocząć leczenie miejscowe. Podobnie działa libanol w nieżytach pęcherza. W przewlekłych nieżytach oskrzeli i gruźlicy płuc libanol rozrzedza wydzielinę i odejmuje jej ropny i cuchnący charakter. Bardzo ciekawy jest wpływ libanolu na tran rybi. Dodatek 20—30 grm. tego środka na litr tranu odejmuje mu zupełnie przykry smak (nie zmieniając jego własności) tak, że nawet bardzo wrażliwe dzieci znoszą mieszaninę tę bardzo dobrze. Najlepiej podawać libanol w kapsułkach żelatynowych po 0,25—0,50. Dawka dzienna wynosi przeciętnie 3·00; można jednak bez obawy podnieść ją aż do 8,00. Cena 1 grm. = 10 hal. *Dr. T. Ż.*

Jul. Bucsányi. **Leczenie skazy moczanowej urycedyną.** (*Mag. Orv. Lap.* Nr. 3, 1903). Jako szczególnie skutkujący lek w skazie moczanowej polecają klinicyści urycedynę. Na Węgrzech robili doświadczenia z tym przetworem Aujeszky i Donogány na gołębiach. Na podstawie tych doświadczeń i jednego przypadku klinicznego twierdzą autorowie, iż urycedyna działa lekko moczopędnie, zmniejsza kwasotę moczu, natomiast nic wykazali na gołębiach jej własności rozpuszczania moczanów. Urycedyna jest solą o kwaskowatym smaku, w wodzie łatwo rozpuszczalną, w eterze i wyskoku nierozpuszczalną. Otrzymuje się ją ze świeżych cytryn. Głównym składnikiem urycedyny jest cytrynian sodowy, który w połączeniu z innemi solami sodowemi leku łączy się z moczanami, tworząc łatwo rozpuszczalne moczany sodowe i powiększa kwasotę soków tkankowych. B. podawał urycedynę w 9-ciu uporczywych przypadkach skazy moczanowej w dawkach 2—4 grm. dziennie. Chorzy należeli do biednej klasy robotniczej i byli wyniszczeni. Wyniki były następujące: urycedyna w porównaniu z wodami alkalicznemi nie upośledza trawienia, ponieważ wiąże tylko część kwasu żołądkowego. Mocz staje się zasadowym; jest ona lekkim środkiem moczopędnym. Zaletą urycedyny, iż jest przetworem wolnym od soli wapniowych, a wadą, że w większych dawkach (5—6 grm.) sprowadza biegunkę, którą jednak łatwo można usunąć. Najpewnie działa, gdy podaje się ją w substancyi, trzy razy dziennie na koniec noża; rozpuszczona w letniej wodzie, poczem zmieszana z zimną wodą, stanowi przyjemny napój. Bardzo stosowne są kołaczyki. B. poleca następujący przepis: *Rp. Uricedin. Stroschain 20·0 Aq. dest. 180·0, Tinct. opii simpl. 3·0, Syr. c. aur. 20·0.* S. trzy razy dziennie po łyżce stołowej. *Baschkopf.*

VIII. Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Skreślił

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

Wielkie zdobycze wiedzy przyrodniczej w ostatniem stuleciu nie mogły pozostać bez wpływu na skalę naszej wiedzy z zakresu medycyny, która rozrosła się na wiele gałęzi specyalnych, mających wyłącznie praktyczne cele niesienia pomocy cierpiącej ludzkości. Rozwój lub upadek sztuki lekarskiej w przeszłych wiekach całkowicie zależał od stopy wiedzy przyrodniczej; z podniesieniem poziomu tej ostatniej i medycyna praktyczna robiła postęp wybitny; odwrotnie zaś, z przyćmieniem światła przyrodoznawstwa, medycyna popadała w grubą empiryę. Starożytne zapatrywanie na medycynę, jako na rzemiosło, upadło; z biegiem lat podniesiono ją do stopnia sztuki; od kandydatów szkół lekarskich zaczęto wymagać pewnych kwalifikacyi naukowych, w szczególności odbycia kursu nauk przyrodniczych, zanim się poświęcą specyalnie sztuce leczenia. Jeżeliby śród lekarzy byli tylko praktyczni zawodowcy, nie interesujący się przyrodoznawstwem w szerszym zakresie, nie mielibyśmy tych, co wprowadzili medycynę na nowe tory, jakoteż i tych, co w imię wyższych idei stają się działaczami społecznymi, lub jako filozofowie wskazują ludzkości górne prądy myśli. Nie szczyciłby się takimi świat lekarski geniuszami ludzkości, którzy wyszli z jego łona, jak Kopernik, Galvani, Piotr Camper v. Baer, Jędrzej Śniadecki i tylu, tylu innych; nie byłby dumny, że na cichej pracy dwóch pokoleń lekarzy Darwinów: ojca i syna — wnuk zbudował i rozwinął nieśmiertelną teoryę ewolucyi i pochodzenia.

Podstawą spółczesnej medycyny umiejętnej jest cały szereg nauk przyrodniczych, traktujących przeważnie o człowieku i jego ustroju w stanie zdrowia i choroby, mianowicie: anatomia, fizyologia, embryologia, patologia, anatomia porównawcza i wreszcie najmłodsza z nich — antropologia, nauka o człowieku, pojęta w szerszym zakresie, podobnie jak ornitologia, specyalnie poświęcona nauce o ptakach, a entomologia o owadach. Antropologia przeto jest historyą naturalną człowieka, jak zoologia, historyą naturalną zwierząt. Antropologia bada oddzielne ludy i rasy ludzkie, ich ustrój fizyczny i psychiczny; tu się odnoszą czynności fizyologiczne, wpływy klimatyczne, warunki życiowe, wreszcie odporność, lub skłonność pewnych ras i ludów do niektórych chorób itp. Z tego wynika, że kiedy inne nauki lekarskie poświęcone są badaniu człowieka wyłącznie ze stanowiska zdrowia, lub choroby, antropologia bada go w obydwóch stanach. Przedmiotem badań antropologa nie jest tylko człowiek spółczesny, oświecony, lecz i pierwotny, oraz rasy i ludy dawno wygasłe, a to dla porównania ich z dziś żyjącymi.

Dzięki bakteryologii i higienie już są w części zbadane zewnętrzne przyczyny chorób, leżące w sferze otaczającej człowieka; natomiast sam człowiek, żyjący w tej atmosferze, nie jest zbadanym. Zaczęto więc roztrząsać sprawę dziedziczności chorób nerwowych, wewnętrznych i psychicznych w szeregu pokoleń. Należało przekonać się, jaką rolę grają w powstawaniu chorób właściwości rasowe i plemienne. Ażeby te zagadnienia rozwiązać i wyświetlić, medycyna, wsparta metodą antropologiczną, powinna opracować anatomię, fizyologię i patologię ras i wykazać, jakie są anatomiczne i fizyologiczne właściwości ras czystych i mięszanych i które rasy podpadają tym, lub innym chorobom, a jakie są od nich wolne.

Antropologia jako nauka rozpada się na dwa działy: do pierwszego z nich należą antropologia fizyczna, która

bada różnice morfologiczne, zachodzące między rasami i plemionami, oraz przyczynę tych różnic. Bada ona fizyologię i patologię ras na tyle, na ile fizyologiczne właściwości i patologiczne zmiany są związane z budową ustroju i mogą służyć za cechę wyróżniającą tej, lub innej rasy. Antropologia psychiczna roztrząsa życie duchowe oddzielnych ras i ludów, rozważając je nie jako morfologiczną jednostkę, lecz w związku z pewną grupą kulturalną. Antropologia, oceniana z tego względu, jest już historyą naturalną ludzkości, grupującą wiele ważnych jej działów i znacznie rozszerzającą nasze pojęcie o człowieku. Jędrzej Śniadecki w dziele swem „Teorya jestestw organicznych" (T. II, str. 35—36, rozdział 222. Wilno, 1811 r.) omal, że nie przed stu laty nakreślił przyszłą naukę o człowieku, a zdaje się nam, jakbyśmy słyszeli głos spółczesny: „Lecz bez względu nawet na miejsce, które człowiek w łańcuchu jestestw organicznych zajmuje, w wielu jeszcze widokach uważany być może. Nauka zaś poświęcająca się jego uwadze, powinna obejmować wszystkie podobne względy; powinna zająć wszystko, co tylko wiedzieć można o jego składzie i wykształceniu; o siłach w nim, na niego i przez niego działających; o jego stosunkach do reszty otaczającego go przyrodzenia; o początku, wzroście, postępku i schyłku jego życia; o czynności i mocy tak całej jego machiny, jako i pojedynczych narzędzi; nakoniec o stosunkach jego towarzyskich, czyli do jestestw jemu podobnych. Nauka o człowieku nie będzie zupełną, jeżeli go nie będzie uważać we wszystkich stosunkach i we wszystkich widokach; a z tego względu będąc niezmiernie obszerną, musi się dzielić na wiele odnóg i umiejętności szczególnych".

Myśli, zawarte w słowach Śniadeckiego, dziś rozwinęły się w całą naukę o człowieku, która ma przed sobą szerokie widnokręgi.

Przechodząc do antropologii fizycznej, niepodobna pominąć zasług Lamarcka, nieśmiertelnego twórcy teoryi przeobrażeń (transformizmu), którą następnie rozwinął Darwin w nauce o pochodzeniu, a szerokim popularyzatorem tej wiedzy został Ernest Haeckel; nowa nauka wniosła ogromne zmiany w całem przyrodoznawstwie i nie mogła pozostać bez wpływu na medycynę, dając człowiekowi bodziec do poznania i badania samego siebie, swego pochodzenia, rozwoju i czynności ustroju. Słusznie jeden z największych zoologów naszego stulecia, Tomasz Huxley, nazwał teoryę pochodzenia człowieka „zagadnieniem nad zagadnieniami ludzkości". Dzięki więc zdobyczom w zakresie zoologii i anatomii porównawczej, człowiek został wydzielony w osobną naczelną grupę zwierzęcą, do której zaliczają się: 1) małpiatki, 2) małpy, i 3) ludzie. Robert Hartman dzieli tę grupę naczelną na trzy rodziny: 1) *primarii* (ludzie i małpy antropomorficzne), 2) *simiae*, właściwe małpy (*catarrhinae* i *platyrrhinae*) i 3) *prosimiae*, małpiatki. Hartman połączył w jeden dział ludzi i małpy antropomorficzne na tej zasadzie zupełnie identycznej budowy łożyska, różniącej się od łożyska innych małp. W ten sposób we wszechświecie człowiek zajął jedną z grup pokrewnych z małpami. Według Haeckla [1]) człowiek należy do rzędu naczelnych *(primates)*, stanowiących jednorodną grupę; wszystkie naczelne małpiatki i małpy wraz z człowiekiem pochodzą od jednej wspólnej pierwotnej formy rodowej, od hipotetycznego „archiprimasa". Z małpiatek (*prosimiae*) rozwinęły się później prawdziwe małpy (*simiae*). Z tych ostatnich miały powstać małpy starego świata (catarrhinae), stanowiące naturalną, jednorodną grupę. Wspólna ich hipotetyczna pierwotna postać rodowa (*archipithecus*) może być pośrednio, lub bezpośrednio wyprowadzona z jednej gałęzi małpiatek. Człowiek zaś ma pochodzić od szeregu wymarłych małp starego świata; młodsi przodkowie tego szeregu mieli należeć do grupy bezogonowych ludomałp, z pięcioma kręgami krzyżowymi (*anthropoides*); starsi z nich do grupy ogoniastych małp pawianowatych, z trzema, lub czterema kręgami krzyżowymi (*cynopitheca*). Te wywody i dowody największego ze współczesnych zoologów Ernesta Haeckla nie dadzą się zbić, nie mówiąc o tem, że anatomiczne i paleontologiczne odkrycia późniejsze wyjaśnią szczegółowo stopień rodowodu człowieka.

Na zasadzie analitycznie wynajdowanych różnic w budowie poszczególnych form zwierzęcych, jak również syntetycznie, na podstawie wspólnych cech naturalnych grup, anatomia porównawcza przyszła do tychsamych wyników. Porównawcza fizyologia, jakkolwiek będąca jeszcze w zaczątku, poucza nas, że niema głębszej różnicy między człowiekiem, a małpą. Pożywienie, trawienie, obieg krwi, oddechanie i przemiana materyi sprowadzają tesame fizyologiczne i chemiczne procesy, jak u ludomałp; czynność ruchu i czucia, życie płciowe, rozmnażanie się odbywają się w ten sam sposób, jak również ruchy narządu mięsnego i kostnego, oraz czynność zmysłów. Dawniej uważano jeszcze za osobną cechę, charakteryzującą człowieka, chód w postawie pionowej; dziś zaś wiadomo, że w tensam sposób może poruszać się szympans, orangutan, goryl, a szczególnie gibbon.

(C. d. n.).

[1]) Nie małą przysługę wyświadczyli wiedzy naszej przyrodniczej Dr. M. Grochowski, przywłaszczając językowi polskiemu Ernesta Haeckla »O pochodzeniu człowieka ze stanowiska dzisiejszej wiedzy« (odczyt wygłoszony na czwartym międzynarodowym Kongresie zoologów w Cambridge, 26 sierpnia 1898 r.). a prof. Dr. B. Dybowski opatrzył je słowem wstępnem i słowniczkiem nazw zoologicznych. (Lwów, 1902). Pomimo przejścia czterech lat od czasu odczytu Haeckla, wypowiedziane w nim teorye nietylko się nie zmieniły, lecz przeciwnie, jeszcze się bardziej utrwaliły w nauce.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 września.

* Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zastanawiał się na wczorajszem posiedzeniu nad podaniem sekundaryuszów szpitala św. Łazarza, wniesionem z powodu znanego już czytelnikom naszym projektu złączenia szpitalnego oddziału chirurgicznego z uniwersytecką kliniką chirurgiczną pod kierownictwem każdorazowego profesora chirurgii. Po należytem i wszechstronnem zbadaniu tego projektu Wydział Izby nabrał ugruntowanego przekonania, że wspomniane połączenie, pociągające za sobą zwinięcie dotychczasowego stanowiska prymaryusza oddziału chirurgicznego, nie odpowiada interesom stanu lekarskiego w kraju i postanowił bezzwłocznie poczynić u właściwych władz umotywowane przedstawienia.

* Dowiadujemy się, że w sprawie projektowanego oddania chirurgicznego oddziału szpitala św. Łazarza pod kierownictwo profesora kliniki chirurgicznej, Wydział krajowy stanie na gruncie autonomicznym i z praw, zastrzeżonych konstytucyą, ustępstw nie uczyni.

* Wydział krajowy przedstawi na najbliższej sesyi sejmowej do uchwalenia następujące wnioski: 1) zakupić szpital miejski w Drohobyczu za kwotę 50,000 koron na własność funduszu szpitalnego i wyasygnować zasiłek w kwocie 30,000 koron na adeptacye i rozszerzenie szpitala o 30 łóżek; 2) udzielić wydziałowi powiatowemu w Zaleszczykach pożyczkę w kwocie 80,000 koron na skonwertowanie dawnej pożyczki 50,000 koron i pokrycie udziału powiatu w kosztach budowy nowego szpitala w Zaleszczykach; 3) wyasygnować szpitalowi powszechnemu w Śniatynie 25,000 koron na rozszerzenie szpitala przez wybudowanie domu administracyjnego i pawilonu dla chorób zakaźnych.

* Minister spraw wewnętrznych powołał koncepistę sanitarnego Dra Kazimierza Mieroszewskiego do służby w ministerstwie spraw wewnętrznych.

* Warszawskie Towarzystwo opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi, w myśl postanowienia zarządu z d. 24 z. m., zawiadamia, że opróżnioną jest posada lekarza zakładowego w schronisku Drewnicy. Warunki: 600 rb. pensyi rocznej, całkowite utrzymanie i wolne mieszkanie przy schronisku. Podania należy wnieść przed 15 września w kancelaryi Towarzystwa (ul. Widok, l. 8, m. 3).

* Rząd rosyjski udzielił pozwolenia lekarzowi warszawskiemu, Dr. Wawelbergowi, na założenie prywatnej szkoły położnych.

* Izba lekarska wyższo-austryacka wniosła do rządu prośbę o wydanie zarządzenia, ażeby w dochodzeniach przeciwko lekarzom, obwinionym o błąd w sztuce, sądy zasięgały obowiązkowo opinii wydziałów lekarskich, wogóle znawców, kompetentnych w tego rodzaju sprawach.

* Sprawa, dotycząca wymagania przez sądy orzeczeń sądowo-lekarskich od lekarzy świadków, poruszona w podaniu do ministerstwa spraw wewnętrznych przez Izbę krainską, nie znalazła uwzględnienia. Odwołanie się do Najwyższego trybunału zostało *a limine* odrzucone z uwagą, że tego rodzaju interwencya przekracza zakres działania, przyznany ustawą Izbom lekarskim.

* Tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Kassel od 20 do 26 września.

* III międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy odbędzie się w Paryżu od 24 września do 1 października b. r.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXIII) (16—23—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 74, zmarło osób 59, mianowicie: z gruźlicy 15 (6 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 1, z płonicy 2, z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 8, z zakażenia przyrannego 4 (2 zam.).

* Między 18 a 24 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach w Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), staro-samborskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajnymi profesorami w czeskim Uniwers. w Pradze mianowani zostali docenci: Frankenberger (laryngologia), Slavik (sądowa medycyna i Velich (patologia ogólna i doświadczalna), a chemik Doc. Formanek otrzymał tytuł profesorski. Dr. Casper otrzymał tytuł prof. urologii w Berlinie. Dr. Ziehen mian. prof psychiatr. kliniki w Halli. Dr. Bonnhoeffer: profesorem psychiatryi w Królewcu. Dr. Wenckebach prof. kliniki lek w Amsterdamie.

Nekrologia. Umarli: Dr. Playfair. b. prof. ginekologii w King College w Londynie. Dr. Swayne b prof. ginekologii w Bristolu. Dr. Corfield, prof. higieny w Londynie. Dr. Antoni Urbanik, starszy lekarz sztabowy, zmarł w Krakowie.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 9. Heyman: Nowa metoda ilościowego określenia cukru mlecznego w mleku. Wagner: Jak odróżnić surowe mleko od gotowanego? Piątkowski: Nowa metoda wyosobniania kwasowo-odpornych bakteryi. Dominikiewicz: Bacterium lactis aerogenes w mleku. Wojciechowski: O stosowaniu metody Rothbergera w celu wykrycia w wodzie bakt. okrężnicy i bakteryi gnilnych. Dominikiewicz: Gąsienice owadów jako przypadkowe pasorzyty ludzi. Czarnomski i Szosland: Z notatek laboratoryjnych Piątkowski: *Lycopodium* i lasecezniki gruźlicy.

— *Krytyka lekarska* Nr. 9. Markiewicz: Świadectwa lekarskie. Z. Kramsztyk: Zaniedbanie katedry. Kłoś: W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Rzętkowski: W sprawie świadectw choroby dla uczniów.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9 Mieczkowski: O sposobach operowania guzów krwawnicowych z specyalnem uwzględnieniem metody Whiteheada.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Dzierzgowski: O stosunku własności antytoksycznych krwi do zjawisk ogólnych odporności zwierząt względem błonicy. Wasserthal: Przyczynek do kazuistyki i etyologii cystynuryi (c. d.). Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 35. Lejberg: W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego. (dok.). Heiman: Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 16. Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie guberni radomskiej. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (c. d.).

— *Głos lekarzy* N. 5. Zawiera: Przepełnienie w zawodzie lekarskim. — Za mało jeszcze lekarzy. — Partactwo lecznicze. — Pamiętajmy o funduszu zapomogowym. — Bezpłatny obowiązek. — W sprawie obsadzenia prymaryatu na oddziale chirurgicznym w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Oddział należytości Tow. Samopomocy lekarzy. — Odwrotna strona medalu. — Organizacya lekarzy w Królestwie Polskiem — Organizacya lekarzy w zaborze pruskim. — W ważnej sprawie. — Do kolegów narodowości ruskiej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 35. Vitek: Primarni tonická křeč obličejová s vlněním svalovým. Feigl: K assanaci prostituce. Schwarz: O účincich orthopedických kroseth při skoliose. Šimáček: Léčeni horkým vzduchem.

— *Sbornik klinický* Č. 6. Pelnář: Duševni poruchy při chorobách tělesných. Šebor: Poznámka ku pathogenese a diagnose — Duchennovy obrny.

— *La Presse médicale* Nr. 68. Marinesco: Obecność ciał obcych (substancye krystaliczne i drobnoustroje) w komórkach nerwowych w stosunku do teoryi ameboizmu nerwowego Fabre: Zastosowanie centryfugowania do doraźnego oznenienia wartości odżywczej mleka.

Nr. 69. Sikora: Skręcenie szypuły torbiela więzadła szerokiego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Glas: Przyczynek do patologii gruźlicy migdałków podniebiennych. Pupovac: Przyczynek do nauki o gruźlicy gruczołu tarczykowego. Neumann: W sprawie etyologicznego znaczenia defektu mięśnia kapturowego dla wysokiego ustawienia łopatki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 35. Meyer: Przyczynki do kwestyi leukocytów. Schwarzkopf: Rozpoznawanie przewlekłych zapalnych spraw nerkowych. Treutlein: Brak wałeczków w moczu cierpiących na zapalenie nerek. Hofmeier: Przyczyny śmierci noworodków podczas porodu lub zaraz po nim z uwzględnieniem sądowo-lekarskiego ich znaczenia. Polano: Opieka i żywienie przedwczesnych i słabowitych noworodków w pierwszych dniach ich życia. Hammer: Przyczynek do leczenia łożyska przodującego. Engel: Oznaczanie lewej granicy serca. Keydel: Śródpęcherzowe rozdzielanie moczu obu nerek. Hornung: Oznaczanie granic serca metodą Smitha za pomocą fonendoskopu. Lossen: Prosty przyrząd podpierający do chodzenia. Jamin i Müller: Ciężar gatunkowy żyjącego człowieka ze szczególnem uwzględnieniem ciężaru równoważnego do celów klinicznych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Ehrlich: Skład jadu toksyny błoniczej. Henneberg i Stelzner: O psychicznem i cielesnem zachowaniu się dwojaków krzyżozrosłych Róży i Józefiny (»siostry czeskie«). Overlach: Trigemina, lek znieczulający i kojący. Tuszkai: Wskazania do wywołania sztucznego porodu przy wymiotach nie do powściągnięcia i przy chorobach serca. Czerno-Schwarz i Bornstein: Cytodyagnostyka (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 36. Hueppe: Opieka państwowa nad mieszkaniami. Kasten: O tworzeniu się swoistych niewczników po wstrzyknięciu podskórnem. Edel Zależność białkomoczu okresowego od krążenia. Meyer: O przewlekłej rzeżączce i wykazaniu gonokoków. Stein: Stosowanie twardej lub rzadkiej parafiny do wstrzykiwań podskórnych.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 19 Września 1903. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wyjęcia macicy.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Jeśli sprawa techniki całkowitego wycinania macicy stoi dziś znowu na porządku dziennym, to niewątpliwie przyczyną tego jest ruch, rozpoczęty przez Wertheima, a mający na celu zasadniczą zmianę w sposobie operowania raka macicy. Ten zwrot przeciwko typowej *exstirpatio uteri per vaginam* powstać musiał, bo nie ulega wątpliwości, że wyniki późne tego zabiegu w przypadkach raka były zgoła niezadowalniające, mimo, że sama operacya dzięki licznym technicznym poprawkom stała się i łatwą i bardzo mało niebezpieczną. Czy zwrot, którego dziś jesteśmy świadkami, poprawi smutną statystykę nawrotów raka, czy, gdyby nawet tak było, tego „plus“ nie zrównoważy „minus“ w postaci wielkiej śmiertelności bezpośrednio po operacyi trudnej i niewątpliwie ciężkiej, tego dziś wiedzieć nie możemy i nie prędko zapewne się dowiemy. Dopóki więc nic nie zmusza nas do porzucenia dawnego sposobu operowania przez pochwę, witamy z radością, każdą, choćby drobną, ale prawdziwą poprawkę w technice tego zabiegu. Jest to naturalnem, gdyż, przyjąwszy nawet zupełne zwycięztwo idei Wertheima, będziemy mieli cały szereg wskazań, w których pozostaniemy wierni starej metodzie wycinania macicy przez pochwę. Mam tu na myśli włókniaki macicy, przewlekłe okołomaciczne sprawy ropne zapalne, krwawienia, niedające się inaczej usunąć i t. d.; jednem słowem wszystkie inne wskazania, dziś uznane, oprócz raka, a może i mięsaka macicy. Wszak metoda Wertheima, która nam każe usuwać gruczoły zajęte, lub może zajęte rakiem, odnosić się musi, rzecz jasna, tylko do tego jedynego wskazania.

Ostatnie lata przyniosły nam dwie nowe propozycye, mające na celu ułatwienie techniki operacyjnej, t. j. metodę Döderleina i Króniga. O pierwszej pisał obszerniej na podstawie własnego doświadczenia prof. Mars w roku ubiegłym, druga, o ile wnosić mogłem z zawodowego piśmiennictwa, nie znalazła licznych naśladowców. Metoda Döderleina znajduje zastosowanie w wycinaniu macicy przez pochwę, metoda Króniga w wycinaniu macicy przez laparotomię tak, że pierwsza jest modyfikacyą klasycznej *exstirp. uteri per vaginam*, druga odmianą sposobu Doyena. Obie mają jedną wspólną cechę, t. j. polegają na przecinaniu macicy podczas operacyi dla ułatwienia innych aktów operacyjnych. Nie próbowałem ani jednej ani drugiej metody i dlatego daleki jestem od zalecania ich, lub potępiania, a jeśli mimo to postanowiłem podzielić się z kolegami kilku uwagami, to uczyniłem to właśnie ze względu na tę cechę, obu metodom wspólną, t. j. ze względu na owe zasadniczo tu i tam zalecane przecinanie macicy podczas operacyi.

Nie jest ono nowem, przynajmniej w metodzie Döderleina. Fakt, że macicę wzdłuż jednej ściany, lub też całkowicie na prawą i lewą połowę przeciąć można, dalej fakt, że takie przecięcie uruchomia znacznie macicę i ułatwia zaopatrzenie jej szerokich więzów, znamy od dawna. Nowem jest, prócz tego, że przecina się naprzód tylną ścianę, przedewszystkiem to, że nasze dawne pojęcie „można“ zastąpiono tu pojęciem „trzeba“ i że sposób, który uważaliśmy za pomocniczy w przypadkach szczególnie trudnych n. p. przy wycinaniu macicy znacznie powiększonej, lub mało ruchomej, zostaje nam teraz proponowanym zasadniczo. Na tę zmianę, zdaniem mojem, możnaby się natychmiast zgodzić, gdyby ponad wszelką wątpliwość wykazano, że takie przecinanie macicy podczas laparotomii, lub nawet operacyi przez pochwę, jest nieszkodliwem i że nie mieści w sobie żadnych niebezpieczeństw. Mam tu na myśli naturalnie nie tylko możliwość pogorszenia statystyki *mortalitatis*, ale także i *morbiditatis*. Otóż dowodu tego nie dostarczono. Przeciwnie, prawie cały dotychczasowy rozwój metod operacyjnych był skierowany przeciw tym niebezpieczeństwom, które przecinanie macicy podczas zabiegu sprowadzić może. Niebezpieczeństwa te są dwojakiego rodzaju: 1) możność przeszczepienia nowotworu, 2) możność zakażenia jamy otrzewnowej.

Nie zamierzam w tych krótkich uwagach przechodzić historycznie całego rozwoju techniki tych operacyi, przypomnę tylko kilka zasadniczych punktów:

1) W przebiegu nadpochwowego odcięcia macicy (*amputatio uteri supravaginalis*) zwracano zawsze szczególową uwagę na przewód szyi macicznej, którego błonę śluzową przyżegano lub wycinano. Powstały metody (Chrobak), które obawie zakażenia jamy otrzewnowej z przewodu szyi dawały wyraz. (Nie wspominam z umysłu o dawnych sposobach przytwierdzania kikuta przed powłokami brzusznemi).

2) Znakomite uwagi Wintera o nawrotach raka przez przeszczepienie podczas operacyi wywołały cały szereg prac i nie znalazły poważniejszej opozycyi. Im zawdzięczają powstanie metody operacyjne (Jordan, Mackenrodt), które wzięły za punkt wyjścia naukowo uzasadnioną możliwość takiego przeszczepienia podczas operacyi.

3) Zgadzano się powszechnie na uwagi Schauty, dotyczące operacyi zapalnie zmienionych przydatków macicznych i uważano pozostawienie macicy w tych przypadkach za niebezpieczne ze względu na prawdopodobieństwo powstania wypociny okołomacicznej. Macica w tych przypadkach była poprostu, podobnie jak jej przydatki, siedzibą zaka-

żenia i zaczęto ją razem z niemi usuwać, lub też wstrzymywać się od operacyi. Byliśmy świadkami niezmiernego przewrotu w pojęciach o sposobie leczenia zmian zapalnych w przydatkach.

Tym wszystkim faktom i tym zdobyczom przeczą zdaniem mojem metody, które właśnie jako zasadę przyjmują przecinanie macicy podczas operacyi, przeczą, albowiem w przypadkach raka ułatwiają z wszelkim prawdopodobieństwem jego przeszczepienie podczas zabiegu, a w przypadkach zmian zapalnych ułatwiają zakażenie z jamy macicy, podobnie jak przydatki chorej.

Na podobnem poniekąd stanowisku staje kol. Mars, który, zalecając metodę Döderleina i podnosząc jej zalety, zwraca jednak uwagę na to, „że w przypadkach raka w ogólności nie chroni pola operacyjnego od zanieczyszczenia wydzielinami z jamy macicy“, przyczem ma niewątpliwie na myśli nie tylko możność zaszczepienia komórek nowotworowych, ale nadto i wylania się ropy, która w niektórych przypadkach wypełnia jamę macicy ponad zwyrodniałą nowotworowo szyją.

Z uwag powyższych wynikałoby, że przecinania macicy obawiałbym się tylko w przypadkach raka i ropnego zakażenia jamy macicznej; we wszystkich zaś innych przypadkach zalecałbym stosowanie tego sposobu bez obawy. (D. n).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra. L. Rydygiera we Lwowie.

O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

Według wykładu na XIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Ignacy Zieliński,

c. i k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki

(Dokończenie).

Przypatrzmyż się teraz, o ile w lepszych lub gorszych warunkach dla zakażenia znajdują się rany postrzałowe zadane śrutem. Jeżeli do ran zadanych kulą, prócz samej kuli, a czasem także strzępów ubrania, nic innego się nie dostaje, to inaczej nieco przedstawiają się rany pochodzące od śrutu. Na ich zewnętrzne wejrzenie wpływa przedewszystkiem odległość, z jakiej zostały zadane.

Jeżeli strzał padł z bezpośredniej odległości (której granice nie dadzą się liczebnie oznaczyć, gdyż zależy ona od gatunku broni, ilości użytego prochu do naboju, grubości śrutu i t. d.), to w takim razie, jak wiadomo, wszystkie kulki śrutu, nie mając jeszcze czasu rozsypać się, uderzają w jedno miejsce, pędząc przed sobą przybitkę naboju, lub też, jeżeli nabój tkwił wprost w lufie, a nie w patronie, materyał użyty do przybicia go. Mamy więc wtenczas jedną tylko ranę, zazwyczaj okrągłą, o brzegach ostro ciętych, osmalonych, a w jej otoczeniu znajdujemy bardzo często w skórze ziarna prochu. Głębokość rany zależy od miejsca, gdzie zadaną została; zawartość zaś jej stanowią prócz śrutu zwykle jeszcze kawałki ubrania, przez które nabój przechodził i prawie zawsze przybitka.

Kiedy strzał padnie z większej odległości, śrut rozsypuje się coraz więcej, a do celu trafia już każda kulka z osobna, przybitka zaś, jako zrobiona z materyału gatunkowo lżejszego (n. p. papieru, filcu, kłaków), traci znacznie prędzej swą chyżość początkową i nie dobiegając do celu, gubi się po drodze, lub też dobiegłszy do niego, nie ma siły przebić go, więc odbija się i spada na ziemię. Spotykamy więc wtedy w skórze mniej lub więcej otworków małych, czasem ledwo dostrzegalnych, zwykle okrągłych lub szczelinowatych, zasiniałych, rozmaicie głębokich i rozmaicie od siebie oddalonych, zależnie od gatunku broni i odległości, z której strzał padł, a w każdym z tych otworków tkwi zwykle kulka śrutu, dająca się nieraz wyczuć tuż pod skórą, o ile naturalnie nie przebiła celu na wylot.

O ile więc rany te wejrzeniem swem bardzo są zbliżone do ran pochodzących od kuli, a tem samem i w podobnych, a nawet rzec można w lepszych znajdują się warunkach gojenia, gdyż są od nich mniejsze i nie przedstawiają tak znacznego zmiażdżenia tkanek, a więc mogą być uważane za aseptyczne, — o tyle gorsze warunki gojenia mają rany, pochodzące z bezpośredniej odległości, które, jak to z naszych historyi chorób i zestawienia z innych klinik widzieliśmy na wstępie, niemal zawsze są zakażone. Różne przyczyny składają się na to, że rany te tak łatwo ulegają zakażeniu. Łatwo zrozumieć, że nabój, złożony z kilkudziesięciu kulek śrutu i przybitki, dostając się do ustroju ludzkiego z ogromną siłą, niszczy i miażdży wszystkie tkanki, napotykane po drodze, rozdziera nerwy i naczynia krwionośne, druzgocze nawet kości, o ile te nie znajdują się za głęboko pod warstwą części miękkich i wskutek swej budowy anatomicznej i znacznej wytrzymałości nie stawiają mu oporu.

Już sam więc charakter anatomiczny rany przedstawia jak najkorzystniejsze warunki do rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, które do stosunkowo wielkiej, otwartej rany, dostają się czy to z śrutu samego, czy też ze skóry, czy też wreszcie z porwanymi strzępami ubrania lub z przybitką. Co do pierwszych trzech nie ulega wątpliwości i udowodnionem zostało dla ran postrzałowych, zadanych kulą, że one mogą ranę zakazić; fakt jednak, że ropienie to występuje bardzo prędko i bardzo gwałtownie, że należy ono prawie do reguły przy każdej ranie postrzałowej śrutem i że wreszcie stosunkowo dość często przyłącza się do niego zakażenie tężcowe, nasuwa na myśl podejrzenie, czy nie ciąży tu główna wina na przybitce?

Chcąc się o tem przekonać, zrobiłem pod kierunkiem Doc. Kučery kilka doświadczeń w pracowni bakteryologicznej Zakładu anatomii patologicznej Prof. Obrzuta.

Nie szło mi tyle o to, czy i jakie zarazki znajdują się na powierzchni przybitek, gdzie obecność ich jest pewną wobec tego, że tak w handlach, jak i podczas użycia przybitek do zrobienia naboju, mogą się tu z różnych miejsc dostać, jak raczej zależało mi na wykazaniu, czy już przy samej fabrykacyi przybitek nie dostają się do nich jakie zarazki chorobotwórcze, któreby z chwilą, gdy przybitka dostanie się do rany, zaczęły się w niej rozwijać, natrafiwszy na grunt odpowiedni i spowodowały zakażenie rany.

Do doświadczeń użyto przybitek:

a) filcowych czarnych z fabryki Teschnera;

b) szarych z bibuły z fabryki wiedeńskiej;

c) różowych, napajanych tłuszczem, tak zw. angielskich;

d) okrągłych przybitek z cienkiej tektury, któremi przybija się proch.

Wysterylizowanemi narzędziami obcinano z tych przedmiotów powierzchowne warstwy tak, że pozostawał mały tylko kawałek, o którym można było na pewno powiedzieć, że tam drobnoustroje od zewnątrz się nie dostały; kawałki te zanurzano do probówek z bulionem i pozostawiano w cieplocie 37°. Kiedy po różnym upływie czasu wyrosły tu mieszaniny różnych gatunków drobnoustrojów, wylano z nich płytki żelatynowe, a z tych następnie w zwykły sposób oddzielano pojedyncze odmiany.

Z wszystkich przybitek wyrosły drobnoustroje; badanie ich wykazało, że są to same saprofity a mianowicie:

a) bacillus subtilis, b) bacillus ramosus, c) bacillus zbliżony do *b. mesentericus, d) bacillus* zbliżony do *b. subtilis, e) bacillus* z tej samej grupy, nie dający się bliżej oznaczyć, nadto *micrococcus candicans* i nieco mniejszy od niego *micrococcus*, nie dający się bliżej oznaczyć.

Charakterystycznym jest fakt, że wszystkie znalezione laseczniki należą do grupy prątków, wytwarzających spory, a więc znoszących bardzo dobrze wyższą ciepłotę (140°) i wysychanie. Co zaś do kokków, to doświadczenie wykazuje, że pod względem odporności wobec wpływów niekorzystnych (wyższa ciepłota, przetwory odkażające i t. d.) zbliżają się one do spor, znosząc n. p. wyższe stopnie ciepłoty lepiej, niż n. p. laseczniki, nie wytwarzające spor.

Widocznie więc przy fabrykacyi przybitek, czy to wskutek wyższej ciepłoty, czy też działania żrących substancyi chemicznych, giną drobnoustroje mniej odporne, pozostają bowiem i zachowują swą siłę żywotną tylko bakterye najodporniejsze. Jakkolwiek więc drobnoustrojów chorobotwórczych badaniem naszem nie wykazaliśmy (bo i szczury, którym kawałki przybitek pod skórę szczepiliśmy, by się przekonać o ewentualnej obecności anaërobów, n. p. prątka tężca, jeszcze po 14 dniach nie okazywały żadnych zmian chorobowych), to jednak, uwzględniając tę okoliczność, że znamy niektóre drobnoustroje chorobotwórcze, które mają te same własności biologiczne, co wykazane wyżej saprofity, a mianowie prątki tężca, wąglika i obrzęku złośliwego *(oedema malignum)*, są bardzo zbliżone pod względem wytrzymałości do *b. subtilis*, zaś łańcuszkowce i gronkowce do znalezionych mikrokokków, wnosić możemy, że gdyby przy fabrykacyi przybitek któraś z wspomnianych bakteryi chorobotwórczych znajdowała się w materyale, z którego przybitki te są wyrabiane, nie udałoby się jej zniszczyć przez sam dotychczas praktykowany sposób fabrykacyi; lecz pozostałyby one w przybitkach, zachowując swą siłę żywotną, i z chwilą, gdyby dostały się wraz z nabojem do rany, nie jest wykluczonem, że rozwijając się na korzystnym dla siebie gruncie, mogłyby wywołać charakterystyczne dla siebie objawy chorobowe.

Nie zdziwi nas więc wobec tego, że kapitan Deubler[47]) zestawiając rany postrzałowe, zadane ślepymi nabojami wojskowymi, używanymi do ćwiczeń (*Exercierpatronen*), stwierdził na 267 takich ran 10% śmiertelności; a z tego w 20 przypadkach śmierć nastąpiła wskutek tężca. Wszakże do ran takich nic innego się nie dostaje, jak tylko sama przybitka, zrobiona z masy papierowej i co najwyżej jeszcze nieco strzępów ubrania. A jeżeli w ranach od kuli, do których dostawanie się strzępów ubrania jest udowodnionem, tak rzadko tężec się rozwija, to tu całą winę tego strasznego zakażenia zwalić musimy na tę nieszczęsną przybitkę. Żałować należy, że w żadnym z przytoczonych przez Deublera przypadków nie robiono badań bakteryologicznych, a przynajmniej on o tem nie wspomina. Meilly[48]) wyhodował w jednym przypadku rany postrzałowej, który się zakończył śmiertelnie, lasecznika tężca z kawałka przybitki, która się w ranie znajdowała.

Jeżeli więc fabrycznie sporządzane przybitki mogą być tak łatwo rozsadnikiem strasznych chorób, to cóż dopiero mówić o tych prymitywnych przybitkach, jakich zwykle nasi kłusownicy do strzelb starego systemu, nabijanych z przodu, używają? Są to zwykle stare szmaty, kłaki lub konopne pakuły, o których chyba wątpić nie można, że mogą zawierać całe kolonie drobnoustrojów chorobotwórczych.

Warunki więc do zakażenia są aż nadto dobre w anatomicznym charakterze ran, a materyału do zakażenia jest też poddostatkiem, czyż więc dziwić się jeszcze można, że zakażenie to tak gwałtownie i groźnie się rozwija?

Jeżeli Koerner[49]) swego czasu (1880 r.) na postawione sobie pytanie, co niebezpieczniejsze dla życia, czy rany od kuli, czy też od śrutu, nie mógł stanowczej dać odpowiedzi, to dziś, zdaje mi się, upoważnieni jesteśmy do odpowiedzi na to pytanie w tym sensie, że rany zadane śrutem z daleka mniej są niebezpieczne, niż zadane kulą z tej samej odległości; przy strzałach zaś z pobliża rany zadane kulą, o ile ta nie trafia jednego z najważniejszych narządów życiowych i nie niszczy go, lub też nie powoduje natychmiastowej śmierci z powodu krwotoku wewnętrznego, mniej są dla ustroju niebezpieczne, niż rany od śrutu; a to głównie ze względu na częste zakażenie tych ostatnich.

Z tego też wysnuć możemy wskazówki dla postępowania leczniczego, a mianowicie: ran od kuli i od śrutu z daleka nie ruszać, chyba przy specyalnem wskazaniu, a leczyć je pod aseptycznym opatrunkiem wyczekująco; przy ranach zaś od śrutu z blizka nie zwlekać, lecz możliwie jak najprędzej operować, ranę rozszerzyć, usunąć śrut wraz z przybitką, o ile się da dokładnie, ranę wydrenować i leczyć, jak każdą ranę zakażoną.

Szefowi memu R. Dw. Prof. Rydygierowi za odstąpienie materyału klinicznego, Prof. Obrzutowi za pozwolenie pracowania w Jego zakładzie i Doc. Kučerze za cenne wskazówki przy doświadczeniach bakteryologicznych, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Do tych ośrodków optycznych dodaje Lichtheim jeszcze jeden, ośrodek wzrokowy o_1 służący dla zrozumienia

[47]) Fr. Deubler: Verwundungsfähigkeit der Exercier-Schüsse. Mittheilungen über Gegenstände des Artilerie- und Genie-Wesens. Jahrgang 1897. Heft. 10.

[48]) Centralbl. f. Chirurg. 1891.

[49]) l. c.

pisma i jeden ośrodek ruchowy, *p*, dla ruchów potrzebnych do pisania. Ośrodki te odpowiadają ośrodkom dla zrozumienia i wyrażenia słowa *s* i *m*. Osobny ośrodek dla kształtów liter o_1 ma się znajdować w oddzielnem miejscu, w zwoju kątowatym lewym (*gyrus angularis*). Za takim osobnym ośrodkiem wzrokowym dla pamięci kształtu liter pisanych i drukowanych przemawiają badania Naunyna, Déjerinea, Berkhana, Serieuxa Charcota i innych. Zajęcie chorobowe tego miejsca powoduje aleksyę i agrafię (aleksyę korową Wernickego, ślepotę wyrazową, *Wortblindheit*). Wernicke i inni przypisują rolę pamięci wzrokowej liter rozgałęzieniom nerwu wzrokowego w potylicy, a aleksyę, wywołaną chorobą w zwoju kątowatym (*gyrus angularis*), tłómaczono tem, że drogi przewodzące z obu sfer wzrokowych do czuciowego ośrodka słuchowego (*o—s*, patrz niżej), idą przez dolny płat ciemieniowy, a więc choroba w tem miejscu musi przez przerwanie tej drogi spowodować zaburzenia w czytaniu i pisaniu. Bastian rozróżnia znów aleksyę ciemieniową i potyliczną. Według badań Wilbranda spostrzeganie przestrzeni, światła i barw przychodzi do skutku w różnych warstwach sfery wzrokowej potylicznej, mianowicie poczucie światła w warstwie najpowierzchowniejszej.

Co do ośrodka *p* dla ruchów pisania, to Exner, opierając się na przypadkach Nothnagla, Bara, Magnana, przypuszcza, że w tylnej części średniego zwoju czołowego lewego znajduje się osobny ośrodek ruchowy, który jest w związku z zdolnością pisania. Zapatrywanie to podziela także Charcot i Pitres. Inni, jak Wernicke, Déjerine, sprzeciwiają się temu, sądząc, że ogólna sfera ruchowa około bruzdy Rolanda mieści w sobie także funkcyę ruchów prawej ręki do pisania. Uszkodzenie punktu *p* musi pociągnąć za sobą, według pierwszych, agrafię wogóle, według drugich tylko niemożność pisania ręką prawą obok porażenia tej kończyny, podczas gdy pisanie inną kończyną jest możebne.

Droga odśrodkowa od *p* do obwodu *p—r*, biegnie wzdłuż nerwów ruchowych torem piramid: uszkodzenie tej drogi wywołuje agrafię podkorową (odosobnioną).

Droga dośrodkowa do *o* ciągnie się od siatkówki przez nerwy wzrokowe, skrzyżowanie i pasmo, po części przez *pulvinar thalami optici*, ciało kolankowate zewnętrzne (*corpus geniculatum ext.*) i ciało czworacze przednie, z których to mas zwojowych wychodzą włókna t. zw. Gratioleta (*Sehstrahlung Gratiolet*), pasmo Gratioleta do potylicy. Uszkodzenie tej drogi po stronie prawej wywołuje tesame objawy, co uszkodzenie ośrodka wzrokowego, t. j. połowicze widzenie lewe; po stronie zaś lewej włókna te wzrokowe przechodzą na drodze do ośrodka wzrokowego w potylicy przez miejsca ważne dla mowy w płacie skroniowym i potylicznym tak, że ich przerwanie wywołuje obok widzenia połowiczego prawego także różne zaburzenia mowy. Włókna łączące płat potyliczny z pierwotnymi ośrodkami wzrokowymi podkorowymi przebiegają pod dolnym zrazikiem ciemieniowym i ognisko w tem miejscu, leżące głęboko po stronie lewej, może równocześnie zajmować drogę ruchową mowy (od zwoju Broca, po wyspę Reila) i spowodowywać nietylko widzenie połowicze prawe, lecz także aleksyę, agrafię i afazyę ruchową (droga *m—s*). Przytem po części wystąpią także zaburzenia ruchowe prawej połowy ciała.

Obok tych ośrodków i włókien ruchowych i czuciowych, łączących obwód z ośrodkami dróg rzutowych, idących od odnóg mózgowych i zwojów podstawowych do kory mózgowej i oprócz włókien spoidła, łączących ze sobą obie półkule, istnieje jeszcze mnóstwo włókien nerwowych, ciągnących się wzdłuż białej i szarej istoty kory mózgowej, łączących ze sobą ośrodki zmysłowe i ruchowe, t. zw. włókna kojarzenne Meynerta (*associatorische Faserzüge* Meynert), których kierunku i położenia dokładnie nie znamy. Między innemi ważnem jest, że podług panującego zapatrywania z płatu potylicznego wychodzą włókna ciągnące się do jąder nerwów dla mięśni ocznych. W płacie potylicznym odgraniczano prócz dróg wzrokowych jeszcze inne grupy włókien i między innemi pączek długi dolny (*fasciculus longitudinalis inf.*), łączący płat ten z płatem skroniowym, który ma pośredniczyć w stosunkach między sferą mowy, a wzrokową (Flechsig).

Według szematu Wernickego obraz afazyi, zwany przez niego aleksyą podkorową, przychodzi do skutku przez przerwę w drodze nerwu wzrokowego do ośrodka wzrokowego. Łatwo jednak pojąć, że taka przeszkoda musi powodować zaburzenia wzrokowe ogólne, a nietylko zdolności czytania. Natomiast ten stan daje się dobrze tłómaczyć przez przyjęcie osobnego ośrodka dla liter w zwoju kątowatym lewym (*gyrus angularis*), lewym o_1. Pola wzrokowe spostrzeżeniowe, znajdujące się w obu płatach potylicznych w klinie (*cuneus*), połączone są ze zwojem kątowatym lewym i to klin prawy przez spoidło. Przerwanie drogi od klina prawego do lewego zwoju kątowatego musiałoby pociągnąć za sobą aleksyę podkorową, ograniczoną do lewej połowy pola widzenia; zniszczenie drogi od klina lewego tamże musiałoby wywołać aleksyę, ograniczoną tylko do prawej połowy pola widzenia. Takie jednak ograniczone ogniska mogą się chyba bardzo rzadko tylko zdarzyć. Przerwanie drogi obu klinów do lewego zwoju kątowatego ($o—o_1$) przez jedno ognisko, powodujące t. zw. aleksyę podkorową (aleksyę agnostyczną Zichena) może tylko mieć miejsce tam, gdzie te drogi się schodzą, t. j. tuż pod zwojem kątowatym lewym, gdyż zaraz dalej znowu się rozchodzą. Skoro zaś przez to miejsce przechodzą także lewe włókna wzrokowe Gratioleta, to ognisko chorobowe w tem miejscu musi powodować obok aleksyi widzenie połowicze prawe.

Połączenia *o—p*, *o—s* i *o—m* spełniają włókna kojarzenne w korze mózgowej. Przerwanie drogi między sferą wzrokową a ruchową *o—p* musi wywołać agrafię. Droga *o—s*, łącząca obie sfery wzrokowe z ośrodkiem czuciowym słuchowym (w półkuli lewej), prowadzi przez (spoidło od strony prawej), zwój kątowaty, zewnętrzny rdzeń rogu dolnego i tylnego (*cornu inferior* i *posterior*), ku przodowi. Przerwanie tej drogi pociągnie za sobą afazyę wzrokową pozakorową (patrz „Przegl. Lek." 1903, Nr. 21, str. 309) czyli afazyę optyczną.

Droga $o—o_1$ przebiega w sąsiedztwie drogi *o—s*. Tak zwana aleksya podkorowa, wywołana przerwaniem drogi pierwszej, musi się zatem często wikłać z afazyą wzrokową, wywołaną uszkodzeniem drogi drugiej. Droga $o_1—s$ łączy zwój kątowaty z ośrodkiem Wernickego w górnym zwoju skroniowym lewym. Jej uszkodzenie sprowadza t. zw. aleksyę pozakorową. Zajęcie lewego dolnego zrazu ciemieniowego i przerwa na granicy zrazu ciemieniowego i potyli-

cznego mogą z powodu schodzących się tu szlaków kojarzennych powodować aleksyę odosobnioną, aleksyę zakorową, ślepotę dla kształtów liter, albo afazyę optyczną. Według szematu Wernickego przerwa drogi $o-m$ także może być powodem afazyi optycznej. Zdaniem Wernickego zboczenie to (afazya wzrokowa) powstaje przez uszkodzenie w zakresie ośrodków mowy. Badania anatomiczne jednak wykazały, że afazya wzrokowa może być uwarunkowana bądź przez obustronne uszkodzenie w korowem polu wzrokowem, bądź przez naruszenie dróg łączących oba pola korowe wzrokowe w potylicy z ośrodkami mowy półkuli lewej, przez ogniska chorobowe w rdzeniu płatu skroniowego, względnie potylicznego. Zdaniem Oppenheima w afazyi wzrokowej idzie o ogniska na granicy płatu potylicznego i skroniowego lewego, które czasem są tak rozległe, że przerywają drogi, przebiegające od obu zrazów potylicznych do ośrodka słuchowego. Z tej też przyczyny zaburzenie to wikła się często z aleksyą, widzeniem połowiczem, z afazyą czuciową. Według jego spostrzeżeń afazya optyczna jest dość częstym objawem przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego. W jednym takim przypadku afazyi optycznej z ogniskiem w okolicy potyliczno-skroniowej półkuli lewej choroba wprawdzie złagodniała, pozostało jednak jeszcze to zaburzenie, że chory musiał patrzeć na dany przedmiot dłuższy czas, nim zdołał znaleźć stosowny wyraz. Możnaby sądzić, że chory w tym przypadku używał wyłącznie drogi zastępującej, z prawej sfery wzrokowej do ośrodka mowy w lewej półkuli i to umożebniało przypomnienie sobie potrzebnego wyrazu.

Czy zwój kątowaty jest osobnym ośrodkiem wzrokowym, czy też prowadzi tylko włókna łączące ośrodki wzrokowe z ośrodkami mowy, uszkodzenie jego zawsze spowodować musi różne zaburzenia mowy, jak afazyę wzrokową, ślepotę wyrazową, zaburzenia w pisaniu, czytaniu itd.

Jeżeli się uwzględnia stosunki topograficzne, to łatwo zrozumieć, dlaczego względnie często znajdują się równocześnie tak różne zaburzenia: mamy tu tłómaczenie tego, cośmy już wspomnieli, jak rozmaicie i zawikłanie może ukształtować się obraz chorobowy, zależnie od umiejscowienia i rozległości zmiany chorobowej, od stanu części sąsiednich. Pojmujemy teraz, dlaczego tak rzadko napotykamy na czysty obraz typowej postaci afazyi i dlaczego nieraz ściślejsze określenie postaci, z jaką mamy do czynienia, może być trudnem, zwłaszcza jeżeli zaburzenie to jest tylko objawem częściowym zmian więcej rozległych, jak się to zdarza w rozsianych ogniskach mózgowych, albo ogólnym zaniku mózgu. Równoczesne istnienie ślepoty wyrazowej i widzenia połowiczego po stronie prawej należy do kombinacyj charakterystycznych u prawaków. Droga między ośrodkiem czuciowym a ruchowym mowy $s-m$ sąsiaduje z drogą, biegnącą od ośrodka wzrokowego do ośrodka ruchowego dla prawej ręki $o-p$; tem się tłómaczy równoczesność afazyi przewodnictwa i agrafii, jak to podobny przypadek opisał Pick.

Rzadszemi są spostrzeżenia, ogłoszone przez Bernheima, Redlicha, Picka i Oppenheima, w których u mańkutów istniała ślepota wyrazowa z lewostronnem widzeniem połowiczem, które zatem dowodzą, że także pod względem tych zaburzeń półkula prawa ma tosamo znaczenie u mańkutów, co pod względem innych zaburzeń mowy (p. wyżej); tosamo tyczy się afazyi wzrokowej, t. zn. prawy zwój kątowaty ma dla czytania tosamo znaczenie, jak prawy dolny zwój czołowy dla mowy samodzielnej, prawy górny zwój skroniowy dla zrozumienia mowy, mianowicie, że wszystkie te miejsca mają u mańkutów tosamo znaczenie fizyologiczne, co odpowiednie miejsca lewe u prawaków, przez co mańkuci stają się afatycznymi skutkiem uszkodzenia półkuli prawej.

Że wszystkie te ośrodki leżą u prawaków w półkuli lewej, polega na tej samej przyczynie co większa sprawność i dzielność prawej połowy ciała: wogóle prostszy przebieg lewej szyjnej tętnicy sprawia, że parcie krwi w lewej połowie głowy jest większe, niż w prawej, gdzie tętnica ta dopiero pośrednio przez tętnicę bezimienną wchodzi w związek z tętnicą główną; skutkiem tego lepsze jest odżywienie i wyższy rozwój lewej półkuli mózgowej, a co za tem idzie, także i ośrodków tam się znajdujących. Skoro zaś ośrodki ruchowe w mózgu inerwują nerwy kończyn strony przeciwnej, to wynika z tego, że kończyny prawe są silniejsze i sprawniejsze. U mańkutów zachodzi pod tym względem stosunek odwrotny. Jako czynniki organiczne prawactwa Ogle podnosi: większą wagę półkuli lewej, większy jej ciężar gatunkowy, większą obfitość w zwoje i wcześniejszy rozwój; większy dopływ krwi przez szerszą tętnicę szyjną i domózgową po stronie lewej, niż po prawej; prostszy kierunek prądu krwi po stronie lewej szyi jest także przyczyną, że zatory w tętnicy dołu Sylwiusza są po tej stronie częstszymi, i co za tem idzie, także porażenia połowicze prawe z tego powodu są częstszemi. Bertin naliczył na 31 zatorów tętnicy szyjnej, mózgowej i dołu Sylwiusza po stronie lewej, tylko 7 razy po stronie prawej. Zresztą Wadham przytacza przypadek młodego człowieka, który pisał wprawdzie ręką prawą, zresztą był, jak również czterej jego bracia, mańkutem, był zatem *amphidexter*.

Ze znanem i przyjętem powszechnie zapatrywaniem, że u ludzi pracujących lewą ręką ośrodki mowy znajdują się w prawej półkuli, to znaczy, że tu zachodzi rodzaj *situs inversus*, zgadza się stwierdzany często fakt jednoczesności porażenia lewostronnego z zaburzeniami mowy u mańkutów. Ogle zestawił 100 przypadków porażenia połowiczego z upośledzeniem mowy, z których trzy tyczyły się mańkutów, a właśnie u tych porażenie było lewostronnem, a zatem ognisko choroby i ośrodki mowy musiały się znaleźć po stronie prawej.

Ciekawy i może jedyny w swoim rodzaju przypadek opisuje Klęsk z krakowskiej kliniki chirurgicznej (*Przegl. lek.* 1902, Nr. 42): Chory mańkut cierpiał na afazyę, aczkolwiek zmiany chorobowe tyczyły się półkuli lewej. W tej pracy Klęska trudno zrozumieć uwagę: „co do zmian w piśmie, nie możemy orzec nic stanowczego, bo było porażenie kończyny prawej górnej“. Skoro chory ten był mańkutem, to powinien był pisać ręką lewą, nie porażoną. Gdyby się pokazało, że chory ten nie był w stanie pisać ręką lewą, to przemawiałoby to za osobnym ośrodkiem p dla pisania wogóle, mieszczącym się obok ośrodków mowy w półkuli lewej; jeżeliby zaś mógł pisać, to świadczyłoby to znowu, że osobnego takiego ośrodka dla pisania niema, lecz pisanie zależy od sprawności odpowiedniej sfery ruchowej dla ręki wogóle, tu, od nienaruszonej półkuli prawej. W ten sposób przypadek ten mógłby się przyczynić do wyjaśnienia i do rozstrzygnięcia tej sprzecznej dotychczas sprawy. Czyby w tym przypadku miało się do czynienia z *amphidextrem*,

jak w przypadku Wadhama, mianowicie, że chory choć mańkut, pisał ręką prawą?

Z spostrzeżeń Oppenheima zdaje się wynikać, że pamięć dla liczb mieści się w półkuli prawej.

Gdy mówimy o lokalizacyi mowy, wypada jeszcze wspomnieć o przypuszczalnym ośrodku Broadbenta: *propositionising centre* dla mowy syntaktycznej, którego zniszczenie ma powodować, jak już wyżej wspomnieliśmy, te zaburzenia mowy, które zowiemy agramatyzmem i który ma się mieścić w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka ruchowego mowy. Jakoteż ze względu na to, że często mimo upośledzonego rozumienia i powtarzania mowy, utrzymana jest możność rozumienia i powtarzania melodyi i śpiewu, należy przypuścić, że dla pojęcia i wyrażenia wrażeń muzykalnych istnieją osobne ośrodki i drogi przewodzące (impresyjne i ekspresyjne), o których lokalizacyi na razie nic jeszcze niewiadomo.

Za tem przemawiają spostrzeżenia Wernickego, Antona, Urbantschitscha i innych. Także Sugár w swoich uwagach nad teoryą słyszenia muzykalnego wyraża przypuszczenie, że istnieje osobny ośrodek muzykalny w mózgu. Niektórzy, jak Déjerine, Edgreen i inni lokalizują ten ośrodek w pierwszym i drugim zwoju lewego płatu skroniowego, w blizkości miejsca, którego zniszczenie powoduje głuchotę wyrazową. Przeciw temu przypuszczeniu przemawia przypadek nabytej ślepoty tonów muzykalnych (*amusie*) (spostrzeżenie Manna, Wrocław), gdzie przy obdukcyi znaleziono ognisko chorobowe w prawym płacie czołowym.

Lucae przyjmuje osobny przyrząd dla percepcyi szmerów i dźwięków w błędniku. Kessel przypuszcza na podstawie spostrzeganego przypadku osobne ośrodki w rdzeniu przedłużonym dla poczucia siły i wysokości głosu. (C. d. n.).

IV. Wyciągi.

W. De-Paoli. **O leczeniu łożyska przodującego** (*plac. praevia*) **metodą Bossiego.** (*Archiv für Gyn.* tom 69, zeszyt 1, 1903). Wszystkie dotychczasowe metody postępowania przy łożysku przodującem są niebezpieczne i niewystarczające. Cięcie cesarskie, nie zawsze wykonalne, ryzykowne i nadaje się tylko dla praktyki klinicznej, szpitalnej lub wogóle zakładowej. Rozmaitego rodzaju balony elastyczne i nieelastyczne są niewygodne w użyciu, kaleczą łatwo tkanki, powodują przesunięcie się poprzedzających części płodu, mogą wywołać zakażenie, a przedewszystkiem niedość szybko rozszerzają szyjkę macicy. Tamponada zwykle nie prowadzi do celu. Wszystkie te ujemne strony przytoczonych metod usuwa rozszerzadło Bossiego, które głównie powinno być stosowane w przypadkach ciężkich, gdzie obfite krwotoki i ogólny groźny stan rodzącej wymagają natychmiastowego działania. Przy pomocy tego przyrządu jesteśmy w stanie rozwiązać kobietę w każdym czasie ciąży, bez względu na to, czy szyjka jest podatna, czy nie, zamknięta, czy otwarta, utrzymana, czy skrócona, naddarta, a nawet przy wązkich szyjkach u pierwiastek — i to z dowolnym nakładem czasu, zależnie od nagłości przypadku. Technika postępowania jest następująca: po ułożeniu rodzącej poziomo z nieco podniesioną miednicą i zgiętemi kończynami dolnemi oczyszcza się części rodne, jak zwykle. Głowę chorej należy trzymać nizko, aby krew w większej ilości dopływała do mózgu. Samo narzędzie gotuje się przed użyciem, lub jeżeli niema czasu, wyciera dokładnie watą zanurzoną w kreolinie, 5% karbolu, lub w sublimacie 2‰, pamiętając jednak oczyścić je po użyciu. Jeżeli szyjka wogóle nie jest rozwartą, lub tylko mało, poniżej 2½ ctm., wprowadza się rozszerzadło zamknięte z ramionami, okrytemi czapeczkami gumowemi. Dobrze jest dolną część ramion posmarować oliwą karbolową. Wskazujący i środkowy palec lewej ręki wprowadza się do pochwy aż do ujścia macicy, a ręką prawą posuwa się po nich sam przyrząd, wklęsłością krzywizny zwrócony ku przodowi. Przy łożysku przodującem częściowem wprowadza się go po tej stronie szyjki, która nie jest pokryta łożyskiem; przy łożysku przodującem zupełnem (*pl. pr. centralis*) należy najprzód próbować odkleić część łożyska; gdy się to jednak nie udaje, lub w przypadku nagłym można je śmiało przebić. Wprowadzając rozszerzadło do szyjki, należy rękojeści obniżyć ku międzykroczu, aby ramiona posuwały się szybko w kierunku kanału szyjki, poczem rozpoczynamy kręcić śrubą. Przytem naturalnie krwotok się zwiększa, co jednak nie trwa długo, bo w przeciągu 10 do 20 minut szyjka jest tak rozwartą, że możemy kobietę rozwiązać sztucznie. Nadto sama macica podczas zabiegu tak silnie się kurczy, że krwotoki nigdy nie są tak gwałtowne. Z chwilą, gdy palce lewej ręki, będące stale w pochwie, wyczuwają silne napięcie ujścia, lub jeżeli macica silnie się kurczy, należy przerwać na kilka minut. Przy rozszerzeniu na 9 ctm. można już płód wyciągnąć, czy to przez wykonanie obrotu, czy też zapomocą kleszczy. W przypadkach nagłych, gdy krwotok jest bardzo duży, wystarczy rozszerzenie szyjki na 5 ctm., gdyż wtedy można ściągnąć nóżkę i powoli ją naciągnąć. Przy wyjęciu przyrządu muszą palce, będące w pochwie, kontrolować, aby przy zamykaniu ramion nie schwycić fałdu szyjki, lub pochwy. W końcu podaje autor historyę porodu 19 przypadków łożyska przodującego, głównie zupełnego, które wszystkie ukończono przy pomocy rozszerzadła Bossiego. W żadnym przypadku nie powstało przedarcie szyjki, któreby wymagało choćby jednego szwu. Jedna tylko kobieta umarła w następstwie ostrej niedokrwności; wszystkie inne przeszły prawidłowy połóg; z płodów tylko dwa były nieżywe. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dützmann. **Powikłania porodowe przy rozległych żylakach.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 17, zesz. 3, 1903). Z żylakami nawet rozległymi na dolnych kończynach spotykamy się bardzo często w przebiegu ciąży; nie mają one żadnego ważniejszego znaczenia; leżenie w łóżku z wysoko ułożonemi kończynami i wilgotne zawijania usuwają nierzadko to cierpienie w zupełności. Gorsze już jest rokowanie, gdy się wytworzą wrzody, gdyż te mogą się stać powodem groźnych krwotoków, które jednak można dosyć łatwo opanować. Bardzo poważny natomiast stan występuje, gdy guzy żylakowe wytworzą się nietylko na kończynach dolnych, ale i na międzykroczu, sromie, w pochwie, a nawet na części pochwowej i szyjce macicy. Łatwo bowiem może przesuwająca się główka wprost przedrzeć ścianę takiego guza, albo pod wpływem silnego parcia może przyjść wprost do naddarcia lub pęknięcia, a wówczas krwotok jest tak gwałtowny, że rodząca może się skrwawić w ciągu kilku minut. Podczas samego porodu, szczególnie jeżeli rodząca silnie prze, guzy żylakowe znacznie się powiększają i dochodzą czasem do niezwykłych rozmiarów. Autor podaje historyę porodu pięciu przypadków, z których w jednym krwotok z pękniętego żylaka na międzykroczu był tak silny, że nim zabrano się do zeszycia, mimo że to było w klinice, rodząca umarła ze skrwawienia. Przypadek ten wykazuje, jak trzeba być ostrożnym i że nie należy sobie tych stanów lekceważyć. Jeżeli termin porodu jest jeszcze daleki, trzeba się starać guzy te zmniejszyć przez leżenie, wysokie ułożenie tych części, opatrunki uciskające na srom. Niezłe wyniki otrzymano po wstrzykiwaniach sporyszu (2—3 razy dziennie strzykawkę). Przy tem postępowaniu należy jednak bardzo uważać, gdyż łatwo mogą wystąpić bóle, a wtedy trzeba natychmiast zaprzestać wstrzykiwań. Przy samym porodzie możemy tylko wyczekiwać, nakazać rodzącej, aby nie parła i wogóle starać się o powolny przebieg porodu. Jeżeli rodząca nie może się powstrzymać od parcia, należy ją uśpić; wreszcie musi być wszystko przygotowane do zeszycia, tamponowania i wywołania ucisku. *Dr. E. Ehrenpreis.*

A. Gottschalk. **O adrenalinie.** (*La Presse médicale* 1903, Nr. 44). Od roku 1855, w którym Addison zauważył związek nadnercza z „chorobą brązową“, nazwaną od jego imienia, liczni fizyologowie zaczęli badać działanie wyciągu tych gruczołów bądź w postaci naturalnej, bądź w postaci suchego proszku, lub rozczynów wodnych. Działanie to objawia się: 1) zwolnieniem tętna (Schäfer i Oliver, Cushny); 2) wzmocnieniem skurczu sercowego przez bezpośrednie pobudzenie mięśnia sercowego (Schäfer, Cushny), lub przez pobudzenie ośrodków sercowych (Gottlieb, Radziejewski); 3) podniesieniem się parcia krwi z powodu skurczu drobnych naczyń przez działanie obwodowe naczynio-ruchowe (Schäfer); działaniem obwodowem na włókna mięsne naczyń (Cushny, Schoemaker), czy też ośrodkowem działaniem naczynio-ruchowem (Cybulski, Szymonowicz, v. Cyon); 4) bladnieniem i niedokrwnością wszystkich tkanek (skóry, błon śluzowych, otrzewnej).

Dążeniom do otrzymania czystego wyciągu nadnercza zawdzięcza swe powstanie epinefryna Abla, suprarenina Fürtha, oraz najczyściejsza z nich adrenalina, otrzymana przez japońskiego profesora Jakichi Takamina.

Przedstawia się ona w postaci białawego proszku krystalicznego, smaku lekko gorzkawego, bardzo mało rozpuszczalnego w wo-

dzie zimnej, więcej w ciepłej, lub w rozczynach chlorku sodowego, nierozpuszczalnego w wyskoku i eterze. Rozczyn adrenaliny po dodaniu chlorku żelaza daje zabarwienie pięknie zielone, a z wodą jodową zabarwienie czerwone. Posiada odczyn alkaliczny. Nie jest ona alkaloidem w ścisłem tego słowa znaczeniu i nie okazuje odczynu charakterystycznego dla alkaloidów. Ma nader silne działanie ściągające. Jedna kropla rozczynu 1: 5000 wywołuje w przeciągu jednej minuty zbielenie prawidłowej spojówki. Wstrzykiwanie śródżylne wywołuje działanie na układ mięśniowy, na serce i naczynia i silne zwiększenie się parcia krwi. Doświadczenia profesora Lépinea i Amberga wykazały działanie trujące po wstrzyknięciu dwóch miligramów do żyły, lub sześciu miligramów pod skórę na jeden kilogram wagi u psa. Adrenalina wywołuje wymioty i po krótkim okresie podniecenia osłabienie, połączone z krwawą biegunką, a w końcu śmierć z porażenia narządów oddechowych, lub serca.

Adrenalina jest dostarczaną do użytku w rozczynach: stosowaną bywa w rozczynie 1: 1000. Ma ona zastosowanie lecznicze w pierwszym rzędzie w chorobie Addisona, w której sprawia według licznych spostrzeżeń (Rolleston, Edel, Seibert, Schoemaker). zanik barwika i przybytek na wadze. W chorobach serca (Floersheim) wzmacnia i reguluje skurcze serca i lokalizuje szmery nieprawidłowe, ułatwiając rozpoznanie cierpienia. Wstrzykiwana śródżylnie jest ona lekiem heroicznym w zapadzie chloroformowym (Cushny, Gottlieb, Mańkowski, Schäfer), oraz w zatruciach makowcem i morfiną (Reichert). W rynologii, otologii, laryngologii i okulistyce bywa stosowaną, jako środek przeciw nawałom zapalnym krwi i krwawieniom (Monre, Rosenberg, Bukofzer, Darier, Kirchner). Zwłaszcza działanie jej tamujące znalazło uznanie. I tak profesor Frisch wpuszcza przez 3—4 minuty 100—150 centymetrów sześciennych rozczynu 1: 1000 do pęcherza moczowego w celu uniknięcia krwotoków z podrażnionego pęcherza podczas cystoskopii. Przy utrudnieniach w oddawaniu moczu z powodu przerostu gruczołu krokowego adrenalina znosi te przypadłości. W krwawieniach skuteczne jest stosowanie podskórne w ilości 1—2 miligramów. Adrenalina znalazła zastosowanie w krwawieniach macicznych z powodu włókniaków i nowotworów, w silnych krwawieniach miesiączkowych, przy guzach krwawnicowych, krwawych wymiotach, oraz jako lek działający objawowo, częstokroć skuteczny w krzywicy, białkomoczu cukrzycy i cierpieniach skóry. *Dr. M. Blassberg.*

Escherich. **Wyniki leczenia płonicy surowicą w wiedeńskiej klinice pedyatrycznej.** (*Neue Therapie* Nr. 3, 1903). Od czasu wprowadzenia surowicy Behringa do leczenia błonicy oczekujemy niecierpliwie dalszych metod leczniczych do opanowania chorób zakaźnych, na które w samej Austryi rocznie umiera 80.000, a w tej liczbie 12.000 dzieci. Po odczycie Dra Mosera w Wiedniu w wielu szpitalach tamtejszych przeprowadzono leczenia próbne płonicy surowicą przeciwpłoniczą z bardzo dodatnim wynikiem. Marmorek był pierwszy, który rozpoczął badania, mające na celu osłabienie trującego wpływu na ustrój łańcuszkowców, przeszczepiając je przez szereg zwierząt; niekorzystne wyniki tej metody ominął Dr. Moser, przeprowadzając surowicę ze sztucznych hodowli tylko przez konie. Obawa użycia tak wielkiej dawki surowicy nie istnieje, jeśli wstrzyknięcie odbywa się antyseptycznie, a ranka z ukłócia dobrze zostaje opatrzoną tak, że w tych warunkach ciepłota nie podnosi się i nie występują inne dolegliwości. Wiadomo, że w płonicy istnieją przypadłości miejscowe i ogólne: do pierwszych odnosimy: zaróżowienie błon śluzowych i skóry, wypociny, obrzęki gruczołów, zapalenie ucha środkowego, ropówkę, zapalenie wsierdzia i posocznicę. Do zaburzeń drugich, toksycznych, zaliczamy: wymioty, senność, apatyę, ociężałość, gorączkę, gościec płoniczy itp. Otóż na pewne da się oznaczyć, że na zaburzenia toksyczne surowica oddziaływa bardzo silnie i znacznie je zmniejsza, podczas gdy na miejscowe o wiele mniej. Przeto, gdy wstrzykniemy surowicę Mosera dosyć wcześnie i pełną dawkę, objawy toksyczności znacznie słabną, a przebieg choroby staje się lekkim. Najlepiej popiera to statystyka, przeprowadzona w wiedeńskim szpitaliku St. Anny od roku 1898 do 1902:

	liczba chorych na płonicę:	umarło	%	
1898	171	22	12·86	
1899	268	44	16·41	
1900	265	33	12·45	
1901	389	35	8·99	leczenie surowicą
1902	368	25	6·70	Dra Mosera.

Dr. Włodz. Serkowski.

Gust. Szigeti (Budapeszt). **Rola rzeczoznawców kontrolujących przed sądem.** (*Ungar. med. Revue* Nr. 3, 1903). Na wzór ustawodawstwa niemieckiego, francuskiego i belgijskiego wprowadził rząd węgierski instytucyę kontrolujących rzeczoznawców sądowych. Doświadczenie miało stwierdzić, że lekarze-rzeczoznawcy mimo, iż starają się jak najbardziej przedmiotowo dociec prawdy, mimowolnie w orzeczeniu swem skłaniają się do zapatrywania korzystnego dla oskarżenia. Uwzględniając tę okoliczność, instytucya rzeczoznawców kontrolujących ma na oku strzeżenie interesów wyłącznie tylko oskarżonego i tym sposobem staje się ona ważnym czynnikiem obrony. Paragraf kodeksu węgierskiego, odnośnie do tej sprawy, brzmi: „W sprawie, w której celem poznania i ocenienia kwestyi, mającej być rozstrzygniętą, potrzeba szczególnej znajomości zawodowej, może oskarżony, względnie mogą oskarżeni posługiwać się współdziałaniem rzeczoznawcy kontrolującego. Temu przysługuje prawo strzeżenia interesów oskarżonego, względnie oskarżonych. W szczególności zaś może on być obecnym przy oględzinach miejscowych, może zwrócić uwagę na ewentualne braki i przeoczenia, może co do miejscowych oględzin, jak i orzeczenia, przedłożyć w protokóle, lub osobnem piśmie swoje zapatrywanie". Zatem lekarz kontrolujący ma prawo sprzeciwić się orzeczeniu rzeczoznawcy sędziego, o ile uważa je za niedopuszczalne, może je zbić dowodami, w następstwie całą sprawę jaśniej przedstawić, dając wyraz swemu przekonaniu naukowemu. Zatem właściwie i lekarze kontrolujący są rzeczoznawcami, a ich orzeczenie jest takim samym środkiem dowodowym procesu, jak orzeczenie rzeczoznawców sądu, a sąd ma rozstrzygnąć, które orzeczenie prędzej uwzględnić należy, które z nich więcej przemawia do przekonania. Słusznem więc jest odebranie przysięgi od rzeczoznawcy kontrolującego, wyposażonego takim samym zakresem działania, co rzeczoznawca sędziowski. Jego orzeczenie, jako dowód, staje się dowodem dopiero przez przysięgę. Z drugiej strony świadomość znaczenia przysięgi skłoni lekarza kontrolującego do gruntownego zajęcia się sprawą w duchu, przewidzianym przez prawodawstwo. Z tego wynika, iż instytucya ta jest dziełem liberalnem czynności ustawodawczej i że ustawodawstwo uczyniło zadość wolnomyślnym zapatrywaniom panującym, stwarzając tym sposobem główny warunek sprawiedliwości, dążącej do wykazania prawdy. *Baschkopf.*

Exner. **Przyczynek do leczenia guzów promieniami Roentgena.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 25, 1903). Autor leczył trzy nie nadające się do operacyi przypadki raka sutka promieniami Roentgena i jakkolwiek żaden z tych nie wyleczył się, to w każdym razie nie można metodzie tej odmówić znaczenia co do zwalczania przypadłości miejscowych. W pierwszym przypadku, gdzie rozpad był daleko posunięty, doprowadziło leczenie do tego, że prawie 10-go dnia po pierwszem zadziałaniu promieni wystąpiła na brzegu owrzodzenia czysta ziarnina, a prawie 6 tygodni po rozpoczęciu leczenia cała powierzchnia zamienioną została w prawie czysto ziarninującą płaszczyznę. Stosowano w tym przypadku wysokie dawki promieni Roentgena, w sumie 52 H. (jednostek Holzknechta). Przez czas leczenia guz wcale nie rósł. W przypadku drugim 11-go dnia po pierwszem działaniu promieni wystąpiła czysta ziarnina, a po miesiącu znikło owrzodzenie zupełnie; pozostał tylko płaski ubytek tkanki, pokryty ziarniną. Użyto tutaj 45 H., przyczem guz się zmniejszył. Jeżeli zatem możliwem jest w przypadkach rozpadających się raków usunąć wylewanie się posoki z owrzodziałego guza, to już przez tosamo wiele się zyskuje, a zważywszy także, że zwalczanie następstw owrzodziałego raka należy do rzeczy bardzo trudnych i żmudnych, to leczenie promieniami Roentgena można bardzo polecić. Przypadek trzeci dał pozory prawie zupełnego wyleczenia raka. Guz wielkości pięści znikł w przeciągu trzech miesięcy tak, że nie można było makroskopowo znaleźć miejsca podejrzanego. Pierwsza ziarnina czysta powstała 15-go dnia, owrzodzenie ustąpiło po miesiącu; ilość zużytych na to promieni wynosiła 15 H. Ponieważ promienie te działają niszcząco na warstwy pojedyncze i po zniszczeniu warstwy powierzchownej można dopiero dojść do głębszych, radzi autor za przykładem Becka, by po operacyjnem wyjęciu guza, a przed zeszyciem, wystawić miejsce operowane, co do którego niema się pewności, czy się czegoś z nowotworu nie zostawiło, lub wprost w sąsiedztwo raka nie przeszczepiło, w takich razach wystawić na działanie promieni Roentgena w ilości 8—15 H. Rozumie się, że należałoby wtedy do rany wprowadzić sączek, by umożliwić odpływ rozpadłych części tkanek, zniszczonych działaniem promieni. Oprócz przytoczonych trzech przypadków raka leczono też przypadek mięsaka przerzutowego, w którym wprawdzie uzyskano zmniejszenie guzków mięsakowych, jednakże wyleczenia nie otrzymano. Badanie mikroskopowe tych guzków było prawie ujemne z powodu obfitego barwika, zawartego w nich; dawały się widzieć tylko w środku guzka miejsca obumarłe. *B. Żmigrod.*

Grawitz (Charlottenburg). **Ostre odżywczo-nerwowe schorzenie kończyny dolnej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27, 1903). Przypadek ten dotyczy 17-letniej dziewczyny, u której wśród ogólnych objawów chorobowych, wystąpił zanik skóry na

całej lewej kończyny dolnej, z wyjątkiem podeszwy i palców. Interesującym dalej objawem tego cierpienia było zaczerwienienie skóry które zresztą należy uważać jako rzecz drugorzędną, następową, w postaci rozszerzonych naczyń krwionośnych, jak niemniej brak wszelkich innych objawów ogólno-zapalnych, bądźto ze strony nerwów obwodowych, bądź też układu nerwowego ośrodkowego.

Pisek (Podgórze-Kraków).

Berkenheim (Moskwa). **O cukrzycy u dzieci.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Cukrzyca może się pojawić w każdym wieku; są dzisiaj na to niezbite dowody, że stwierdzono ją u noworodków, a Kiselle, Bell i inni spostrzegali u kilkudniowych, względnie kilkutygodniowych dzieci; w późniejszym wieku już występuje częściej; płeć lub rasa nie mają tutaj żadnego wpływu. W etyologii cukrzycy należy w pierwszym rzędzie. zwrócić uwagę na dziedziczność; stwierdzono ją bowiem w 20% wszystkich przypadków; interesującym zaś pod tym względem jest przypadek Paryego. W pewnej rodzinie stwierdzono u trzech członków (z pięciu) rodzeństwa cukrzycę; dorosła czwarta siostra zachorowała, mając lat 19, na tęższamą chorobę; matka wreszcie i babka tychże dzieci zmarły skutkiem cukrzycy. Bardzo często można napotkać w etyologii gościec, padaczkę, różne nerwice; związek przyczynowy między kiłą. a cukrzycą nie jest jeszcze na pewno stwierdzony; zapatrywanie zaś, jakoby dzieci warstw wykształconych bardziej zapadały, aniżeli inne, nie wytrzymuje dostatecznej krytyki; tosamo powiedzieć można o urazach, jako czynnikach wywołujących cukrzycę; co najwyżej uraz może stać się przyczyną rozwoju już istniejącej, ale utajonej choroby. Tu pod ten dział można podporządkować i inne etyologiczne wpływy, jak zaziębienie, przestrach, złe warunki życia, nieodpowiedni wikt itp. Wielu lekarzy przypisuje wielkie etyologiczne znaczenie chorobom zakaźnym (dur, zimnica, grypa itp.), aczkolwiek nie da się zaprzeczyć, że w przebiegu niektórych ciężkich przypadków błonicy, lub innych chorób zakaźnych można stwierdzić cukromocz, w przeważającej jednak liczbie przypadków objaw ten nie występuje.

Symptomatologia cukrzycy u dzieci niewiele różni się od tejże u starszych: ilość cukru dochodzi do 10%, mocz zaś do 10 litrów dziennie, również i ciężar gatunkowy jest znacznie wyższy, dochodzi bowiem do 1,050. Jednym z ważnych objawów cukrzycy u dzieci jest niemożność zatrzymania moczu; dlatego też w każdym takim przypadku należy badać mocz na cukier. Szczególniej zaznaczyć należy ciężki tutaj przebieg choroby, który w większości przypadków da się podzielić na dwa okresy: pierwszy, dłużej lub krócej trwający, cechuje się jedynie cukromoczem przypadkowo stwierdzonym; drugi zaś okres rozwija się z pierwszego pod wpływem urazu, zakażenia itp. i przedstawia cały obraz rozwiniętej cukrzycy. Ten właściwie okres, kończący się zazwyczaj niepomyślnie, bywa u dzieci najczęściej stwierdzonym. Leczenie apteczne nie prowadzi do żadnego wyniku; główną wagę trzeba kłaść na leczenie higieniczno-dyetetyczne. *Dr Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Mikulicz i Fittig. **Przypadek raka sutka leczony ze skutkiem promieniami Roentgena.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, XXXVII, 3, 1903). W przypadku owrzodziałego raka sutka u 52-letniego chorego stosowali autorowie promienie Roentgena w postaci naświetlań i po czterech krótkotrwających posiedzeniach pokazało się, że owrzodzenie znacznie się zmniejszyło. Po czterech miesiącach leczenia, a sześciu posiedzeniach, nastąpiło zupełne wyleczenie o tyle, że w miejscu owrzodziałego raka, stwierdzonego przedtem badaniem histologicznem, powstała różowawa, gładka, przesuwalna blizna. Gruczoły pachowe, rakowo zwyrodniałe, wyjęto przed rozpoczęciem leczenia promieniami Roentgena. Na podstawie tego przypadku radzą autorowie w przypadkach raków wolno rosnących, powierzchownych, nadto w nowotworach, nie dających się już operować, zastosować leczenie promieniami Roentgena, inne zaś należy usuwać drogą operacyjną. *B. Żmigród.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Podskórne stosowanie salicylanu sodowego. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W miejsce wewnętrznego podawania tego środka radzi Bouchard (*Comptes rendus* 1902, T. 135) stosować go podskórnie, a mianowicie w przypadkach uporczywego zapalenia stawów, które powstało po ostrym gośćcu stawowym; dalej w ogólnych i częściowych gośćcach i gośćcowem zapaleniu nerwu. Autor posługuje się 5% roztworem i wstrzykuje 1—2 ctm. na jeden raz w dwóch lub trzech różnych miejscach zajętego stawu. W początku ogólnego gośćca stawowego leczenie to nie jest wskazane; tam należy stosować przetwory salicylowe wewnętrznie. W gośćcu na tle rzeżączki wstrzykiwania te łagodzą bole, jednak nie mają wpływu na przebieg choroby. Zaletą tego sposobu leczenia jest to, że środek leczniczy stosujemy tylko w tem miejscu, gdzie działanie jego jest pożądane, a dalej, że unikamy szkodliwego działania na błonę śluzową żołądka. *Dr. T. Ż.*

Stosowanie chloroformu do znieczuleń. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Znaną jest rzeczą, na którą może jednak niedość zwraca się uwagi, że nawet najczystszy chloroform, zawierający według przepisu niemieckiej farmakopei 1% alkoholu, ma skłonność do rozkładu i wytwarzania niebezpiecznego fosgenu, zwłaszcza jeżeli przez czas dłuższy styka się z wilgotnem powietrzem. To zetknięcie ma miejsce, jeżeli się chloroform przechowuje w dużych flaszkach lub balonach i czerpie z nich w miarę potrzeby. Należałoby zatem chloroform pobierać w małych, szczelnie zamkniętych flakonach, zawierających ilość potrzebną do jednego uśpienia, lub w ostateczności na przeciąg kilku dni. Jeżeli zaś jest się zmuszonym przechowywać chloroform w większej ilości, najlepiej jest odrazu po otwarciu dużej flaszki przelać jej zawartość do małych flakonów, napełniając je zupełnie szczelnie. Flakony te powinny być zupełnie ochronione od wilgoci, a po opróżnieniu przed napełnieniem powtórnem najdokładniej oczyszczone. *Dr. T. Ż.*

Pielęgnowanie jamy ustnej w leczeniu rtęcią i w niektórych cierpieniach ust. Jul. Müller z Wiesbadenu nie radzi stosować w cierpieniach jamy ustnej chloranu potasowego, albowiem wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu nie wywiera ten lek w zwykłych roztworach najmniejszego wpływu na prątki w jamie ustnej. Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, iż lek ten, stosowany w 3—5%-owym roztworze, lub w postaci kołaczyków gniecionych po 0·3, lub wreszcie jako 50%-owa pasta zębowa działa w rtęciowem zapaleniu ust i innych zakaźnych zapaleniach jamy ustnej. Zatem nie siła odkażająca jest tu miarodajną. Rzeczywiście Sanarelli wykazał, iż ślina jest bardzo złem podłożem dla pewnych drobnoustrojów patogenicznych i że może je zniszczyć, jeśli ich ilość nie przekracza pewnych granic. Tylko w daleko rozwiniętem wrzodziejącem zapaleniu jamy ustnej z przyczyny miejscowej lub ogólnej, potrzeba silniej działających środków odkażających, gdyż do zniszczenia prątków nie wystarcza wtedy prawidłowa prątkobójcza siła śliny. W takich razach stosuje M. najchętniej 5—10%-owy roztwór H_2O_2 i pędzlowanie nalewką jodową (*tinct. jodi fort.*). Celem zapobieżenia zapaleniu jamy ustnej w chorobach i w leczeniu rtęciowem poleca M. zamiast 50% pasty Beyersdorfa z chloranem potasowym, pastę z soli Wiesbadeńskiej (*Wiesbadener Quellsalzzahnpaste*). Przewyższa ona pastę Beyersdorfa łatwą rozpuszczalnością w wodzie; bierze się jej kawałeczek do ust, a potem nieco ciepłej lub zimnej wody; pasta wiesbadeńska pozostawia przyjemne odświeżające uczucie. Ten sposób ma wartość głównie dla chorych, którzy skutkiem swego zawodu, lub innych przyczyn nie mogą mieć przy sobie roztworu do płókania. Przeciw chloranowi potasowemu przemawia też trujące działanie. Mankiewicz zwrócił uwagę na częstość białkomoczu w leczeniu rtęciowem przy nadużywaniu chloranu potasowego. Prof. Kobert przestrzega przed codziennem używaniem pasty z chloranem potasowym, ponieważ może ona spowodować ciężką methemoglobinemię. Pod każdym względem unikać jej należy u kiłowych z objawami niestrawności, białkomoczu, cylindruryi, lub u cierpiących na cukrzycę, niedokrwistość, szczególnie na tle kiłowem, zimniczem, gruźliczem i u kobiet ciężarnych. Tu najlepiej używać do płókania octanu glinowego, a do czyszczenia zębów wiesbadeńskich pastylek. Wyrabia je Ferd. Mülhens w Kolonii n. R., słoiczek kosztuje 80 fenigów. *Baschkopf.*

VI. Korespondencye.

Bruksela 6 września.

Ze Zjazdu higienistów w Brukseli.

I. Tegoroczny międzynarodowy Zjazd higienistów postawił na porządku dziennym kilka kwestyi, które wywołały ożywioną i długo trwającą dyskusyę, a dotyczyły tak ważnych spraw, że sądzę, iż będzie na miejscu omówienie ich w „Przeglądzie“. Z góry zastrzedz się muszę, że te tylko rzeczy omówię, których byłem blizkim i w których brałem udział, pozostawiając inne, nie mniej ważne, innym sprawozdawcom.

Pierwszy i drugi dzień Zjazdu w Sekcyi bakteryologicznej zostały poświęcone sprawom toksyn i antytoksyn. Wywiązała się długa dyskusya, która w pierwszym dniu nie wiele przyniosła korzyści, gdyż głównie obracała się koło teoryi Ehrlicha (*Seitenkettentheorie*). Zwolennicy

jej, przeważnie uczniowie szkoły Kocha i Ehrlicha, utrzymywali, że teorya ta najlepiej tłómaczy nawet na drodze chemicznej sposób powstawania antytoksyn i ich działanie; przeciwnicy zaś, jak Gruber, w części Madsen, i szkoła Pasteura byli przeciwnego zdania, sądząc, że chemia nie wiele może z tej teoryi skorzystać, gdyż, jeżeli przyjmiemy działanie chemiczne przy łączeniu się toksyn i antytoksyn, to można się obejść bez tej teoryi, która wszystkich faktów nie wyjaśnia. Doświadczenia zresztą, wykonane przez Aremusa i Madsena, oraz przez Eisenberga, podają inne sposoby wyjaśnienia, oparte na prawach wielokrotnych połączeń.

Nie mogę zająć się bliżej tym sporem, tem więcej, że dyskusya nie doprowadziła do stanowczych wyników, przytępione tylko zostały nieco ostrza argumentów Ehrlicha.

Ważniejszym wynikiem było przez różnych badaczy spostrzeżone szczególne działanie niektórych sposobów wytwarzania surowic, zwłaszcza tężcowej i błoniczej, a mianowicie niejednostajne działanie przy szczepieniach leczniczych, oraz zapobiegawczych. Surowica w małej objętości, zawierająca wielką ilość jednostek leczniczych, może nie mieć wartości zapobiegawczej i odwrotnie. Wynika stąd, że jednostka, przyjęta obecnie, nie daje dostatecznego pojęcia o istotnej wartości surowicy. Surowica o mniejszej ilości jednostek może działać bardziej bakteryobójczo i być skuteczniejszą. Należy zatem szukać innych sposobów mierzenia siły surowicy, a tymczasowo starać się o to, ażeby ona była nietylko antytoksyczną, ale i antybakteryjną, co da się osiągnąć przy zastosowaniu odpowiednich sposobów.

Podobnie rzecz się ma i z surowicą przeciwtężcową.

Debaty nad przeszczepialnością gruźlicy zwierzęcej ludziom i odwrotnie również zajęły dużo czasu. Tutaj jeszcze wyraźniej zarysowała się różnica poglądów szkoły Kocha i szkoły Pasteura.

Jak wiadomo powszechnie, Koch na Zjeździe w Londynie zaznaczył zupełną różnicę gruźlicy ludzkiej i bydlęcej. Niektórzy badacze stanęli po jego stronie. Szczególnie doświadczenia Preisza z Budapesztu zdają się popierać zdanie, że gruźlica zwierzęca (perlica) jest odmienną i nie da się przeszczepić na człowieka.

Dejong, Arloing, Gratia, Chauveaux i niżej podpisany przytoczyli jednak tak wyraźne dowody przeszczepialności gruźlicy ludzkiej na bydło rogate, że sprawa zobopólnego przenoszenia się gruźlicy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości.

Zjazd uznał wobec tego, że dalsze badania są potrzebne, oraz że przepisy co do gruźlicy zwierzęcej muszą być w całości zachowane. *Prof. O. Bujwid.*

VII. Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Skreślił

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

(Ciąg dalszy).

Przez czas długi w szeregu przejściowym idąc od zwierząt niższych do wyższych, przejściowy łańcuch od małpy do człowieka ulegał przerwie; lecz w tym względzie paleontologia przyszła w pomoc, dając wiele skamielin, datujących od wielu milionów lat, które wypełniły luki niezbędne dla teoryi o pochodzeniu człowieka. Największem odkryciem z rzędu skamielin są znalezione w r. 1894 przez Eugeniusza Dubois na Jawie w warstwie pliocenu szczątki sławnego małpoczłowieka *(pithecanthropus erectus)*, składające się ze sklepienia czaszki, kości udowej i kilku zębów; przedstawione wkrótce potem na międzynarodowym kongresie zoologów w Lejdzie, kości te dały powód do sporów pomiędzy zoologami a anatomami. Między 12 uczonymi zdania się rozeszły: 3 z nich uznało kości za kopalne szczątki człowieka, 3 za szczątki małpy, a 6 pozostałych przyjęło je za szczątki wymarłej formy przejściowej pomiędzy człowiekiem a małpą. Dziś już większość uczonych przychyliła się do zdania, wypowiedzianego przez wielu uczonych na kongresie lejdejskim i przyjęto, że Dubois przez odkrycie małpoczłowieka *(pithecanthropus erectus)* wypełnił jedno brakujące pośrednie ogniwo, wiodące od niższych ras ludzkich do rozmaitych znanych rodzajów małp antropomorficznych i wskazał na ważne stosunki jego do wspólnej hipotetycznej formy rodowej zwierząt naczelnych. Ponieważ forma ta posiada najważniejsze cechy budowy ciała żyjącego gibbona (*hylobates*) w Azyi południowej, przeto nazwał ją Dubois „prothylobates“ (pragibbon). Podobne cechy posiadają szczątki kości, znalezione w górnym miocenie Francyi, Szwajcaryi i Styryi i zwane „rodomałpa“ (*pliopithecus*), która żyła w czasie osadów formacyi dalszego miocenu i jest protoplastą wielu małp starego świata, jak żyjących gibbonów, tak z drugiej strony kopalnych ludomałp, stanowiących bezpośrednie przejście do małpoczłowieka (*pithecantropus*).

U małpoczłowieka i gibbona budowa kości udowej bardzo przypomina ludzką i gibbony, przypominające małpoczłowieka (*pithecanthropus*), najwięcej mają skłonności do przyjmowania postawy pionowej. Czaszka u małpoczłowieka i gibbona przypomina najbardziej czaszkę ludzką, nie posiada bowiem kostnego grzebienia, tak charakterystycznego dla innych małp. U małpoczłowieka i gibbona pojemność czaszki wynosi od 900—1000 cent. sześć. t. j. $^2/_3$ pojemności czaszki ludzkiej, kiedy u ludomałp wynosi zaledwie 500 cent. sz.; pojemność więc czaszki i wielkość mózgu u małpoczłowieka zajmuje pośrednie miejsce między ludomałpami, a najniższemi rasami ludzkiemi. Cecha ta jest charakterystyczną dla profilu twarzy.

Z dziś żyjących ras ludzkich najbliższemi małp są małorośli Weddowie na Cejlonie i Akkonie w środkowej Afryce. Starożytne czaszki ludzkie, które w wielu miejscach znaleziono, zajmują pośrednie miejsce między małpoczłowiekiem *(pithecanthropus)*, a najniższemi rasami ludzkiemi, jak w Neanderthalu, Spy, Cro-magnon i t. p. Tego samego typu czaszki zaczęto znajdować i dalej na Wschód, aż do Uralu, a nam udało się je odszukać w miejscowości jeszcze bardziej oddalonej, na dalekim Wschodzie, nad rzeką Selengą, w miejscowości zwanej „Suchym Kluczem“; dowodzi to, że rasy pierwotne zasiedlały jednakowo ziemię, jak na Wschodzie, tak i na Zachodzie. Wszyscy przyrodnicy i antropolodzy widzą w czaszkach typu neandertalskiego lub innych pierwotne rasy ludzkie, wyjąwszy Virchowa, który w nich wszystkich dopatruje zboczeń patologicznych. Czaszki typu pierwotnego przedstawiają się silnie wydłużonemi z nadzwyczajną wydatnością łuków nadbrewnych i nadnosia, z bardzo znaczną wypukłością potyliczną, z czołem nizkiem, nieraz do tego stopnia, że prawie znika, biegąc na płaskie i wydłużone ciemię; żuchwa w takich razach przedstawia się bardzo grubej i nieforemnej budowy, jak i kości czaszki, z wydającym się prognatyzmem zębowym. Pomiędzy szczątkami czaszek, znalezionych przeze mnie na Wschodzie, dwie przypominały neandertalskie, trzecia przedstawiała typ odmienny, rozwinięta nadzwyczajnie w szerokość, znacznych rozmiarów, wybitnie krótkogłowa, z wydatnemi jarzmami, o nizkiem czole, z silnie uwydatnionymi łukami nadbrewnymi i guzami ciemieniowymi, bardzo nieforemnej budowy. Wszystko przemawiało za jej wielką dawnością. Opisałem ją, jako odrębny typ człowieka Azyi Wschodniej. O starożytności kości świadczą spaczenie ich, kruchość i brak łączącej substancyi klejowej. W kościach długich znajdujemy zmiany, które rzadziej się spotykają u ras spółczesnych, mianowicie: znaczniejsza liczba przedziurawień kości ramieniowych w dołkach łokciowych, jak również wygięcie lub kolumnowa budowa kości udowej *(femur à pilastre)*, spłaszczenie kości goleniowej *(platycnemia)* i t. d. Są to właściwości przyjęte dla ras starych, które spotykaja się i u ras pierwotnych, obecnie żyjących.

Przechodzimy teraz do badań ludzi żywych, co stanowi dla rozróżnienia ras i pokrewieństwa ludów jeden z wa-

żniejszych celów spółczesnej antropologii. Z żalem należy się przyznać, że kiedy Ameryka, Germania i Francya pod tym względem wiele zrobiły, cały Wschód Europy, z niewielkim wyjątkiem niektórych grup ludności, zupełnie w tym względzie nie został zbadany. Poznajemy i badamy bliżej dalekie kresy wschodnie, nie zbadawszy naprzód siebie samych. Dzięki energii antropologicznego oddziału cesarskiego Towarzystwa miłośników przyrody w Moskwie wyszło kilka obszernych i wielce cennych prac antropologicznych. Krakowska Akademia Umiejętności wydała (pomimo swych szczupłych funduszów na ogłoszenia prac z dziedziny antropologii) szereg monografii, odnoszących się do Galicyi i przeważnie Zachodnich prowincyi cesarstwa, a mniej do ludności polskiej Królestwa. Dwa Towarzystwa antropologiczne petersburskie małe dają znaki życia. Od czasu do czasu tylko pojawiają się przygodne prace dysertacyjne na stopień doktora, publikowane w ostatnich latach w Petersburgu, a dawniej w Dorpacie.

Wszyscy ludzie na pierwszy rzut oka małą przedstawiają pomiędzy sobą różnicę: chyba murzyna o skórze ciemnej, lub hotentota o miedzianej, łatwo odróżnić od europejczyka; wprawne tylko oko może odnaleźć różnicę w typach mniej wydatnych. Nie będąc już nowicyuszem w badaniach antropologicznych, kiedym przed laty przybył na granicę Mongolii, posiadającej tak różnobarwną ludność, gdzie obok najprzeróżniejszej mięszaniny typów europejskich przesuwały się przed nami jak w kalejdoskopie rozmaite typy azyatyckie, nie byliśmy na razie w stanie łatwo odróżnić buriata od mongoła lub mandżura, tybetańczyka od tunguza, lub mongoła nawet od chińczyka, co zdziwiło miejscowych rosyan nietylko rozróżniających dobrze te typy, ale nawet oddzielne grupy buriatów, a niekiedy i oddzielne ich rody, do czego w końcu i my doszliśmy tylko po wieloletniej praktyce.

Badając żywych ludzi, antropolog ma za zadanie ocenić wzrost i stosunek jego do oddzielnych części kośćca, dalej barwę skóry, oczów i włosów; określić odległość od ziemi rozmaitych punktów ciała w postawie stojącej, szerokość pleców, objętość piersi i brzucha, wreszcie zbadać budowę czaszki i twarzy, co jest częścią najważniejszą i najlepiej zbadaną w antropologii. Tu należą jeszcze szczegółowe opisania oddzielnych części ciała, jak kształt nosa, ust, szczelin ocznych, uszów, brody, zębów, i t. p.

Badając rasy i plemiona ludzkie, przekonywamy się, że czyste rasy na ziemi nie istnieją i że zbiorowiska ludzkie mięszały się z sobą już za czasów najgłębszej starożytności. Pomimo tego jednak spółczesny antropolog przy istniejącej metodzie badania ma możność odróżnić typy czyste od mięszanych. Do rzędu czystych typów zalicza ludzi o wzroście wysokim, lub nizkim, krótkogłowych, lub długogłowych, typu jasnego (o skórze, oczach i włosach jasnych) i ciemnego (o skórze, oczach i włosach ciemnych). Typy, powstałe z połączeń poprzednich typów w rozmaity sposób, wytworzyły typ mięszany, jak naprzykład pomięszanie wzrostu wysokiego z nizkim wytworzyło wzrost średni, połączenie długogłowego z krótkogłowym typ pośredniogłowy, połączenia z sobą barw jasnych i ciemnych skóry, oczów i włosów typy pośrednie czyli mięszane. Wieloletnie doświadczenie poucza, że przy połączeniu się dwóch antropologicznych pierwiastków, potomstwo z nich pochodzące najprzód zatraca barwę powłok ciała, najdłużej zachowując budowę kośćca. Większość antropologów mniema, że budowa czaszki nie może w szeregu pokoleń dowolnie się zmieniać pod wpływem klimatycznym, geograficznym, lub innych warunków życiowych, przeistaczając krótkogłowych w długogłowych i odwrotnie; lecz na to potrzeba wpływu metyzacyi. Pomiędzy ludźmi, tak jak i zwierzętami, nie małego jest znaczenia dobór fizyczny i krzyżowanie ras. Pewne ich połączenie daje pokolenie zdrowe, silne i rozradzające się, inne przeciwnie: słabe, karłowate, nieliczne, a nieraz i bezpotomne. Znany jest przykład korzystnego wpływu krwi plebejuszów na stary pień arystokracyi, który odświeża soki, wydając jednostki energiczniejsze i dzielniejsze w szeregach rodowej arystokracyi; nie mniej stwierdzono korzystny wpływ na potomstwo ze związku krwi semickiej z ludami europejskimi. Krzyżowanie się rasy mongolskiej z kaukazką nie wydaje tak dobrych wyników; przeciwnie, połączenie mongołów lub tunguzów z chińczykami wyradza piękne, fizycznie zdrowe i umysłowo rozwinięte pokolenie, przewyższające zaletami każdą z osobna narodowość, od której pochodzą. W ocenie jednak fizycznych i umysłowych zalet potomstwa ras krzyżujących się grają rolę nie tylko wpływy przyrodnicze, lecz kulturalne i społeczne.

Każdy z narodów posiada sobie właściwą sposobność do rozradzania się, podobnie jak i człowiek ma w życiu swojem peryod największego rozkwitu, poczem stopniowo siły jego wespół ze zdolnościami rozrodczemi obniżają się i stopniowo obumierają. To smutne prawo natury napróżno usiłują wytłómaczyć ekonomiści przypadkowymi warunkami, jak małą ilością ślubów, lub przestrzeganiem prawa Maltusa w małżeństwach. Tymczasem pomimo nawoływania prasy krajów, dotkniętych groźbą depopulacyi, oraz pomimo środków zapobiegawczych, przedsiębranych przez ich rządy, fakt pozostaje faktem, że współczesna Francya i Węgry wymierają. Niemcy przeciwnie mają znaczny przyrost ludności, a wszystkich wrogów słowiańszczyzny zastrasza ich nadzwyczajna rozrodczość, pomijając złe warunki sanitarne i znaczną śmiertelność noworodków i dorosłych z chorób zakaźnych. Obok takiej rozrodczości istnieją narody pierwotne, które zetknąwszy się z wyższą cywilizacyą, nie mogą jej przyswoić i wymierają, jak ostiaki, gilaki, ajnosy itd. Istnieją znowu narody, które są zdolne do przyjęcia cywilizacyi, lecz pomimo nieznacznej śmiertelności nie posiadają sil życiowych dla większej rozrodczości, jak mongołowie, buriaci, tybetanie (może w części zależy to też od wyznawania lamaizmu, zalecającego celibat, w którym żyje 1/3 ludności tych narodów). (Dokończenie nastąpi).

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

Otwierając Zjazd, wita przewodniczący, prof. Rydygier obecnych, w szczególności zaś lekarzy wojskowych, którzy, otrzymawszy pozwolenie od swojej władzy, po raz pierwszy przybyli; wita dalej gorąco dyrektorów szpitali prowincyonalnych. Przystępując do wstępnej organizacyi, Zjazd wybrał na zastępców przewodniczącego Zjazdu prof. Kadera (Kraków), prof. Kryńskiego (Warszawa), Doc. Schramma (Lwów), Dra Pomorskiego (Poznań) i Dra Muszkieta (Żółkiew): skarbnikiem prof. Trzebickyego, sekretarzem Doc. Bossowskiego. Pierwszy wykład wygłosił prof. Klecki.

1. Prof. Klecki (Kraków): **O fagocytozie.** Przebiegłszy krótko część historyczną nauki o fagocytozie, która mimo, że była już w r. 1850 spostrzeganą przez Virchowa, datuje się od Miecznikowa i jest zespoloną z jego nazwiskiem, przeszedł następnie prelegent do określenia istoty fagocytozy. Ciałka białe, makro- czy mikrofagi, odznaczają się własnością hemotaktyczną, przyczem, przy zbliżaniu się do ciała, które nań działa przyciągająco, tworzą wypustki, jak to doświadczenia wykazały. Ciałko białe zbliża się i pochłania ciało obce; pochłanianie to przychodzi w ten sposób do skutku, że ciałko białe opływa swą protoplazmą ciało obce, przyczem pochłaniane ciało obce, np. bakterya, nie musi być umarłą. Oprócz ciał stałych mogą być pochłaniane także płyny, sole w roztworach, atropina, toksyna tężcowa. Fagocytoza nie kończy się na pochłanianiu; po pochłonięciu zaczyna się działanie substancyi, zawartych w ciałkach białych, które to substancye działają na bakterye zabójczo. W dalszym ciągu poruszył prelegent kwestyę odporności sztucznej przejściowej i oporu, którego znaczenie jest bardzo ważne. Zapomocą surowicy drugiego zwierzęcia można zwierzę uodpornić; a doświadczenia, robione w tym kierunku, wykazują, że nietylko zapomocą surowicy krwi drugiego zwierzęcia, ale także moczem, solą kuchenną, wstrzykniętą do jamy brzusznej, można zwie-

rzę uodpornić do tego stopnia, że wytrzymuje pięć razy silniejszą dawkę, niż śmiertelna hodowla jakiejś bakteryi, a wytrzymałość ta trwa 4, nawet do 10 dni. W dalszym ciągu mówił prelegent o swoich doświadczeniach, mianowicie próbował sprowadzić choroby imitujące zakażenia i wstrzykiwał dla uodpornienia bulion, kał ze zwierząt. Na 29 doświadczeń w 14 nie było żadnego wyniku, a na pozostałych 15, w których utrafił dawkę graniczną, w 12 był wynik dodatni; sześć z tych zniosły dawkę śmiertelną, a sześć padło ze znacznem opóźnieniem. Prelegent wyrobił sobie przekonanie, że wzmożenie odporności wstrzyknięciem bulionu odbywa się nie przez wprowadzenie fagocytów (Miecznikow), lecz więcej przez fagolizę. Fagocytoza i fagoliza mają bardzo ważne znaczenie ochronne.

Dyskusya: Prof. Kader zaznacza, że w chirurgicznej klinice krakowskiej robiono też tego rodzaju doświadczenia, mianowicie Dr. Majewski wywoływał sztucznie zapalenie otrzewnej i starał się też sztucznie uodpornić zapomocą bulionu. Przypuszcza, że przenosząc to na człowieka, otrzymamy podobne wyniki.

Prof. Klecki oświadcza, że takie próby robiono już dawniej i na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu jeden z członków zdawał sprawę z leczenia surowicą końską i złych następstw nie miał. Prelegent jednak w części historycznej uwzględnił tylko ostatnie prace, z tego powodu ominął dawniejsze, a więc i Dra Majewskiego.

2. Hordyński (Kraków): **Operacye doszczętne wolnych przepuklin pachwinowych** (referat). Już w istnieniu samej przepukliny leży wskazanie do zabiegu operacyjnego, wyjąwszy: 1) ludzi starych, schorzałych, 2) jeśli idzie o przepukliny wielkie, nie dające się od dłuższego czasu odprowadzić, lub 3) o przepukliny wielkie, istniejące od dłuższego czasu, których odprowadzenie wywołuje nadmierne napięcie ścian brzusznych, a względnie utrudnienie oddechania. Co do wskazań operacyjnych u dzieci zdania są bardzo podzielone: jedni robią operacyę zawisłą od wielkości przepukliny, niemożności odprowadzenia, a co najważniejsze — od wieku dziecka i wychodzą z tego zapatrywania, że znaczna liczba przepuklin u dzieci może być wyleczoną przez noszenie paska; drudzy zaś (Coley, Fränkel) zajmują bardzo radykalne stanowisko i sądzą, że im prędzej się operuje, tem lepiej, bo przez operacyę usuwa się raz na zawsze niebezpieczeństwo, wynikające z istnienia przepukliny, a nadto, że nie operując, traci się najlepszy czas do operacyi.

Żaden ze sposobów operacyjnych nie cieszy się uznaniem wszystkich, niema więc sposobu, któryby uważać można za zabieg prawidłowy dla przepuklin pachwinowych. Jedne metody starają się o zamknięcie kanału pachwinowego zapomocą organicznej zatyczki z worka przepuklinowego (Mac Even, Bocker, Read, Davis); Bassini przywiązuje największą wagę do dokładnego zamknięcia kanału pachwinowego, bo gdy niema otworu, wtedy niema i możebności wystąpienia nawrotu; według Kochera obecność otworu nie wystarcza do powstawania nawrotów; potrzebną jest do tego podatność otrzewnej, która pod wpływem ciśnienia śródbrzusznego wypukla się i dlatego najważniejszą rzeczą jest usunięcie worka. Prelegent jest zwolennikiem na mocy swego doświadczenia metody Bassiniego, bo zdaniem jego jest ona anatomicznie najlepiej ugruntowanym sposobem operacyjnym i każdy akt operacyi wykonywa się pod kontrolą wzroku, a nadto nie jest ona mozolną, ani niebezpieczną. Niedogodności, wynikające z metody Bassiniego, starają się różni autorowie usunąć (Phelps, Lauenstein, Weinlechner. Zarzuty, robione metodzie Kochera, są: 1) nie pracuje się pod kontrolą wzroku, 2) sposób ten może być zastosowany tylko przy powłokach brzusznych odpornych i mięsistych, a nadto 3) tworzy się w ścianach nowy otwór, usposabiający do nawrotów. Dalej omawia prelegent sposoby powstawania nawrotów i zaznacza, że autorowie podają różny czas co do uważania przepukliny za wyleczoną (Steiner 6 miesięcy, Heidenthaler dwa lata). Z nawrotów powstałych przy metodzie Bassiniego większa część jest tylko przepuklinami brzusznemi, które mogą powstać tutaj, jak po każdej laparotomii w bliźnie. Chęć zaś usunięcia właściwych nawrotów po sposobie operacyjnym Bassiniego dała powód do modyfikacyi Postempskiego, Wölflera i Franka. Wadą sposobu Bassiniego jest wielki odsetek ropienia, które prelegent odnosi do niedokładności w wykonaniu sposobu operacyjnego, a w części także do konieczności pozostawienia szwów pogłębionych; pierwsze daje się usunąć doświadczeniem, drugie aseptyką, lub zastąpieniem szwów pogłębionych szwami, dającymi się po zagojeniu rany usunąć. Do tego celu służy wiele sposobów: Duplay i Cazin, Gigli i Baroni, Feaure, Jonnes, Link, Gauthier, Minervi, Schoemaker); autor poleca gorąco sposób Linka na mocy swego doświadczenia. Liczby nawrotów różnią się znacznie u rozmaitych autorów (0·8%—33·%), tak po sposobie Bassiniego, jak Kochera. Prelegent miał u siebie w szpitalu garnizonowym 153 przypadków; z tych operował 7 razy metodą Postompskiego, 30 — Bassiniego, a 116 razy sposobem Bassiniego-Linka. Na 103 przypadków skontrolowanych powstały nawroty cztery razy (raz przy sposobie Postempskiego, dwa razy — Bassiniego, a raz Bassiniego-Linka). Odpowiadałoby to 3·88%; czas wzięty pod uwagę wynosił jeden rok. Ropienia w swych przypadkach miał prelegent 13%, a więc nieco więcej, niż liczba średnia, którą autorowie podają (4%—23·5%). Nadto są jeszcze powikłania po operacyi: 1) zanik jądra (u prelegenta stwierdzony w dwóch przypadkach); 2) zapalenie płuc, które prelegent stwierdził w 11·5% swoich operowanych, mimo, że zważano bardzo na narkozę, unikano oziębienia chorego, nie uciskano bardzo brzucha, podawano środki wykrztuśne itd. Za przyczynę tego powikłania uważa prelegent, podobnie jak Gussenbauer w przypadkach przepuklin uwięźniętych, zatory krwotoczne, które wytwarzają się w żyłach sieci, kiszek lub krezki i dostają się potem do płuc. Zejścia śmiertelnego w swych przypadkach prelegent nie miał żadnego. W końcu podaje prelegent do dyskusyi następujące pytania: 1) wskazania do operacyi doszczętnej u osesków i dzieci. 2) Któremu ze sposobów operacyjnych dać pierwszeństwo: Bassiniego, czy Kochera? Od czego zawisłem jest wystąpienie zaniku jądra? 4) Jakim sposobem uniknąć wystąpienia zapalenia płuc? (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 września.

* Wydział Izby lekarskiej otrzymał od p. prezydenta miasta Krakowa następujące ogłoszenie:

„W myśl reskryptu c. k. Namiestnictwa we Lwowie z dnia 24 sierpnia 1903 r. L. 111.230 zawiadamia się niniejszem P.T. PP. lekarzy, mieszkających w Krakowie, iż c. i k. komenda I Korpusu potrzebować będzie na wypadek wojny pewnej liczby lekarzy cywilnych, nie mających już obowiązku służenia w pospolitem ruszeniu, do wykonywania czynności lekarskich w stałych wojskowych zakładach sanitarnych, położonych w Krakowie lub poza Krakowem, za wynagrodzeniem miesięcznem 186 Koron, wolnem pomieszkaniem i zwrotem kosztów podróży. Magistrat wzywa niniejszem wszystkich PP. lekarzy, nieobowiązanych do służby w pospolitem ruszeniu, którzyby byli skłonni podjąć się wykonywania powyżej przytoczonych czynności, aby w najbliższych dniach zechcieli zgłosić się w godzinach urzędowych do V Wydziału Magistratu, celem podpisania odpowiedniej deklaracyi".

* „Wiener Zeitung" ogłasza skład komisyi egzaminacyjnej dla rygorozów lekarskich na rok 1903/4. Mianowani zostali w Uniwersytecie Jagiellońskim: komisarzem rządowym Dr. G. Bielański, zastępcą jego prof. Dr. Ponikło; koegzaminatorem przy II-giem rygorozum prof. Domański, zastępcą prof. Dr. Jaworski; koegzaminatorem przy III-ciem rygorozum prof, Dr. Pieniążek, zastępcą Doc. Dr. Rutkowski.

W Uniwersytecie lwowskim: komisarzem rządowym Radca Dworu Dr. Merunowicz, zastępcą Dr. Barzycki; koegzaminatorem przy II-giem rygorozum: prof. Dr. Bądzyński, zastępcą Dr. Merczyński; koegzaminatorem przy III-ciem: prof. Dr. Łukasiewicz, zastępcą Doc. Dr. Schramm.

* Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 22 września.

* W końcu m. listopada b. r. zacznie wychodzić międzynarodowy organ, poświęcony badaniu krwi, p. t. *Folia haematologica.* W liczbie współredaktorów, z polaków, wezmą udział: Prof. Browicz, Doc. Gabryczewski (Moskwa) i Dr. Dunin. Sprawozdań z polskiego piśmiennictwa podjęli się Dr. Biernacki i Dr. Klein.

* Na posiedzeniu ogólnego związku Akademii Umiejętności, które odbyło się przed 2 laty w Paryżu, powstała myśl wybrania specyalnej Komisyi, której polecono wypracowanie jednolitego planu badania mózgu, do czego zostałyby powołane instytucye całego świata, do zadań których wchodzi tego rodzaju badanie. Do Komisyi uchwalono powołać oprócz członków Akademii i innych znanych badaczów mózgu, nie należących do składu Akademii. Komisya odbyła posiedzenie 5 czerwca b. r. w Londynie i wypracowała plan międzynarodowej organizacyi badaczów mózgu. Zgodnie z tym planem każda Akademia ma postarać się o założenie w swoim kraju instytutu do badania mózgu i o wyjednanie u rządu funduszu na ten cel. Instytuty te mają prowadzić swoje poszukiwania w kierunku anatomicznym, porównawczo-anatomicznym, histologicznym, embryologicznym, psychologicznym, fizyo-

logicznym, patologiczno-anatomicznym, patologiczno-doświadczalnym, teratologicznym i klinicznym. Krajowe instytuty mają corocznie przesyłać swe wypracowania Komisyi centralnej, która te prace ugrupuje i porozsyła Akademiom do ogłoszenia drukiem w dowolnym języku. Komisya może połączyć wspólnym planem badania kilka instytutów: pożądanym i niezbędnym warunkiem do ścisłych badań jest ujednostajniona terminologia, waga i miara.

* Na wystawie mleczarstwa w Hamburgu zwrócił na siebie szczególną uwagę galalit, przetwór, pochodzący z połączenia sernika z solami wapniowemi, z małym dodatkiem formaliny. Wytwór ten służy do wyrobu tych wszystkich przedmiotów, do których do tej pory używano celuloidu. Wyższość galalitu polega na tem, że nie wybucha i nie wbiera wody; prawdopodobnie znajdzie on zastosowanie w fabrykacyi niektórych części narzędzi chirurgicznych.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że na kolejach Królestwa Polskiego wkrótce zaprowadzony będzie wagon lekarski. Wagon ten ma zawierać następujące oddziały: 1) pokój dla ambulatoryum, 2) łazienka, 3) sala operacyjna, 4) izba felczera i apteka, 5) izba lekarza, 6) izba posługaczy, 7) wychodek, 8) ogrzewalnia. Wagon posiadać będzie urządzenia dla rozprowadzenia wody zimnej i wrzącej; ma się oświetlać acetylenem; ściany i podłogi wysłane zostaną linoleum, a posadzka w sali operacyjnej będzie z terakoty.

Na podstawie doświadczenia, że podczas długich podróży na kolejach rosyjskich wydarzają się od czasu do czasu u podróżujących kobiet porody, zjazd lekarzy kolejowych doszedł do przekonania, że na niektórych liniach kolejowych należy urządzić przytułki położnicze, mianowicie w tych miejscowościach, gdzie nie istnieją żadne zakłady dla rodzących.

* Między 23 a 31 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXIV) (23—29—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95.925 W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 44, mianowicie: z gruźlicy 13 (3 zam.), z zapalenia płuc 3, z płonicy 2, (1 zam.), z duru brzusznego 1, (zam.), z cholery niemowląt 5.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Parez mian. został profesorem sądowej medycyny w Madrycie.

Nekrologia. D. 9 b. m. zakończył życie w Tarnowie Dr. Henryk Kowalski, b. dyrektor szpitala tamtejszego, docent higieny w seminaryum żeńskiem, lekarz wzięty i ceniony. Oddany z zapałem szczerym pracy zawodowej, całe życie szedł z rozwojem nauki i niewypuszczał pióra z ręki: dzięki zamiłowaniu do postępu wiedzy i piśmiennictwa pozostało po zmarłym 16 prac, z których ostatnia: „O budowie i pielęgnowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby" stanowi poważne i pożyteczne dzieło, bardzo pochlebnie podniesione przez krytykę zawodową. Żył lat 60. Cześć jego pamięci.

Dr. Marceli Lewiński, inspektor Rady lekarskiej, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. Wasserthal: Przyczynek do kazuistyki i fizyologii cystonuryi (dok.). Sterling: Syfilis nerek (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Bol Wicherkiewicz: Pyoktanina w połączeniu z dioniną przeciw ropnym sprawom gałki, zwłaszcza rogówki. Rumszewicz: O utworach szklistych w komorze przedniej oka.

— *Medycyna* Nr. 36. Dehnel: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. Tumpowski: Przypadek pląsawicy przewlekłej dziedzicznej.

— *Głos lekarzy* N. 5. Zawiera: Przed Sejmem. — Przesłuchiwanie lekarzy w roli świadków — Kursy wakacyjne. — Próby organizacyjne lekarzy polaków w zaborze pruskim. — Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — Z niwy dziennikarskiej — W ważnej sprawie. — Przestroga dla młodzieży. — Korespondencye. — Kronika.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Schwarz: O účincích orthopedických korsetů při skoliose. (dok). Feigl: K assanaci prostituce (dok). Bouček: Strictura ilei traumatica. Operace. Zhojeni. Helbich: Případ empyemu dutin čelních.

— *La Presse médicale* Nr. 70. Pierre: Szemat opuszki rdzeniowej. Mignon: Złamanie podstawy mózgowej.

Nr. 71. Lyon: Białkomocze uleczalne — Białkomocze czynnościowe. Loeper: Tworzenie się limfy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Noorden: Leczenie ciężkiej cukrzycy owsem. Turró: Pochodzenie i właściwości aleksyny. Kalischer: Zaburzenia chodu w tężyczce. Ehrlich: Skład jadu toksyny błoniczej (c. d.). Hannersberg i Stelzner: O psychicznem i cielesnem zachowaniu się dwojaków krzyżozrosłych Róży i Józefiny (»siostry czeskie«) (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Kiss: Osmotyczne ciśnienie, a ustrój. Noetzel: Doświadczalne badania dotyczące wydalania prątków z ciała.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Lüthje: Czy rozpad cukru po wyłuszczeniu trzustki zupełnie ustaje? Hallauer: Wpływ stężenia moczu na wynik odczynu na białko. Dansauer: Przyczynek do nauki o zgorzeli gazowej. Lommel: Dwa przypadki przewlekłej choroby skóry w kształcie pasów. Steinert: Dwa przypadki choroby mózgowej z umiejscowieniem w moście. Bendix: Przypadek pentosuryi. Curtius: Uwagi nad rozpoznaniem i leczeniem błonicy. Cossmann: Zatrucie acetonem po założeniu opaski celuloidowo-mulowej. Sorger: Powstawanie gruźlicy z jelit. Schwartz: Stosowanie kołaczyków purgenu, jako środka czyszczącego u osesków i dorosłych. Schwalbe: Uwagi nad artykułem Arenheima: »Czy plamy Koplika są pewnym wczesnym objawem odry«? Ascher: Zwalczanie śmiertelności osesków ze stanowiska społeczno-higienicznego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Neufeld: Uodpornianie przeciw gruźlicy. Kron: W sprawie urazowego późnego udaru mózgowego. Neisser: O wędrującem zapaleniu żył. Edel: Zależność białkomoczu okresowego od krążenia (dok.) Stein: Stosowanie twardej lub płynnej parafiny do wstrzykiwań podskórnych (dok.).

Redakcya otrzymała. Dr. Stan. Łagowski: Jędrzeja Śniadeckiego traktat »O gorączce« w świetle pojęć dzisiejszych. Heiman: De la paracenthèse du tympan dans les otites moyennes aigues. Beck: (New York) 1) Ueber ächte Cysten der langen Röhrenknochen. 2) Ueber die Schwierigkeit, das Verhältniss der anatomischen Veränderungen zu den klin. Erscheinungen bei der Entzündung des Wurmfortsatzes zu würdigen, und uber die Operationstechnik.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 26 Września 1903. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak sieci, czy żołądka?

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Napisał

Dr. M. W. Herman.

Asystent kliniki.

Mimo wielkiego postępu w rozpoznawaniu chorób jamy brzusznej zdarzają się i dziś przypadki, w których po wywyczerpaniu wszystkich środków pomocniczych przystępujemy właściwie bez rozpoznania do laparotomii, oczywiście nie wyłącznie w celu uspokojenia swej ciekawości, lecz także, gdy się możność ku temu okaże, udzielenia choremu odpowiedniej pomocy. Przed kilkoma miesiącami los zdarzył dwa takie przypadki w naszej klinice i w obu dzięki pozwoleniu i poleceniu mego szefa wykonałem laparotomię.

O przypadku pierwszym pokrótce tylko napomknę, ma być bowiem opisanym obszerniej przez kogo innego. U młodego mężczyzny można było wykazać guz, umiejscowiony zaotrzewnowo. Brak objawów specyficznych ze strony jakiegokolwiekbądź narządu zmuszał nas wstrzymać się z ostatecznem rozpoznaniem aż do chwili laparotomii próbnej, która ewentualnie zamienić się mogła w zabieg leczący doszczętny, guz bowiem zdradzał pewną ruchomość. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleźliśmy guz znacznych rozmiarów, o cechach nowotworu złośliwego (stwierdzonych zresztą klinicznie), położony rzeczywiście zaotrzewnowo i wyrastający z okolicy podwątrobowej, a jak się nam po pierwszem zoryentowaniu zdawało z okolicy, prawej nerki, a może nawet ze samej nerki, usadowienie bowiem i rozmiary guza utrudniały jej odszukanie i obmacanie. W okolicy górnego bieguna poprzecznie przez guz przebiegała dwunastnica, silnie spłaszczona. Gdyśmy zatem znaleźli lewą nerkę niezmienioną, a ruchomość guza, wyraźniejsza teraz, niż przed laparotomią, zachęcała do próby wyłuszczenia go, zamierzyliśmy operacyę doszczętną, odłuszczając przedewszystkiem otrzewnę od przedniej powierzchni nowotworu. I posunęliśmy się w operacyi daleko, zanim wreszcie okazało się, że nowotwór (mięsak) wyrasta z tylnej bezotrzewnowej ściany dwunastnicy.

Drugi przypadek, który obszerniej opiszę, jeszcze ciekawszy, bo do tej chwili, jakkolwiek od operacyi upłynęło już kilka miesięcy, nie jesteśmy pewni, z czem mieliśmy do czynienia. Wątpliwość tę zaznaczyłem w tytule.

Chory P. Cw., l. 43, leczony od czerwca 1901 r. za kilkoma nawrotami w rozmaitych klinikach. Ostatni pobyt w klinice chirurgicznej od 2/2 1903, do 7/3 1903 r. Z wywiadów niewiele się dowiadujemy. Pochodzi z rodziny zdrowej, dotychczas nigdy nie chorował. Obecne cierpienie rozpocząć się miało nagle w maju 1901 r. »kurczami żołądkowymi«. Po zastosowaniu środków domowych bóle znacznie się zmniejszyły tak, że już następnego dnia powrócił do zajęcia, jakkolwiek nie czuł się zupełnie zdrowym. To go skłoniło do szukania porady lekarskiej. Leczył się z przemijającą ulgą. W parę miesięcy później zauważył, że brzuch mu grubieje. Z tej przyczyny zgłosił się przed rokiem do kliniki chirurgicznej. Tu pozostawał w obserwacyi przez 8 dni, a gdy się na zaproponowaną mu laparotomię zgodzić nie chciał, został wypisanym. Już jednak po paru miesiącach przedstawił się ze znaczną puchliną brzucha. Wtedy to po nakłóciu brzucha w linii środkowej wypuszczono kilka litrów płynu surowiczo-krwawego, poczem rozmiary brzucha zmniejszyły się wcale wybitnie, co choremu sprawiło znakomitą ulgę, oczywiście tylko przemijającą. Później jeszcze w odstępach kilkotygodniowych trzeba było nakłócie powtarzać. Wreszcie sprzykrzyły się choremu te półśrodki i 2/2 1903 r. zgłosił się do stałej kliniki, zdecydowany choćby na najdoszczętniejszą operacyę. Dokuczają mu zaś jedynie niezwykłe rozmiary brzucha, bo zresztą bólów nie miewa żadnych, łaknienie dość dobre, wypróżnienie miewa codziennie, nie wymiotuje i nigdy nie wymiotował, nie gorączkuje i nie poci się, a dopiero od kilku miesięcy zauważył, że siły coś nie całkowicie mu dopisują.

Stan obecny (3/2 1903 r.). Wzrost średni, budowa kośćca dobra, skóra sprężysta, woskowo blada, podściółki tłuszczowej niema, układ mięśniowy miernie rozwinięty, język nie obłożony.

Wypuk nad płucami: z przodu w szczycie prawym przytłumiony do II-go żebra, poniżej jawny do dolnego brzegu V-go żebra; w szczycie lewym i poniżej wypuk jawny do dolnego brzegu IV. żebra. Z tyłu po stronie prawej w szczycie lekkie przytłumienie, sięgające do grzebienia łopatki, poniżej, jak i po całej lewej stronie, wypuk jawny. Granice dolne wyżej ustawione, niż prawidłowo, ale wyraźnie ruchome, tak jak i z przodu. Szmery oddechowe wszędzie fizyologiczne. z dodatkiem drobnych nielicznych rzężeń po stronie prawej z tyłu i u dołu.

Serce bez zmian; tętno miarowe, dobrze napięte, 72 uderzeń na minutę, tętnica sprychowa szeroka.

Gruczoły chłonne, badane na typowych miejscach, nie powiększone.

Ciepłota (wieczorem) 36·9.

Brzuch znacznie i jednostajnie wysklepiony, na boki rozlany, pępek wypuklony, na skórze ledwo zaznaczona sieć naczyń żylnych. Chełbotanie wyraźne. Nad całym brzuchem, nawet w okolicy dołka podsercowego, wypuk stłumiony. Przy obmacywaniu żadnych oporów w głębi się nie wyczuwa. Największy obwód 102 ctm.

Części rodne zewnętrzne bez zmian.

Badanie przez jelito odchodowe wykazuje stosunki prawidłowe. Szczególniejszą uwagę zwrócono na zachowanie się zatoki Douglasa, nie znaleziono w niej jednak żadnych guzków.

Obrzęku w tkance podskórnej nigdzie niema.

Badanie w uśpieniu chloroformowem po odpuszczeniu kilku litrów płynu surowiczo-krwawego wykazuje śledzionę i wątrobę nie powiększoną, a w głębi rozlany, bliżej określić się nie dający opór.

Mocz barwy winowo-żółtej, prawie zupełnie przeźroczysty, oddziaływa obojętnie; c. wł. 1025; białka wyraźna obrączka; cukru, acetonu brak; indykan w ilości prawidłowej; diazoreakcya ujemna; chlorki i fosforany prawidłowe. Osad, bardzo skąpy, składa się z nielicznych wałeczków szklistych, ziarnistych i mięszanych, nielicznych komórek nabłonkowych, nieco kryształów fosforanu magnowo-amonowego.

Krew: ciałek białych 5870, czerwonych 2,950.000 (stosunek 1 : 502), hemoglobiny 34% (index 0·58), lepkość erytrocytów utrzy-

mana, kształt ich prawidłowy. Siatka włóknika wyraźna. Na preparatach ustalonych w termostacie (przy ciepłocie + 110° C.) i barwionych triacydem Ehrlicha znaleziono ciałek białych wielojądrzastych neutrofilnych 72%, limfocytów małych 16%, limfocytów dużych 3%, przejściowych 5%, eozynochłonnych 4%.

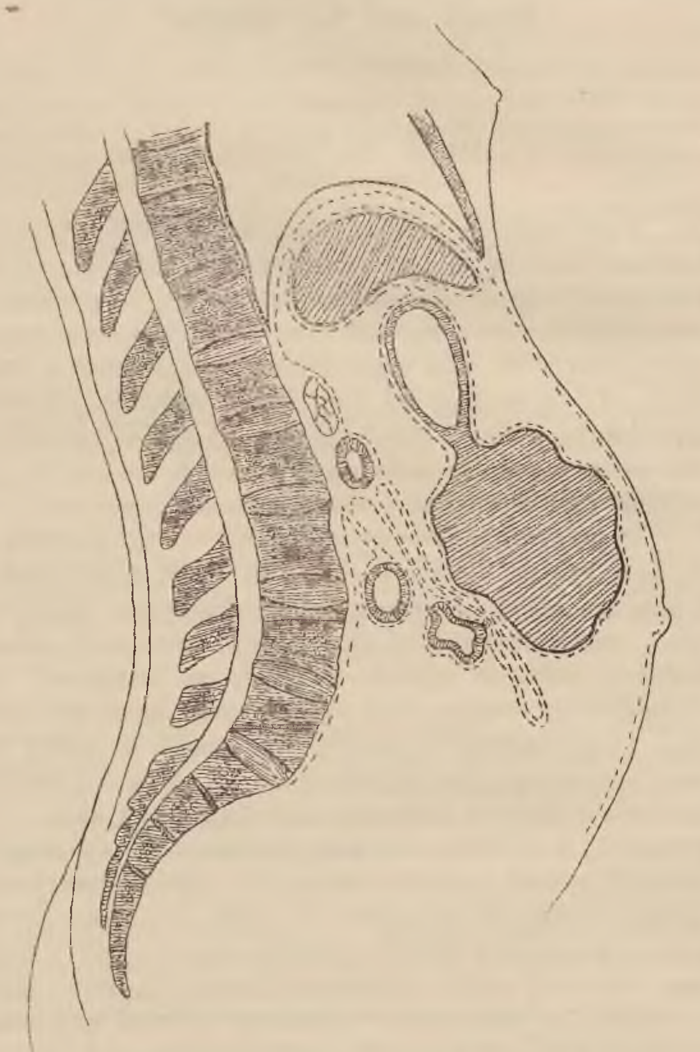
Podczas czterodniowej obserwacyi stwierdzono, że ciepłota chorego waha się w granicach prawidłowych (36·1—37), że stolce bywają prawidłowe i że żadnych specyalnych dolegliwości chory nie miewa.

W rozpoznaniu wyjść się musiało z głównego objawu, t. j. puchliny brzusznej. Charakter jej krwotoczny nie przysparzał nowego szczegółu, boć równie często spotykamy go w gruźlicy otrzewnej, jak i w nowotworowych zwyrodnieniach. Wspominam tylko o tych dwóch cierpieniach, gdyż po wykluczeniu spraw innych i po stwierdzeniu, że istniejące przewlekłe zapalenie nerek nie pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z wymienionym objawem głównym, rozpoznanie różniczkowe tylko między temi dwoma sprawami wahać się mogło. I nie taję, że przed operacyą więcej znaleźliśmy argumentów, przemawiających za gruźlicą, niż za nowotworem złośliwym. Teraz, po operacyi widzę, że można było argumenta zestawić odwrotnie. Nie będę się dalej rozwodził nad kwestyą rozpoznania w tym przypadku, bo i tak nie przynoszę żadnego nowego szczegółu rozpoznawczego; krótko tylko zaznaczę, że biorąc nóż do ręki, wiedzieliśmy na pewne tylko tyle, że mamy do czynienia z puchliną brzuszną, której wątpliwem tłem zdawała się być gruźlica.

Dnia 6/2 1903 r. w uśpieniu chloroformowem otworzono jamę brzuszną cięciem w środkowej linii, sięgającem ku górze po wyrostek mieczykowaty, ku dołowi zaś nie dochodzącem na szerokość dłoni do spojenia łonowego. Zaraz wycięto małą przepuklinę pępkową. Gdy odpłynęło kilka litrów płynu surowiczo-krwawego, wypełniającego jamę otrzewnową, obejrzeliśmy jednym rzutem oka pole operacyjne i zdawało się nam, że mamy przed sobą zwój ściśle ze sobą zlepionych i poplątanych pętli jelitowych. Dopiero po bliższem rozpatrzeniu się poznałem, że to, co na pierwszy rzut oka robiło wrażenie jelit, jest guzem, wyrastającym jakoby ze sieci większej i umieszczonym pomiędzy jej obiema blaszkami, w ten jednak sposób, że nowotwór ten o wiele więcej rósł ku przodowi i w bardzo wybitnym stopniu rozciągnął blaszkę przednią tak, że z niej zaledwie pojedyncze pasma się utrzymały. Patrząc zaś z góry, widzi się jedynie wązki pas sieci niezmienionej (4—5 ctm. szeroki), wysuwający się niby feston z pod dolnego brzegu guza. Po wytoczeniu guza poza obręb jamy brzusznej, zauważyliśmy na tylnej jego powierzchni o wiele lepiej zachowane strzępy sieci (blaszki tylnej), tem wyraźniejsze, że rozwinęła się w nich obfita sieć grubych naczyń żylnych. W tej też chwili zamarkował się wybitnie ścisły i jedyny zrost guza z wielką krzywizną żołądka na przestrzeni 3—4 ctm. w odległości kilku centymetrów od odźwiernika. Więc w kilku partyach podwiązano sieć wielką tuż pod dużą krzywizną, nożem okrojono zrost czy przyczep guza do żołądka, bez otworzenia jednakowoż jamy tego ostatniego i nowotwór wydalono w całości. Stosunek guza do żołądka i sieci starałem się uwidocznić na obok dołączonym rysunku szematycznym.

Po wyłuszczeniu nowotworu jama brzuszna wydała się dziwnie próżną. Jelita i kiszki, uciśnięte przez rozwijający się nowotwór, zepchnięte zostały na boki i kryły się całkowicie pod jego brzegami. Po zamknięciu szwem dwurzędowym ubytku we warstwie surowiczej i mięsnej w ściankach żołądka i po ostatecznej toalecie jamy brzusznej, zamknięto powłoki szwem trójrzędowym.

Guz wyłuszczony, ważący 3500 grm., robił ostatecznie wrażenie torbiela wielokomorowego, o jamach różnej wielkości i o różnej grubości ścian. Jedne bowiem guzki miały ścianki cienkie, przeświecające, inne różowe, inne wreszcie gliniasto żółte, suche. Dopiero na rozkroju przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z guzem o utkaniu miąższowem, bardzo miękkiem, poprzerywanem często bardzo licznymi torbielkami, wielkości rozmaitej. Jamy te wypełnione były płynem surowiczo-krwawym. Obok zaś torbieli zaznaczają



się w tkance miąższowej pasma tkanki żółto zabarwionej, suchej, najwidoczniej obumarłej, powstałe najprawdopodobniej skutkiem zatorów. Badanie mikroskopowe (wykonane przez Doc. Dra Kučerę) wykazało mięsaka o komórkach wrzecionowatych (*sarcoma fusocellulare*), w okolicy zaś zrostu ze ściankami żołądka znaleziono wybujałe włókna mięśni gładkich.

Przebieg pooperacyjny był idealny, bez jakichkolwiek powikłań. Jedynie przez czas pozostawania chorego w łóżku trzeba było stale podawać środki przeczyszczające. Zaznaczyć warto, że w tym przypadku mimo całkowitego wycięcia sieci nigdy nie było ani stolców, ani wymiotów krwawych, co zdaniem Eiselsberga, po częściowych nawet wycięciach sieci często ma się zdarzać.

Badanie moczu w miesiąc po operacyi wykazało te same składniki, co i przed operacyą.

W dniu wypisania chorego z kliniki (7/5 1903 r.) nie można było wykazać ani śladu płynu wolnego w jamie otrzewnowej, największy zaś obwód brzucha wynosił 74 ctm.

Mieliśmy sposobność badać chorego w dwa miesiące później i z przyjemnością stwierdziliśmy, że stan jego od chwili wyjścia z kliniki nie uległ zgoła zmianie. (Dokończenie nastąpi).

II. **Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wyjęcia macicy.**

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

(Dokończenie).

Tymczasem wykluczenie złośliwego nowotworu, lub ropnych zmian w jamie macicy nie jest zawsze łatwem i zdarzać się mogą niemiłe niespodzianki. Na dowód tego chciałem przytoczyć pokrótce trzy przypadki, które miałem sposobność spostrzegać:

I. W pierwszym chodziło o typowy przypadek raka szyi macicznej, w którym warunki operacyjne były ze wszech miar korzystne, a więc brak nacieku poza granicami miąższu macicznego, brak powiększenia trzonu, lub przydatków, zupełna ruchomość macicy. Po wyskrobaniu i wypaleniu nacieku nowotworowego udało nam się usunąć macicę nie przeciętą, wraz z przydatkami. Badanie wyjętego preparatu wykazało, że w jamie macicznej mieściła się co najmniej łyżka cuchnącej ropy, która byłaby niewątpliwie zanieczyściła otrzewnę, gdybyśmy byli przecięli macicę wśród zabiegu.

II. W przypadku drugim chodziło o pacyentkę, lat 60 liczącą niezamężną. Podaje ona, że miewa peryody od 18-go roku życia; w ostatnim roku częstsze i obfitsze, tak, że od dwóch miesięcy krwawi bez przerwy. Nigdy atoli nie było krwotoków, tylko krew w małej ilości sączy się ustawicznie. Lekarz, który ją oddawna leczy, stosował wszystkie możliwe środki, wykonał nawet abrazyę, lecz bez skutku.

Badanie wykazuje: osoba dobrze zbudowana i odżywiona, narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch zapadły, nigdzie niema nieprawidłowych oporów. Srom okazuje zanik starczy, daleko posunięty; wejście do pochwy otoczone błoną dziewiczą i bardzo wązkie; pochwa długa, wązka i gładka, również zanikiem starczym objęta. Część pochwowa drobniutka, zaledwie wyczuwalna, przedstawia się raczej, jako nieznaczne zgrubienie dokoła okrągłego otworka, odpowiadającego ujściu zewnętrznemu. Trzon macicy, uderzająco mały, leży w tylnem sklepieniu; jest tak drobny, że bez trudności czuje się dno macicy przy badaniu jednym palcem. Wszystkie jego wymiary są mniejsze od prawidłowych. Jest on przytem nieruchomy, jakby zrostami przytwierdzony do otrzewnej jamy Douglasa. Przydatki bez zmian.

Przyznaję się, że na podstawie takiego stanu nie rozpoznałem raka trzonu macicy, owszem, zdawało mi się, że wszystko przeciwko rozpoznaniu temu przemawia. Przedewszystkiem uderzająca małość macicy po całorocznem trwaniu choroby, dalej brak chery nowotworowej, brak krwotoków i tak dla raka trzonu cechujących napadowych bólów, dalej brak jakichkolwiek upławów, a szczególnie, brudnych i cuchnących, wreszcie fakt, że lekarz wyskrobał wnętrze macicy i nie znalazł nowotworu, wszystko to przemawiało zgodnie przeciw rozpoznaniu raka trzonu macicy.

Wszystkie objawy zdawały się raczej przemawiać za tem, że mamy tu do czynienia z jednym z tych przypadków nieustających krwawień w latach przejściowych, które są prawdopodobnie następstwem miażdżycy w naczyniach macicznych. Przypuszczając to cierpienie, postanowiłem zastosować *atmokausis* i z tym zamiarem przystąpiłem dnia 25/II. 1901 r. do zabiegu. Chcąc uprzystępnić sobie wysoko położoną część pochwową, przeciąłem w uśpieniu wejście do pochwy, poczem chwyciłem szczypczykami drobniutki rąbek, odpowiadający zanikłej części pochwowej. Przekonałem się jednak wkrótce, że *atmokausis* nie da się wykonać bez poprzedniego znacznego rozszerzenia przewodu szyi. Ponieważ zdawało mi się, że całkowite usunięcie macicy będzie zabiegiem nie cięższym, a napewne doszczętniejszym, niż owe rozszerzanie i *atmokausis*, zmieniłem plan operacyi i przystąpiłem do całkowitego wydobycia macicy.

Podczas operacyi, która mimo dość ścisłego zrostu tylnej ściany macicy z otrzewną jamy Douglasa nie przedstawiała większych trudności, przerwała się tylna ściana i zaczęły wypływać z jamy macicy masy kruche, żółtawo szare, nowotworowe. Badanie preparatu wykazało, że ściana mięsna macicy jest prawie całkowicie zniszczona przez nowotwór, który w dnie i tylnej ścianie pozostawił prawie samą otrzewnę nietkniętą, w przedniej zaledwie spostrzegalny rąbek błony mięsnej. Wyraźnie jednak zaznaczam, że nowotwór nie przekraczał nigdzie granic macicy i że szyja nie była wcale nowotworem zajęta. Badanie drobnowidowe wykazuje typowe utkanie raka. Przebieg pooperacyjny ze wszech miar prawidłowy i pacyentka opuszcza szpital 16/IV 1901 r.

Nawrót nie kazał na siebie długo czekać. Już we wrześniu 1901 r. zauważyłem naciek w bliźnie pooperacyjnej pochwy, a we wrześniu 1902 r. znalazłem nawrót w całej pełni, jako guz wypełniający miednicę małą. Od tej chwili nie widziałem chorej.

Nawrót w tym przypadku jest niewątpliwie następstwem zaszczepienia się komórek rakowych (czy pasorzytów rakowych) w ranę operacyjną pochwy. Wszak wiemy, że rak trzonu ma zupełnie inne drogi chłonne, któremi się szerzy, niż rak szyi i że ścian pochwy nie zajmuje.

III. Pacyentka, l. 57, podaje, że rodziła trzy razy i dwa razy roniła. Była zawsze zdrową. W maju 1901 r. miała ostatnią miesiączkę prawidłową, potem nie miała jej przez trzy miesiące, zaś od września, aż do dnia przyjęcia jej na mój oddział szpitalny (4/I. 1902) krwawi, prawie bez przerwy, choć nie obficie. Żadnych bólów, żadnych upławów. Badanie wykazuje: miażdżyca tętnic, nad koniuszkiem serca pierwszy ton ze szmerem, nieznaczna rozedma płuc. W brzuchu żadnych nieprawidłowych oporów.

Części płciowe w zaniku starczym; część pochwowa drobniutka, na tylnej wardze twór kalafiorowaty, kruchy. Trzon wyraźnie zmniejszony, ruchomy; sklepienie boczne, lewe nieco przypłaszczone, ale nie oporne, prawe zupełnie prawidłowe.

Dnia 8/I 1902 r. przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który wykonał kol. prof. Kryński. Nowotwór wyskrobano i przypalono żegadłem Pacquelina, poczem w zwykły sposób wyjęto całą nieprzeciętą macicę wraz z przydatkami.

Badanie preparatu wykazuje, że w jamie macicy, blizko dna, znajduje się guz nowotworowy, rakowaty, oddzielony od guza szyjnego szerokim paskiem prawidłowej ściany macicy. Badanie drobnowidowe wykazuje, że oba guzy mają jednakową budowę.

Pacyentka uleczona opuszcza szpital 27/I. 1902 r.

Te trzy przypadki wyjęte są z ogólnej liczby 22, które operowałam w praktyce prywatnej i w oddziele szpitalnym w ostatnich czterech latach. (W oddziele powierzałem niektóre operacye pp. asystentom, lub praktykantom). Trzy na 22 stanowi poważny odsetek i jeśli przypadek nie odegrał tu jakiejś roli, to na podstawie tych liczb możemy nabrać przekonania, że ujemne rozpoznanie braku nowotworu złośliwego, lub zakażenia w jamie macicznej może nierzadko zawodzić.

Te przypadki były przyczyną, dlaczego metod Döderleina i Kröniga nie stosowałem. Nauczyły mnie one, iż nie jest rzeczą łatwą wiedzieć napewno, że jama macicy nie zawiera nowotworu złośliwego, lub zakaźnych wydzielin, a typowe przeszczepienie nowotworu w II-gim przypadku wykazało raz jeszcze, jak groźne być mogą następstwa takiego przeoczenia. Prawda, że w żadnym z tych trzech przypadków nie badałem przed zabiegiem wnętrza jamy macicy; nie sądzę jednak, żeby mnie z tego powodu mógł spotkać jakikolwiek zarzut. W przypadku I-szym i III-cim był typowy rak szyi macicznej, cierpienie, które, zdaniem ginekologów, stanowi przeciwwskazanie do sondowania jamy trzonu macicy; w przypadku drugim dostęp do macicy był tak trudny, że dopiero po przecięciu pochwy można było wprowadzić wziernik, a więc i sondować. Zresztą sądzę, że wprowadzanie zgłębnika do jamy macicy przed operacyą nie jest rzeczą racyonalną, zwłaszcza w tych przypadkach, w któ-

rych zajść może potrzeba przecięcia macicy podczas operacyi; nigdy bowiem nie możemy być pewni, czy zgłębnikiem nie zakazimy czystej dotychczas jamy macicznej, którą podczas zabiegu mamy przecinać. Z tego wynikałoby, że macicy, której nie badaliśmy zgłębnikiem, nie powinniśmy przecinać, bo nie wiemy, co jest w jej wnętrzu; macicy zaś sondowanej również, gdyż jest możliwem, że właśnie zgłębnik ją zanieczyścił.

Nie chcę przez to powiedzieć, że przecinanie macicy podczas operacyi jest błędem. Owszem, wiadomo powszechnie, że jest to znakomity sposób, ułatwiający zabieg w trudnych przypadkach operacyi przez pochwę. Niebezpieczeństwa, które w sobie mieści, są aż nadto zrównoważone przez korzyści i usługi, które w tych trudnych przypadkach oddaje. Tutaj, w takich przypadkach, metoda Döderleina święcić może tryumfy i przekonany wywodami prof. Marsa, chętnie posługiwać się będę tym sposobem.

Co się tyczy metody Kröniga, polegającej na przepołowieniu macicy podczas operacyi, wykonywanej przez jamę brzuszną, to niewątpliwie niebezpieczeństwa, o których wspominałem, będą większe, niż przy operacyach przez pochwę; natomiast korzyści mniejsze. Niebezpieczeństwa będą większe właśnie dlatego, że jama brzuszna jest szeroko otwarta tak, że zakaźna treść przeciętej jamy macicznej zetknąć się może z otrzewną ścienną i jelitową na dużej przestrzeni; korzyści zaś muszą być mniejsze dlatego, że podwiązywanie więzów szerokich podczas operacyi metodą Doyena nie przedstawia z reguły trudności z powodu łatwego do nich dostępu. Gdyby zaś włókniaki, wypuklające się ku szerokim więzom, utrudniały ten akt zabiegu, to prostszem i mniej niebezpiecznem jest wyłuszczenie włókniaka przeszkadzającego, niż przecinanie całej macicy.

Opierając się na powyższych wywodach i na trzech przytoczonych przypadkach, zapatruję się w ten sposób na sprawę przecinania macicy podczas doszczętnych zabiegów:

1) Macicę należy wyjmować zawsze nieprzeciętą tam, gdzie to jest wykonalnem i niepołączonem z niebezpieczeństwami (przerwania więzów szerokich, lub przydatków, znacznego przedłużenia operacyi u niedokrewnych, lub wogóle osób schorzałych itd. itd.).

2) W przebiegu *exstirpatio uteri vaginalis* może zajść potrzeba przecięcia macicy, jeśli zbytnia wielkość, lub znaczne jej unieruchomienie nie pozwalają na usunięcie macicy nieprzeciętej. Mając świadomość, że takie przecięcie może w sobie mieścić pewne, choćby nieznaczne, niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, lub przeszczepienia nowotworu trzonu, należy przecinać macicę tylko wtenczas, kiedy to jest niezbędnem.

3) Taka konieczność nie zachodzi nigdy podczas operacyi przez jamę brzuszną.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Poszukiwania Nothnagla miały na celu ustalenie lokalizacyi mimowolnych ruchów mimicznych powstających w następstwie wzruszeń psychicznych, jak n. p. uśmiech i pewne postacie płaczu. Przytem Nothnagel położył główny nacisk na uśmiech, który nigdy nie jest aktem czysto odruchowym a wymaga zawsze udziału sfery psychicznej. Płacz bywa dwojakiego rodzaju, zależnie od tego, czy jest spowodowany bólem cielesnym, czy też psychicznym. Płacz pierwszego rodzaju należy do niższych odruchów, drugi zaś przychodzi do skutku przy udziale sfery psychicznej, względnie drogą kory mózgowej i szlaków podkorowych. Uśmiech, pewnego rodzaju płacz i mimika wymagają dla swego powstania istnienia wzgórka wzrokowego (ośrodek Nothnagla-Bechterewa). Zdaniem N. dalsze doświadczenia bezwątpienia potwierdzą fakt, że pewne, psychicznie wyższe odruchy mimiczne znikają, jeżeli wzgórek wzrokowy albo pewne części kory mózgowej zostają zniszczone.

Odruchy niechęci i bólu powstają przy udziale rdzenia przedłużonego, za czem przemawiają doświadczenia poczynione na bezmuzgowcach *(anencaphali)*.

Przeciwnicy lokalizacyi mowy w mózgu. Odkąd Broca swojem odkryciem afazyi ruchowej stworzył punkt wyjścia dla nauki o lokalizacyi mózgu, a Wernicke klasycznem określeniem afazyi czuciowej dał podstawę do systematycznego badania na tem polu, ogłoszono nieprzejrzaną liczbę teoryi, których wyniki na razie nie odpowiadają daleko idącym oczekiwaniom, przywiązanym do pierwszych odkryć i studyów o afazyi. Przyczyna tego leży po części w nadzwyczaj zawikłanych stosunkach, zachodzących przy tego rodzaju badaniach anatomicznych i klinicznych, oraz w warunkach, niedostępnych dla kontroli przez doświadczenia na zwierzętach, po części wreszcie, jak sądzi Bischoff, w zaniechaniu dość ścisłego odróżniania między wiedzą pozytywną, a przypuszczalną. Wyżej („Przegl. lek." 1903. Nr. 13. str. 280) wyłuszczone braki i wady, podanych przez różnych autorów szematów i typów afazyi, dalej umiejscowienie zmian chorobowych po śmierci, stwierdzone a niezgadzające się nieraz z lokalizacyą przyczyny chorobowej, przypuszczanej za życia na podstawie objawów klinicznych i t. p., niedokładności i braki w tłómaczeniu wszystkich objawów zaburzeń mowy ścisłem umiejscowieniem funkcyi mowy, doprowadziły do tego, że nauka o lokalizacyi tej czynności i pojęcie ośrodków mowy zostały zaprzeczone i zarzucone przez poważną liczbę badaczy. Niektórzy autorowie przyjęli w miejsce ośrodków mowy pewne punkty mózgowe, w których krzyżują się włókna pośredniczące w połączeniu między różnymi ośrodkami zmysłowymi i ruchowymi. Uszkodzenie, zaszłe w tych punktach, musi zajmować równocześnie kilka takich dróg i powodować zawikłane obrazy afazyi. Inni przypisują znów pierwszorzędne znaczenie przy powstaniu zaburzeń mowy czynnikom psychicznym, uwadze i pamięci. Niektórzy znów przyjmują dla różnych czynności mowy różne drogi i połączenia, podając w wątpliwość prawidła mowy, sformułowane przez Wernickego i jego szkołę, oraz rolę nadaną przez niego różnym ośrodkom.

Po pracach Wernickego i Lichtheima najpierw Grashey podniósł doniosłe znaczenie dwóch czynników, t. j. czasu i pamięci dla mowy (p. „Przegl. lek." Nr 21, str 308. 1903). Później Freund i inni występują przeciw ścisłej lokalizacyi czynności mowy i odrzucają szematy, podane przez Wernickego, a rozwinięte dalej przez Lichtheima, jakoteż afazyę przewodnictwa i amnestyczną. Zwracając uwagę na niedostateczność podanych szematów

i nie odróżniając między ośrodkami, a drogami pośredniczącemi, Freund nie uznaje ośrodków czynnościowych. Przyjmuje on całą część kory półkuli lewej, położoną między zakończeniami korowemi nerwów słuchowych, wzrokowych i ruchowych dla mowy i pisma, za narząd mowy i tłómaczy wszystkie rodzaje afazyi zaburzeniami w kojarzeniu między ośrodkami w samej korze; Freund rozróżnia z klasy zboczeń mowy: 1) afazye słowne, w których skojarzenie oddzielnych pierwiastków mowy jest zniesione i 2) zboczenia asymboliczne mowy, przyczem skojarzenie słowa z przedmiotem jest uniemożliwione. Obok tego przyjmuje Freund afazyę agnostyczną, zależną od obustronnego zajęcia ośrodków wzrokowych, jak afazya wzrokowa (afazya optyczna p. w.).

Poglądy Freunda rozwija dalej Goldscheider, kładąc główny nacisk na znaczenie pamięci dla mowy; G. również odrzuca istnienie osobnych ośrodków ruchowych dla mowy i pisania i osobnych ośrodków pamięciowych Munka. Pamięć należy sobie tlómaczyć przypuszczeniem nabytego czynnościowego kojarzenia, równocześnie albo kolejno, pobudzonych pierwiastków spostrzeżeniowych zapomocą dróg kojarzennych, w czem zgadza się Goldscheider z Sachsem i z Wernickem (patrz wyżej). Pobudzenie zmysłowe, powtarzające się w tej samej formie i w tym samym układzie porządku, wywołuje wyobrażenie znanego oddawna wrażenia, stanowiącego istotę pamięci. Tylko dla tlómaczenia procesu myślenia (*Denkvorgänge*), usprawiedliwionem jest przypuszczenie kojarzennych ośrodków pojęciowych (*Begriffscoordinationscentren*), w których ześrodkowują się pierwiastki pojęciowe, pochodzące z rozmaitych części mózgu. Różne czynności mowy odbywają się dzięki rozmaitym kojarzeniom ośrodków zmysłowych i ruchowych między sobą międzyośrodkowo (*intercentral*, pozakorowo Wernicke), albo między pierwiastkami jednej sfery zmysłowej (*intercentral*), śródośrodkowo (korowo Wernicke). Sama jednak istota kojarzenia nie daje się wytłómaczyć tylko samemi drogami przewodzącemi; wymagane są tu jeszcze pamięć i uwaga, które należy pojmować, również jak pojęcie, jako sprawy duchowe, psychiczne, na razie jeszcze ciemne i nie wyjaśnione.

Zatem różne odmiany zaburzeń mowy powstają według Goldscheidera: *A*) skutkiem przerwy w drogach kojarzennych między ośrodkami słuchowym, wzrokowym, dotykowym, ruchowym i kinetycznym (14 kombinacyi z szematem).

B) Skutkiem zakłócenia pamięci: *a*) zdolność zatrzymania wyobrażeń w pamięci jest obniżona, kojarzenie kolejne (*successive Association*) osłabione: z tego wynikają zaburzenia w pisaniu, dyktowaniu i powtarzaniu mowy. Czasem chory może czytać poszczególne litery, a nie całe słowa. Przy mowie samodzielnej poszczególne wyrazy i zdania następują w nieodpowiednim porządku; do tego zaburzenia należy także afazya Grasheya (p. „Przegl. lekar.“ 1903, Nr. 21. str. 308.). *b*) Osłabienie zdolności przypominania wrażeń dawniejszych dla tej samej sfery zmysłowej; chory nie poznaje głosu, liter, przedmiotów. *c*) Zaburzenia pamięci dla związku kojarzennego wrażeń różnych sfer zmysłowych: np. widok litery *a* nie wywołuje wyobrażenia odpowiedniego dźwięku *a*, odwrotnie dźwięk *a* nie budzi wyobrażenia optycznego znaku *a*. *d*) Mimo wyraźnego wyobrażenia pojęciowego przedmiotu chory nie może sobie przypomnieć odpowiedniego wyrazu; natomiast przypomnienie to może być wywołane zapomocą innego skojarzonego wrażenia zmysłowego.

C) Zaburzenia kojarzenia z powodu zboczeń uwagi.

D) Osłabienie zdolności kojarzennej, np. skutkiem znużenia, lub działania środków narkotycznych itp.

Podział ten pozwala wprawdzie na tłómaczenie różnych, niezrozumiałych na innej drodze obrazów chorobowych, jak np. możności czytania głośnego bez możności powtarzania, obraz, polegający na zaburzeniu pamięci według *Ba*. Przyznaje jednak sam Goldscheider, że i ten jego podział nie zdoła wytłómaczyć wszystkich tak różnorodnych odmian zboczeń mowy, np. poznawanie tylko kilku liter, a zupełne niepoznawanie innych. (Bezpamięć (*amnesia*) częściowa dla liter). Należy przeto, zdaniem Goldscheidera, starać się w nadzwyczajnych zboczeniach odnaleźć odpowiednie ich stosunki do czynności psychicznych, a to przez dokładne badanie wszystkich towarzyszących objawów, zamiast szukać pozornego wyjaśnienia w osobnych drogach i ośrodkach mowy.

Flechsig, oparłszy się na spostrzeżeniach, że otoczki myelinowe pojawiają się w różnych drogach w rozmaitym czasie, dzieli korę mózgową pod względem czynnościowym na dwie główne części. Według teoryi tego badacza ośrodki zmysłowe zajmują zaledwie $1/3$ część kory mózgowej, reszta zaś zawiera ośrodki kojarzenne, do których zalicza odcinki zrazów: ciemieniowego, czołowego i skroniowego. Leżą one między ośrodkami zmysłowymi, cechują się brakiem włókien wieńca pręcikowego (*corona radiata*), brakiem dróg łączących z obwodem i stoją w związku z innemi polami korowemi za pośrednictwem włókien kojarzennych. Takich ośrodków przyjmuje Flechsig trzy: 1) ośrodek kojarzenny tylny między sferą czucia cielesnego, słuchową i wzrokową, siedziba pojęcia słownego; mowy samodzielnej (*gyrus hippocampi*; 2) ośrodek kojarzenny przedni czołowy, wierzchołek zrazu czołowego, siedziba umysłu; 3) ośrodek kojarzenny średni, łączący ośrodki: słuchowy, ruchowy i dotykowo czuciowy w wyspie Reila. Tę ostatnią uważa Flechsig za ośrodek, ześrodkowujący w sobie wszystkie pola zmysłowe, czuciowe i ruchowe, biorące udział w akcie mowy. W przeciwieństwie do Wernickego i Meynerta, utrzymujących, że połączenie między ośrodkami przychodzi do skutku drogą włókien kojarzennych, łączących te ośrodki bezpośrednio ze sobą, Flechsig sądzi, że pośrednictwo to odbywa się drogą ośrodków kojarzennych, składających się z licznych komórek, które zapomocą włókien stoją w związku z ośrodkami zmysłowymi kory. Zresztą w swojem dziele (*Grundriss der Psychiatrie*, str. 34). Wernicke przypuszcza także istnienie t. zw. komórek asocyacyjnych, t. j .komórek wrzecionowatych, wysyłających dwie wypustki w przeciwnym kierunku, łączące się z komórkami zwojowemi pól rzutowych, dalej — pewnych komórek kory, które się łączą z wypustkami komórek kojarzennych, a rzadko z komórkami spostrzeżeniowemi. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Emile Javal. **Entre aveugles.** (*Paris. Masson éd. 1903*).

Podczas kongresu oftalmologów francuskich, odbytego w maju ubiegłego roku w Paryżu, z pomiędzy licznych uczestników zwróciła moją uwagę postać człowieka niewido-

mego, który z ogromnem zajęciem przysłuchiwał się obradom zjazdu. Był to Dr. Javal, znany ze swych prac naukowych okulista, który przed kilku laty utracił wzrok w zupełności z powodu jaskry. Jeszcze podczas przebiegu choroby ogłaszał Javal liczne samospostrzeżenia o skutkach zabiegów leczniczych, wskazanych w tym przypadku, a na kongresie, wprowadzony pod ramię przez Pflügera na estradę, wygłosił wykład na temat: „*Quelques conseils aux adultes devenus aveugles*". Myśl udzielania porady na podstawie własnego ciężkiego doświadczenia osobom drugim, których ten sam los spotkał, kiełkowała w umyśle Javala już od dłuższego czasu, a najświeższym jej wyrazem jest wyszła niedawno książka p. t. „*Entre aveugles*". Jest to najlepszy dowód, jak silnym musiał być umysł, który nie dał się przygnieść ogromem nieszczęścia, lecz odważnie los swój przyjął i własne spostrzeżenia, zaopatrzone krytyczną oceną, podał do użytku drugich.

Ta niezwykła siła i trzeźwość ducha sprawiły, że autor w przedmowie zwraca się do kolegów zawodowych z prośbą, by odstąpili od praktykowanego dotąd pocieszania nadzieją odzyskania wzroku chorych, skazanych na niechybną jego utratę, gdyż stosując dla pozoru bezskuteczne środki lecznicze, pozostawiają chorego zupełnie bezradnym z chwilą, gdy katastrofa nastąpi. Bardziej ludzkiem, według zdania autora, byłoby stopniowe przygotowywanie do odmiennego trybu życia tych nieszczęśliwych, których los taki czeka w przyszłości. Na to jedno zapatrywanie autora zgodzić się nie można: dla większości bowiem odrobina nadziei jest nieocenionym skarbem, a pewność o utracie wzroku działałaby wprost zabójczo.

W 28 rozdziałach roztrząsa autor szczegółowo tryb życia ślepych, jakoto: zajęcia zawodowe, domowe, podróże, czytanie, pisanie itd., dając w każdym z tych rozdziałów cenne wskazówki, zdobyte własnem doświadczeniem. W osobnym rozdziale zbija autor powszechnie przyjęte zdanie, że utrata jednego zmysłu przyczynia się do zwiększenia bystrości zmysłów pozostałych, udowadniając na przykładach, że w tych przypadkach rozwija się tylko zdolność wykorzystania właściwości innych zmysłów, którymi przy zachowanym wzroku odzwyczailiśmy się posługiwać. Wspomina także o niewytłómaczonem dotychczas istnieniu niejako szóstego zmysłu, który nazywa „*sens des obstacles*", mocą którego ślepi i to przeważnie ślepi z urodzenia, po wykluczeniu zastępczego działania innych zmysłów, potrafią przecież omijać znajdujące się na drodze przeszkody. Przytacza kilka ciekawych faktów, nie wyciąga jednak z nich żadnych wniosków i tylko zachęca do zbierania liczniejszych spostrzeżeń.

W końcu poddaje autor krytyce istniejący alfabet dla ślepych, powszechnie używany system punktowy Barbiera i Broillea. Ortograficzną metodę pisania tymi znakami uważa za niepotrzebnie utrudniającą ślepym czytanie i pisanie, a chciałby ją widzieć zastąpioną metodą fonograficzną, która, kierując się tylko dźwiękiem wyrazów słyszanych, znacznie uprościłaby pisownię, szczególnie w języku francuskim.

Metoda fonograficzna umożliwiałaby także łatwiejsze poznanie języków obcych, a stenografii dla ślepych oddałaby znaczne usługi. Metodę tę powinno się stosować w początkowem nauczaniu ślepych; nie wyklucza zaś ona wcale następowej nauki ortografii językowej.

Książkę tę pisał Dr. Javal zwykłem pismem przy pomocy sporządzonego przez siebie przyrządu kontrolującego (*planchette scotographique*) i oddał do druku z tem przeznaczeniem, by dostała się w ręce wszystkich, którzy się zajmują losem ślepych. *Dr. W. Reis.*

V. Wyciągi.

Hasenknopf i Salge. **O aglutynacyi w płonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 58, 8, 1903). Rola paciorkowca w płonicy nie została dotąd jasno określoną; obok zapatrywań, przypisujących mu wprost znaczenie drobnoustroju, wywołującego płonicę, istnieją zdania przeciwne, przyznające mu tylko zdolność wyjątkowo szkodliwego działania w ustroju zakażonym płonicą. Zwolennicy pierwszego zapatrywania, czyli t. zw. unitarzyści (Babes, Baginsky, Moser i inni) podejmowali liczne badania, aby się przekonać, czy znachodzony w płonicy paciorkowiec nie posiada swoistych znamion morfologicznych lub hodowlanych, odróżniających go od innych paciorkowców, ale badania te nie dały spodziewanego wyniku. Zwrócono się więc do badania związku biologicznego między paciorkowcem, a ustrojem chorym na płonicę, zapomocą badań nad aglutynacyą. Taką pracę podjęli też H. i S. Pomijając szczegóły, dotyczące sposobów użytych do badania, nadmienić trzeba, że posługiwano się rozcieńczeniem 1: 500, że badano aglutynacyę makroskopowo, że paciorkowca wyhodowywano z gardła chorych na płonicę, lub ze śledziony po śmierci; wyhodowanie ze krwi płoniczych za życia udało się tylko raz jeden i to w przypadku powikłanym.

Badania te wykazały, że surowica chorych na płonicę aglutynuje wybitnie paciorkowca, wyhodowanego z przypadku płonicy, że własność ta szybko mija (nie stwierdzano jej już 28-go dnia choroby), że ta sama surowica nie aglutynuje paciorkowca innego pochodzenia, np. z zapalenia gardła pryszczykowego, z gośćca itd., że wreszcie surowica osobników zdrowych, lub ozdrowieńców, np. po róży, zakażeniu połogowem itd. nie daje odczynu aglutynacyjnego z paciorkowcem płoniczym.

Autorowie zadają sobie pytanie, czy na podstawie tego wyniku badania można uważać paciorkowca za drobnoustrój wywołujący płonicę? Twierdzenie takie nie mogłoby być opartem jedynie na powyższych badaniach, ale musiałoby znaleźć potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych; musielibyśmy więc udowodnić, że paciorkowiec płoniczy wywołuje zawsze płonicę, tymczasem wiemy, że tak nie jest, bo wywołać on może różę, zapalenie gardła itd. Paciorkowiec płoniczy musiałby też wyróżniać się pewnymi klinicznymi, dla siebie charakterystycznymi objawami, a i tu doświadczenie kliniczne uczy, że nie różni się on niczem od objawów, wywołanych innym paciorkowcem. Z drugiej strony nietrudno nam w obrazie chorobowym płonicy oddzielić te objawy, które odnosimy do zakażenia płonicą i uważamy je za znamienne dla płonicy, jak wysypka, łuszczenie, przebieg gorączki, od tych, które wywołuje paciorkowiec. Wynika ztąd, że paciorkowcowi, spotykanemu w płonicy, nie możemy przyznać jakichś odrębnych własności, a tem samem nie możemy go uważać za wywołującego płonicę. Natomiast powyższe badania uprawniają do twierdzenia, że paciorkowiec znachodzi w płonicy dobre warunki rozwoju, że ułatwiony jest jego wpływ na ustrój, a związek biologiczny z ustrojem ściślejszy; paciorkowiec, przystosowawszy się do warunków, jakie istnieją w ustroju zakażonym płonicą, ulega pewnym zmianom, nabywa pewnych swoistych własności, między innemi także w tworzeniu się istot aglutynujących.

Wobec tej roli paciorkowca w płonicy uzasadnione jest stosowanie lecznicze surowic przeciwpaciorkowcowych, chociaż nie należy iść za daleko w oczekiwaniach wyników tego leczenia, gdyż w tym razie idzie nie o surowice antytoksyczne, lecz o bakteryobójcze, których mechanizm działania jest dużo więcej zawiły i niepewny. *Prof. Raczyński.*

Prof. Dollinger i Doc. Imrédy (Budapeszt). **Technika gastroenterostomii i jejunostomii, wyniki uzyskane zapomocą tych operacyj w różnych chorobach żołądka, z szczególnem uwzględnieniem trawiennego (peptycznego) wrzodu żołądka i stanów następowych.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 4, 1903). W sprawie techniki operacyjnej czyni D. trzy pytania: 1. Czy lepsze wyniki daje gastroenterostomia przednia, czy tylna? Ze swej strony oddaje on pierwszeństwo gastroenterostomii przedniej: na 20 operowanych przypadków dobrotliwych cierpień żołądka, żadnego chorego nie stracił. 2. Czy stosować guzik Murphyego, czy szew? Guzik ma według autora same wady, a tę jedyną zaletę, iż wprawny operator może szybciej ukończyć operacyę. D. poleca skutkiem tego szew. 3. Czy można dla uniknięcia koła błędnego prócz zwykłej gastroenterostomii stosować pewne środki zapobiegawcze? Po dobrze przeprowadzonej gastroenterostomii nie rozwija się niedrożność jelit; dobrze wykonana operacya, to jedyna reguła zapobiegawcza. Ze wskazań do gastroenterostomii wyklucza D. raka odźwiernika, gdyż wyniki jej są złe, 50—60% śmiertelności, a to prawdopodobnie dlatego, że jad gnilny, znajdujący się na powierzchni raka, styka się po operacyi natychmiast ze świeżą raną. W raku odźwiernika nie wykonuje D. gastroenterostomii, lecz umożliwia odżywianie zapomocą jejunostomii. Doc. Imrédy wylicza wskazania, skłaniające internistów do polecenia zabiegu chirurgicznego w wrzodzie trawiennym (peptycznym) i jego chorobach następowych, poczem zdaje sprawę o losie swoich chorych, operowanych skutkiem

bliznowatego zwężenia odźwiernika. U jednej chorej dwa lata po gastroenterostomii rozwinął się wrzód trawienny jelita czczego; w drugim przypadku po 21 miesiącach nastąpił gwałtowny krwotok żołądkowy. Wynik ostateczny po wycięciu odźwiernika, plastyki jego i po gastroenterostomii zależy od tego, czy nadmierna kwasota po operacyi się zmniejsza; jeżeli nie, wtedy odnawiają się objawy wrzodu i może rozwinąć się wrzód jelita czczego. Ze względu na tę okoliczność zapytuje I., czy w przypadkach, w których stosunki na to zezwalają, nie byłaby odpowiedniejszą pyloroplastyka, niż gastroenterostomia? Konieczną jest rzeczą mieć operowanych na oku co do wydzielania się soku żołądkowego; jeżeli nadmierna kwasota nie zmniejsza się, należy chorego dalej leczyć wewnętrznie. I. poleca po gastroenterostomii w każdym przypadku obniżać sztucznie z początkiem przyjmowania pokarmów wydzielanie się soku żołądkowego. *Baschkopf.*

A. Neubauer (Budapeszt). **Zapalenie ucha środkowego u osesków.** (*Ungar. med. Revue* Nr. 13, 1903). Z obszernej pracy podajemy tylko uwagi N. o leczeniu zapalenia ucha środkowego. W pierwszym rzędzie powinno ono dążyć do zwalczenia objawów zapalenia zapomocą postępowania przeciwzapalnego. W przypadkach, w których bez objawów ogólnych jest błona bębenkowa tylko nastrzykana, stosować należy prócz sposobów przeciwzapalnych wkraplania 1—2%-wego roztworu *solut. plumbi alum. acet.*, lub *ac. carbol. 1·5, alcohol 10·0; natr. chlorat. 1·0, aq. dest. 100·0.* Jeżeli jednak mimo nieznacznego nastrzykania błony bębenkowej stwierdzamy gorączkę, niepokój, zmniejszenie ciężaru ciała, nie należy wyczekiwać ustąpienia zapalenia, lub samoistnego przedziurawienia błony bębenkowej, lecz trzeba ją nakłóć natychmiast wśród najściślejszej aseptyki. Po dobrowolnem, lub sztucznem przebiciu błony bębenkowej należy zaniechać przestrzykiwania lub wpędzania powietrza, ponieważ często właśnie przez to wywołujemy przebieg przewlekły, lub powikłania w wyrostku sutkowym. Najlepiej jest po nakłóciu wypełnić przewód wyjałowioną watą, lub gazą. Gdy występuje ropienie, leczenie może być dwojakie: wilgotne przestrzykiwania (letnim 2%-wym kwasem borowym) obok przedmuchiwań i suche, polegające wyłącznie na usuwaniu ropy watą. N. uważa wytworzenie odpowiedniego otworu przy nakłóciu błony bębenkowej za szczególnie ważne, aby ropa mogła mieć łatwy odpływ. Po nakłóciu należy oczyszczać ucho raz dziennie, tamponować je jałową gazą i zakładać opatrunek z takiejże gazy. Zmienia się go co 24 godzin, a przy obfitem ropieniu co 12 godzin. To suche leczenie oddało autorowi znakomite usługi: podczas gdy przy dawnem leczeniu zapalenie ucha środkowego trwało 5—6 tygodni, obecnie wyleczenie następuje przy suchem postępowaniu już po upływie 2—3 tygodni. Po ustaniu ropienia należy ucho zatykać watą przy wietrze, a podczas kąpieli uważać, aby woda nie dostawała się do ucha. *Baschkopf.*

Dr. W. N. Clemm. **Kamica żółciowa, jej częstość, powstawanie, zapobieganie i leczenie środkami wewnętrznymi.** (*Str. 90. Georg Klemm*, Berlin, 1903). Sprawa leczenia kamieni żółciowych, będąca obecnie na porządku dziennym rozpraw zjazdów lekarskich u nas i u obcych, skłoniła W. N. Clemma, specyalistę chorób żołądka, jelit i przemiany materyi, do zabrania głosu. W wyczerpującej pracy podaje on doświadczenia swoje o powstawaniu, zapobieganiu i leczeniu tej choroby. Jak ważną jest ta sprawa, dowodzi statystyka, która stwierdza, że każdy dziesiąty człowiek ulega kamicy żółciowej, a z kobiet, które rodziły, nawet każda czwarta zapada na nią. W części pierwszej, ogólnej, kreśli autor historyę tej choroby i stosunki anatomiczno-fizyologiczne narządu żółciowego. W części drugiej, szczegółowej, zastanawia się nad powstawaniem kamieni żółciowych, nad ich rozpoznaniem, mówi o zmianach następowych i sposobach odróżnienia kamieni żółciowych od całego szeregu chorób innego pochodzenia, a podobnie przebiegających. Kreśląc poszczególne objawy obrazu klinicznego, zastanawia się nad żółtaczką i przytacza cechy, odróżniające żółtaczkę w kamicy żółciowej od żółtaczki w raku wątroby. Z powikłań, będących następstwem zaniedbania choroby, opisuje autor przewlekłą żółtaczkę, przetoki, ropienie, wytwarzanie się skrzepów i przedostawanie się ich do układu żyły bramnej, przebicie do jelita, do wolnej jamy brzusznej, przez przeponę do jamy opłucnowej, do worka osierdziowego itd. Wszystkie te sprawy ilustruje C. kazuistyką, zaczerpniętą z własnej praktyki. Dłużej nieco wypada zatrzymać się nad najważniejszem, aktualnem, pytaniem: czy kamica żółciowa jest chorobą ściśle chirurgiczną, lub czy też tylko pewne, zaniedbane przypadki należy leczyć nożem? Po zestawieniu dotychczasowych doświadczeń wykazuje C., iż jedynie w ciężkich przypadkach wskazaną jest operacya; podkreśla on zdanie, iż przy wczesnem wewnętrznem leczeniu wcale do tego nie powinno przyjść. Roztrząsając samo leczenie, wzywa autor przedewszystkiem do zapobiegania powstaniu choroby przez troskliwe uwzględnianie każdego schorzenia żołądka i jelit, a w szczególności nawykowego zaparcia stolca, przestrzeganie odpowiedniej dyety (łatwo strawna białkowo-tłuszczowa, zamiast węglowodanów) i trybu życia, umożliwienie swobodnego, wydatnego oddychania przeponowego przez zaniechanie obcisłego ubrania. Mówiąc o wartości różnych sposobów leczenia, przypisuje piciu wody w Karlsbadzie, lub w Neuenar tylko uśmierzające działanie na zapalenie dróg żółciowych, przyczem uregulowanie trybu życia i stosowna kuchnia w zdrojowiskach niepoślednią odgrywają rolę. O innych sposobach leczenia, począwszy od Durandesowskich kropli, zawierających eter i olejek terpentynowy, a kończąc na różnych lekach żółciopędnych, przeczyszczających i t. d. wyraża się autor z dosyć wielkim sceptycyzmem. O salicylanie sodowym twierdzi, iż małe dawki nie wywierają żadnego wpływu na wydzielanie żółci, podczas gdy większe obniżają je w wysokim stopniu. Clemm leczy kamienie żółciowe środkami, wytwarzającymi mydło w układzie żółciowym, ponieważ uniemożliwia to wydzielanie się cholestearyny. Według autora jedynym lekiem jest oleinian sodowy, czyli eunatrol, względnie cholelizyna, t. j. 20%-owy roztwór tej soli. Po dolegliwościach w trawieniu, przy nawykowem zaparciu stolca, gdy jest podejrzenie istnienia kamieni żółciowych, pije chory rano na czczo $^1/_4$, później $^1/_2$ litra wody o 40° C. z dodatkiem 0·3—0·4 soli kuchennej; następuje metodyczne, głębokie oddychanie, spacer półgodzinny, poczem oddanie stolca i śniadanie według modły angielskiej. Gdy autor stwierdzi obrzęk zapalny wątroby, powiększenie pęcherzyka żółciowego, napadowe bóle gwałtowne, lub często wracające, podaje rano naczczo gram oleinianu sodowego w roztworze, poczem zaleca picie wody, głębokie oddychanie itd., jak wyżej. Leczenie takie łączy z kuracyą, poleconą przez Naunyna: chory leży dziennie kilka godzin w łóżku w ciągu czterech tygodni; podczas pierwszej godziny leżenia pije małymi łykami 400—500 ctm.^{3} wody karlsbadzkiej, tak gorącej, jak to tylko jest możebne, a podczas całego czasu leżenia robi ciągle gorące okłady (fango, lub siemię lniane) na prawą okolicę brzucha. Przed opuszczeniem łóżka znowu zażywa gram oleinianu sodowego, następnie pije pół litra mleka lub rosołu, poczem chory ubiera się i spożywa obiad, złożony z rosołu, mięsa łatwo strawnego, lekkiej jarzyny, kompotu i chleba dobrze wypieczonego; jako napój podaje się wino jabłkowe z wodą. Po półgodzinnym wypoczynku poobiednim odbywa spacer, potem znowu leżenie w łóżku i okłady, jak wyżej; na 2—2$^1/_2$ godzin przed spaniem zażywa znowu gram oleinianu sodowego z $^1/_2$ litra ciepłego mleka i wykonywa głębokie oddychanie. Tak postępując, można, jak twierdzi C., nawet bardzo ciężkie przypadki wyleczyć bez noża! „So behandelte Fälle können sowohl ihre Gulden und Kreuzer nachher erfreulicher anlegen, als in einer Karlsbader Kur und brauchen auch den Schönheitsfehler der Bauchnarbe nicht zeitlebens mit sich herumzutragen“... kończy pracę dosłownie Clemm, w którym poznaliśmy przeciwnika noża w kamicy żółciowej. *Baschkopf.*

Lichtenauer. **O chirurgicznem leczeniu trąbkowego otoku ropnego** (*pyosalpinx*). (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* t. 17, zeszyt 3, 1903). Podobnie, jak niema dotychczas zgody, kiedy występuje wskazanie do operacyjnego leczenia tego cierpienia, albowiem wchodzą tu w grę różne czynniki społecznej i osobistej natury, tak również różni autorowie różnie operują: drogą jamy brzusznej bez lub z sączkowaniem przez powłoki brzuszne, lub pochwę; drogą pochwy przez sklepienie przednie, lub tylne; wreszcie niektórzy wykonują zawsze operacyę doszczętną, t. j. wycięcie przydatków wraz z macicą i to znowu przez pochwę, lub jamę brzuszną. Autor wypróbował wszystkie metody i ostatecznie poleca tylko jedną, którą w ostatnich czasach jedynie stosował w 10 przypadkach, wszystkie z wynikiem dodatnim. Operuje on drogą jamy brzusznej, która jest najracyonalniejszą, gdyż odsłania dokładnie całe pole operacyjne, a temsamem o wiele łatwiej można uniknąć skaleczenia jelit, pozrastanych w tych przypadkach z częściami rodnemi. Jedyną obawę przy tem postępowaniu stanowi możliwość rozlania się i spływania ropy do jamy otrzewnowej przy przypadkowem pęknięciu otoku. Dlatego też trzeba się starać jamę małej miednicy wprost zamknąć od góry, a ku dołowi, do pochwy, założyć dreny (węże gumowe, lub szklane, a nie gazę). Autor postępuje w następujący sposób: stosuje on możliwie wysokie ułożenie miednicy i wykonywa cięcie brzuszne między pępkiem a spojeniem łonowem. Jeżeli uśpienie jest dostatecznie głębokie, to wszystkie jelita opadają w dół, ku górnej części jamy brzusznej; teraz następuje bardzo dokładna tamponada nad wchodem miednicy ku górze, zapomocą wyjałowionych 10 metrów długich opasek z gazy. W ten sposób, jeżeli i boczne części obok kręgosłupa są dobrze wytamponowane, zyskuje się bezwzględną ochronę przed możliwem spływaniem ropy ku jamie brzusznej. Teraz dopiero wycina się i usuwa zropiałe przydatki bez względu na to, czy ściana otoku pęknie, czy nie,

i wkłada się sączek przez jamę Douglasa do pochwy. Całą jamę po wyjęciu przydatków, a więc w małej miednicy, tamponuje się gazą jodoformową i koniec jej wyciąga przez ranę powłok brzusznych. W końcu usuwa się tamponadę jamy brzusznej i w położeniu poziomem chorej zeszywa powłoki, zostawiając mały otworek dla powyższego paska gazy. Gazę tę usuwa się po 8 dniach, a sączek z pochwy, aż ustanie ropienie. Wszystkie chore (10) w ten sposób operowane, wyzdrowiały. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Hannequin. **Leczenie bólu żylnego zapomocą miesienia.** (*La Presse medicale* 1903, Nr. 16). Miesienie i ciepłe kąpiele stanowią podstawę leczenia chorych z żylakami, ozdrowieńców po przebytych zapaleniach żył, oraz chorych, u których żyły są podrażnione, lecz nie zmienione. Przy towarzyszącym stanie neurastenicznym wstrzykiwania podskórne kakodylanu sodowego dają znakomite wyniki. Kąpiele nie powinny przekraczać 35°, a czas ich trwania niema być dłuższy nad pół godziny. Chory nie powinien w kąpieli doznawać uczucia zimna, ani ciepła. Masując żyłę bolesną zapomocą waseliny przez łagodne muskanie (*l'effleurage*) zauważa się po kwadransie uczucie ciepła, które rośnie w miarę równoczesnego powolnego ustępowania bólu. Z początku ból ustępuje na 4—5 godzin, później przerwy są coraz dłuższe, aż do zupełnego zniknięcia bolesności po 10—20 posiedzeniach. Masowanie to powinno obejmować żyły bolesne, oraz przylegające części i to po upływie pewnego czasu od początkowego zapalenia żyły. W przebiegu spraw zapalnych ostrych, lub podostrych, miesienie nie jest na miejscu. Sposób miesienia zależy od tego, czy siedzibą bólu jest cała żyła, czy też ograniczone jej okolice. Jeżeli ból dotyczy całej żyły, masuje się obiema dłońmi, przyczem baczyć należy na ścisłe przyleganie dłoni i jednostajny niezbyt silny ucisk bez przerw. Przy bólu miejscowym używa się jednej ręki, idąc od dołu ku górze i unikając posuwania z powrotem tąsamą drogą. Przy silnym bólu ucisk powinien być nader łagodny. Miesienie takie jest nader skuteczne i może nawet zapobiedz powtarzaniu się bólów żył w przyszłości. *Dr. M. Blassberg.*

Habermann. **Przyczynek do teoryi powstawania głuchoniemoty wskutek chorób ucha środkowego.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 57, 1903). Większość lekarzy utrzymuje, że zapalenia ucha środkowego tylko wtedy bywają przyczyną głuchoniemoty, jeżeli zapalenie przejdzie na ucho wewnętrzne i wywoła zmiany w błędniku. H. na zasadzie przypadków, badanych za życia i po śmierci przez siebie, już dawniej wypowiedział zdanie, że zmiany w jamie bębenkowej bez jakichkolwiek zmian w błędniku mogą być przyczyną głuchoniemoty. W trzech przypadkach, które H. badał dawniej, błędnik był zupełnie prawidłowy, a zmiany dotyczyły jedynie okienek, które były zamknięte bądź tkanką łączną, bądź kostną. W jednym przypadku na jednem uchu było zamknięte tylko okienko okrągłe i na tem uchu słuch był częściowo utrzymany. Habermann podaje nowy przypadek głuchoniemoty, gdzie w błędniku zmian żadnych nie było, a w jamie bębenkowej było unieruchomienie strzemiączka i zamknięcie częściowo kostne, częściowo łącznotkankowe okienka okrągłego. Zamknięcie jednego tylko okienka nie jest według Voltoliniego, Lucaego i autora przyczyną zupełnej utraty słuchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Prof. Dr. M. Jordan. **Wycięcie śledziony, wskazania i wyniki na podstawie sześciu własnych spostrzeżeń.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XI, Z. 3, 1903). W rozwoju chirurgii śledziony od r. 1855, kiedy to Küchler wykonał niepomyślną i dla chorego i dla siebie splenektomię, do czasów obecnych, zaznacza się znakomity rozwój: 28 przypadków wyleczonych po wycięciu śledziony, wypadłej przez ranę drążącą w powłokach brzusznych i takichże 29 spostrzeżeń po podskórnem pęknięciu śledziony, dowodzą najlepiej, że człowiek bez śledziony obyć się może doskonale i nie ucierpi z jej braku, czy to w szczególniejszych stanach fizyologicznych (np. ciąża), czy też patologicznych (np. choroby zakaźne). Nie umiemy jednakowoż rozstrzygnąć, czy dzieje się tak dlatego, że rola śledziony w ustroju jest nieznaczną, czy też z tego powodu, że po jej usunięciu inne tkanki, lub też inne narządy zastępczo przyjmują na się jej czynność. Jeżeli zatem tak jest, nie możemy i nie powinniśmy się wahać z przystąpieniem do wycięcia tego narządu w stanach patologicznych. Autor zestawia następujące wskazania do splenektomii: 1) torbiele niepasorzytnicze i pasorzytnicze (bąblowce); 2) nowotwory pierwotne (dotychczas spostrzegano z łagodnych naczyniaki jamiste, ze złośliwych mięsaki); 3) przerost śledziony; *a*) idyopatyczny, *b*) w chorobie Bantiego i *c*) zimniczy. Inne przerosty, jak białaczkowy, rzekomo białaczkowy, kiłowy, u alkoholików, w marskości wątroby itd. stanowią przeciwwskazanie do jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych na śledzionie. Sam autor wyciął śledzionę; *a*) pękniętą skutkiem tępego urazu; *b*) zajętą dużym torbielem surowiczym, niepasorzytniczą; *c*) z rozwiniętym bąblowcem; *d*) z pierwotnym mięsakiem i *e*) dwa razy idyopatycznie przerosłą — zawsze z doskonałym wynikiem bezpośrednim, a pięć razy (po wykluczeniu spostrzeżenia z mięsakiem śledziony, który w $1^{1}/_{2}$ roku po splenektomii zakończył się śmiertelnie z powodu nawrotu) z bardzo dobrym wynikiem ostatecznym. Operując z powodu wskazań miejscowego schorzenia śledziony i na narządzie ruchomym, operujemy śród b rdzo korzystnych warunków. Zmniejszają się one w miarę napotykanych zrostów. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Lilienfeld. **Weronal, nowy lek nasenny.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 21, 1903). Autor podaje wyniki, jakie osiągnął zapomocą weronalu (*Diaethylmalonylharnstoff*). Idealnego leku nasennego brak dotychczas: nawet sulfonal, tryonal, a z najnowszych dormiol i hedonal, posiadające bardzo przykry smak, nie nadają się we wszyskich przypadkach. Tem chętniej przeprowadził L. doświadczenia z weronalem. Po użyciu 0·5 weronalu występuje najczęściej 7—9-godzinny sen. W bezsenności, pochodzącej bądź z przyczyn czysto nerwowych (w neurastenii, śledziennictwie, macinnicy, w melancholijnych stanach przygnębienia, w rozpoczynającem się porażeniu postępującem, organicznych chorobach rdzenia pacierzowego itd.), czy też z powodu chorób serca i wielu innych, L. stwierdził, iż weronal jest niezawodnym środkiem nasennym, któremu pod względem pewności i siły działania nie dorównywa żaden z dotychczasowych leków nasennych. Najlepiej zażywają go chorzy w stanie rozpuszczenia w ciepłej herbacie, lub mleku. Po użyciu 0·5 następował już w kwadrans sen zupełnie spokojny, wolny od przypadłości ubocznych i następowych; 0·5 kosztuje 17 fenigów, więc weronal po wodniku chloralowym jest najtańszym lekiem nasennym.

W oddziele chorób wewnętrznych wiedeńskiego szpitala powszechnego stosował Leop. Wiener weronal u 30 chorych. Najlepsze usługi oddawał ten lek: 1) w histeryi i neurastenii; 2) w ciężkiej gruźlicy płuc; 3) w stanach mocznicowych przewlekłego międzymiąższowego zapalenia nerek; 4) w niewyrównanych wadach zastawkowych, w których przecież najtrudniej zwalczać bezsenność, gdyż małe dawki nie skutkują, a większe sprowadzają najczęściej poważne objawy uboczne. Z doświadczeń, przeprowadzonych pod kierunkiem prof. Pála, wynika, iż weronal jest skutecznym lekiem nasennym, który chory znosi łatwo bez dolegliwości. (*Wiener med. Presse* Nr. 24, 1903). Także prof. Schüle (*Therapeut. Monatshefte*, maj, 1903) zaleca ten środek. Przepisywał on weronal w postaci kołaczyków Mercka w licznych przypadkach bezsenności nerwowej. Do leczenia tej bezsenności mamy wielką liczbę środków leczniczych i nieleczniczych, które wszystkie niestety często zawodzą. Do zabiegów bezlekarstwianych należą: długotrwała letnia kąpiel wieczorem; gorące kąpiele nożne, priessnitzowska opaska na kark, lub nogi („nasse Strümpfe"), kąpiel powietrzna, lekkie miesienie wibracyjne głowy, poddawanie. Z leków najważniejsze są: tryonal (w gorącym rozczynie z dwuwęglanem sodowym), na drugiem miejscu weronal; potem następuje sulfonal, ewentualnie z hedonalem aa 1·0, dormiol (2·0), paraldehyd (3·0—5·0), wodnik chloralu (2·0); są to leki skuteczne, wielu jednak chorych nie znosi ich z powodu przykrego smaku. Chorym z wrażliwym żołądkiem nie powinno się np. dawać bezwarunkowo wodnika chloralu z powodu nadzwyczaj ostrego smaku. Tosamo tyczy się ulubionego w zakładach dla obłąkanych paraldehydu. Tego ubocznego wpływu można wprawdzie nieco uniknąć przez stosowanie go w lewatywie, jelito jednak często nie znosi drażniącego działania tego środka. Asystent prof. Renversa, Walter Berent ogłasza wyniki leczenia bezsenności weronalem. (*Therapeut. Monatshefte*, czerwiec, 1903); przekonawszy się na psie o nieszkodliwości leku, podawał go chorym przeciw bezsenności i niepokojowi. Zapomocą dawek $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ grm. osiągnął we wszystkich przypadkach bezsenności nerwowej, neurastenicznej dobre wyniki; taksamo w braku snu z powodu lekkich dolegliwości cielesnych, kaszlu, np. w zapaleniu oskrzeli, rozpoczynających się suchotach, postrzale i t. p. Berent stosował weronal u 80-ciu chorych. Skutek był wogóle dobry, jeżeli bóle nie były bardzo znaczne; gdzie zaś te, lub wielka duszność, były przyczyną bezsenności, pozostawał bez skutku. W gwałtownem podnieceniu, niepokoju (*alcoholismus*, *delirium tremens*, *dementia paralytica* itd.) weronal nie skutkował nawet w dawce $1^{1}/_{2}$ grm., którą trzeba było podnieść do 2—$3^{1}/_{2}$ grm. Nawet po tych wielkich dawkach nie spostrzeżono znaczniejszego wpływu ubocznego; niektórzy chorzy uskarżali się na zawroty i zajęcie głowy. Znakomity był wynik w obłędzie opilczym. Niestety i do tego leku przyzwyczajają się chorzy już po tygodniu. Największe podobieństwo w działaniu ma weronal do tryonalu. Jako lek czysto nasenny 0·5 weronalu odpowia-

dałoby 0·015 morfiny. Gdzie jednak chodzi o dolegliwości cielesne, lub bóle, sprowadzające bezsenność, nie może weronal wytrzymać porównania z morfiną. Weronal czyni zadość w wysokim stopniu obu warunkom, od których zależy dobroć leku nasennego: t. j. posiada szybkość działania przy względnem bezpieczeństwie: działa już w dawce 0·25, którą można podnieść do $3^1/_2$ grm. Jestto więc w każdym razie cenne wzbogacenie terapii. *Baschkopf.*

VII. Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Skreślił

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

(Dokończenie).

Obok badań ludzi żywych rozpoczęto w ostatnich latach poszukiwania i na zmarłych. Określono podstawy badania mózgu u niektórych ludów i posiadamy już pewne wskazówki co do różnic, zachodzących w budowie mięśni, przewodu żołądkowo-kiszkowego, wątroby i innych narządów wewnętrznych, których budowa może przedstawiać pewne różnice u różnych ras. Dzięki dotychczasowym badaniom wiemy, że mongołowie odróżniają się od europejczyków znaczniejszą grubością kości i budową czaszek, że krótkogłowość jest przynależnością rasy słowiańskiej i południowo-niemieckiej, że typ długogłowy właściwy niemcom północnym, w części skandynawczykom, anglo-sasom i finom, że tym długogłowy, właściwy starożytnym mogiłom, był niegdyś liczniejszym i z wiekami wymierał, stopniowo ustępując miejsca krótkogłowemu. Typ o barwie jasnej bardziej jest rozpowszechniony w północnej i środkowej Europie, a mniej w południowej, w Azyi i w innych częściach świata. Starożytny typ przedstawiamy sobie jako długogłowca o twarzy wydłużonej, blondyna, o jasnych zielonawych oczach i jasnej skórze W badaniach antropologicznych nabierają niemałego znaczenia nietylko liczby przeciętne pewnego pomiaru, lub stosunek tych liczb do siebie, lecz i wyliczenia liczb podobnych, z których składają się grupy, mogące wskazywać, z jakich składowych części powstało przed wiekami plemię lub naród.

Jeżeli dotąd anatomiczne badania ras, zamieszkujących ziemię, znajdują się w zawiązku, to cóż i mówić o fizyologii tych ras. Pod tym względem początek dali badacze amerykańscy. G o u l d twierdzi, że białe rasy mają objętość płuc znaczniejszą, niż murzyni, lub indyanie, co ma związek ze znaczniejszą energią przemiany materyi i rozwojem sił u pierwszych. J o u s s e b zauważył u mieszkańców krajów zwrotnikowych mniejszą objętość płuc z przyśpieszonem oddechaniem. R a n k e twierdzi, że i krew wyróżnia się też swym składem chemicznym pod wpływem zmian klimatycznych i geograficznych. Czucie skórne również się różni u różnych ras i narodów i jest ono u białych znaczniejsze, niż u murzynów. Znaną jest też różnica we wzroku i słuchu, jakimi wyróżniają się dzicy od ludów cywilizowanych; dzicy wybornie widzą i słyszą, lecz za to zdolność rozpoznawania harmonii tonów i barw jest właściwością cywilizowanych. Gilak nie zrozumie, motywu pieśni europejczyka; korejczyk nie rozróżnia barwy zielonej od błękitnej, arab czarnej i burej od zielonej i t. d. W budowie włosów zauważyć się daje także różnica; poprzeczne przecięcie włosa mongoła przedstawia się pod mikroskopem okrągło, lub szeroko-owalnie, gdy wielko-rosyanina ma kształt owalno-wydłużony. U pierwszych według M i n a k o w a ziarnka barwika są większe i włos grubszy, aniżeli u ludów słowiańskich.

Co się tyczy patologii rasowej, to w tej sprawie więcej zrobiono, niżeli w wykazaniu różnic rasowych anatomo-fizyologicznych. Daje się to tem wytłomaczyć, że lekarze-praktycy wpierw na te szczegóły zwrócili uwagę dla swych celów praktycznych, aniżeli na sam ustrój ludności i jego cechy anatomiczne. Wiadomo od dawna, że niektóre grupy ludzkie mają odporność, lub skłonność do pewnych procesów patologicznych; dla braku jednak wykazów statystycznych, poznane fakty pozostają bez wyjaśnienia, o ile tu wpłynęła sama rasa, a o ile inne czynniki, jak klimat, odżywianie się i inne warunki życia. Nieraz, co się tyczy chorób, spotykamy się ze zdaniem bardzo odmiennem. Jedni naprzykład powiadają, że murzyni są odporni na zarazek zimnicy, inni znowu twierdzą, że chociaż jej podpadają, to w mniejszym stopniu, niż europejczycy, przebywający w krajach zwrotnikowych, którzy ulegają ciężkim postaciom tej choroby. Skłonność do zarażenia się zimnicą ma być też niejednakową i śród rasy białej. Najwięcej do niej skłonności mają posiadać szwedzi i norwegowie, mniej niemcy i holendrzy, najmniej anglicy i francuzi, a w szczególności włosi i hiszpanie. Zimnica na Ukrainie mniej się szerzy śród żydów, niż śród ludu miejscowego, jak mnie o tem przekonały wieloletnie spostrzeżenia. Pomiędzy mongołami i buryatami zimnica, gruźlica i wogóle choroby zakaźne rzadko się wydarzają, a to może dzięki nie tyle odporności rasowej, ile suchości klimatu, gorącym promieniom słońca i przejrzystości powietrza przy silnych wiatrach, odgrywających rolę naturalnych wentylatorów, jakie spotykamy szczególnie na wysokiem płaskowzgórzu Azyi środkowej. Epidemie ospy mają u mongołów przebieg bardzo łagodny; widziałem chorych z ropiejącemi twarzami, którzy bezkarnie podróżowali, przebiegając ogromne przestrzenie konno; pomimo ogromnej ilości psów i częstych ukąszeń, wodowstręt śród mongołów należy do chorób wyjątkowych. Chińczycy więcej podlegają cholerze, niż europejczycy. Powiadają, że żydzi mniej zapadają na choroby zakaźne, zwłaszcza durowe, lecz za to wielu z nich cierpi na cukrzycę, a znaczny odsetek ulega chorobom umysłowym i nerwowym. Nadzwyczajna częstość tych ostatnich skłoniła C h a r c o t a do wypowiedzenia przed śmiercią zdania, że gdyby miał przed sobą drugie życie, poświęciłby je na zbadanie neuropatologii narodu żydowskiego. Z chorób psychicznych najczęściej u żydów występuje obłęd (mania); wiąd zaś rzadziej, niż u innych ras. Choroby z przygnębieniem sfery psychicznej zdarzają się częściej u rasy jasnej: niemców i skandynawczyków; ciemna rasa romańska cierpi częściej na psychozy z szałem; u rasy słowiańskiej obie formy występują jednakowo często. Samobójstwo jest na południu o wiele częstszem, niż na północy. Ponieważ każdy naród powstał z kilku składowych pierwiastków rasowych, jak to wyżej wspomniałem, z tego powodu ciekawe są badania, które typy w tym samym narodzie łatwiej podpadają wpływom chorobotwórczym, a które stawiają większy opór, a mianowicie, czy są to okazy nizkiego czy wysokiego wzrostu, jasnego, czy ciemnego typu, długo, czy krótkogłowi. Według H a e c k l a ciemnowłose europejskie rasy mieszane łatwiej aklimatyzują się w krajach zwrotnikowych i mniej podlegają chorobom zakaźnym, naprzykład żółtej febrze, niż jasne typy europejskie. Na Ukrainie według E m m e g o typy jasne mniej mają skłonności do zarażenia się zimnicą, niż bruneci.

Metoda badań antropologicznych przydaje się lekarzowi często; czy to w celach higienicznych dla zbadania fizycznego rozwoju młodzieży szkolnej, czy to dla ocenienia klimatycznych lub geograficznych warunków, działających na ustrój pewnego kraju, lub pewnej grupy ludzi, lub wreszcie dla samego antropologicznego zbadania typu ludności, jak to wyżej wyłuszczyłem. Oprócz tego antropologia jest nauką pomocniczą dla badań geograficznych i historycznych ras i plemion ludzkich dawno zaginionych (paleoetnologia).

Lecz na tem nie koniec. Metodę antropologiczną użyli do pomocy psychiatrzy, oraz antropolodzy-kryminaliści, dociekający osobnego typu przestępcy w budowie i w pewnych zboczeniach ciała, na czem L o m b r o s o osnuł swą naukę o typie przestępcy i o jego psychicznych i fizycznych właściwościach, które według tego uczonego mają być oznakami zwyrodnienia, lub zbrodni, a co większość spółczesnych antropologów przypisuje warunkom życiowym, wpływom odżywiania, zajęciu, wreszcie właściwościom rasy, lub indywidualnym zboczeniom, nie mającym żadnego patologicznego

znaczenia. Spór ten wtedy dopiero będzie zasadniczo rozwiązany, kiedy zostaną dokładnie zbadane odstąpienia od zwykłych typów antropologicznych i wyjaśniona ich przyczyna. Nie mniejsze ma znaczenie antropologia dla malarzy i rzeźbiarzy, chcących odtworzyć oddzielne kształty ciała i zachować stosunek w kształtach budowy, którymi się różnią oddzielne rasy i ludy. Dla znalezienia różnicy pomiędzy budową jednych a drugich ludzi, dla uchwycenia właściwych charakterystycznych cech jakiego narodu lub typu, pracują wspólnie artyści i antropolodzy, higieniści i psychiatrzy, a każdy z nich w innym celu.

Pomijając znaczenie antropologii jako nauki i jej metod, które znalazły szerokie zastosowanie w różnych gałęziach wiedzy przyrodniczej, pozyskały one i praktyczne zastosowanie, naprzykład w medycynie sądowej dla rozpoznania tożsamości zwłok według wzrostu i wieku; wiadomą jest rzeczą, że ta ręka, która jest czynniejszą, prawa czy lewa, ma szersze na palcach paznogcie; znaną jest rzeczą, jak doniosłe ma znaczenie w sprawach sądowych położenie poszkodowanego podczas zadania mu ran i uderzeń, jak również położenie delikwenta; pomiar stóp na śniegu, lub ziemi wykrywa nieraz przestępcę i t. p. Metoda antropologiczna stosuje się w obecnych czasach w biurach policyjnych dla stwierdzenia osobistości przestępców-recydywistów. Metoda Bertillona bardziej ma odpowiadać swemu przyznaczeniu, niż system paszportowy i fotograficzne zdjęcia. Metoda Bertillona dla pomiarów przestępców zasadza się na tem, że wzrost znaczny kości w wieku od lat 23—25 ustaje, co ułatwia sprawdzenie tożsamości osobnika. Główniejszymi pomiarami w takich razach są: wzrost, wysokość tułowia, długość rąk rozkrzyżowanych, długość i szerokość głowy, długość średniego i małego palca u lewej ręki, długość lewego przedramienia i lewej stopy, długość i szerokość prawego ucha. Oprócz tego notuje się barwa tęczówki lewego oka, profil nosa i oddzielne osobnicze właściwości badanego. Kartki w ten sposób sporządzone układają się w biurze antropometrycznem do osobnych skrzynek w oddzielne grupy.

W tym pobieżnym szkicu zaledwo mogłem wykazać stanowisko człowieka w świecie zwierzęcym i wychodząc z tego względu, znaczenie nauki o człowieku, jej zadaniach i celach, jako nauki samodzielnej, a jednocześnie pomocniczej dla tylu innych. Pomimo tego, że nauka o człowieku dziś jeszcze znajduje się w zaczątku i że nią tak mało jeszcze zajmuje się nasze społeczeństwo, jak wogóle wiedzą przyrodniczą, nie wątpimy, że z młodszego pokolenia znajdą się nowi pracownicy, szczególnie z pośród lekarzy, jako najbliżej stojący już z natury swego zawodu istoty ludzkiej i przyczynią się nietylko do nagromadzenia faktów, odnoszących się do życia ludzi, lecz i wzbogacą antropologię nowemi, bardziej dokładnemi metodami badania, od których w znacznej mierze będzie zależeć przyszły rozwój tej gałęzi wiedzy.

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

3. Jasiński: **Nasze wyniki po doszczętnych operacyach przepuklin i porównanie różnych sposobów używanych.** W klinice lwowskiej było od r. 1897 do 1903 operowanych z powodu przepukliny 175 chorych, 137 mężczyzn, 38 kobiet. Z tej liczby 158 było przepuklin jednostronnych, 17 podwójnych, 1 potrójna. Przepuklin podbrzusznych było 154 (tj. pachwinowych i udowych) i w tych zastosowano sposób Bassiniego, lub Bassini-Postempskiego 71 razy, Kochera 68; według innych metod operowano 15 razy. Nawrotów naliczono 9% po operacyi doszczętnej przepuklin pachwinowych: po metodzie Bassini-Postempskiego 7%, po Kochera około 5%. Liczby te przemawiałyby za sposobem Kochera w przeciwieństwie do innych autorów, którzy prawie jednakie otrzymywali wyniki po sposobie Bassiniego, co i po sposobie Kochera. Według Grasera wymagamy od nowoczesnej metody operacyjnej, by 1) worek przepuklinowy podwiązać możliwie wysoko; 2) by bramę przepuklinową dokładnie zamknąć; 3) wymagamy wygojenia rany przez rychłozrost bez pozostawienia rozległych blizn; 4) by technika była możliwie prostą; 5) by nie operowano w głębi na ślepo. Tym żądaniom nie odpowiada ani metoda Kochera, ani Bassiniego. Prelegent wyjaśnia niedogodności obu metod. Przepuklin uwięzniętych operowano 32, z tego pięć przypadków zakończyło się śmiercią, co prelegent tłómaczy późnem zgłaszaniem się chorych do operacyi.

4. Rydygier (młodszy), (Lwów): **Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.** Chora, lat 44 licząca, nie miesiączkująca zupełnie, zgłasza się z guzem prawej wargi sromnej większej wielkości pięści, elastycznym, dającym się odprowadzić do jamy brzusznej. Badanie przez pochwę wykazało brak części pochwowej i macicy. Przy operacyi okazało się, że guz ten był workiem przepuklinowym, którego treść stanowiło ciało o kształcie macicy z przydatkami. Macica ta przypominała macicę dziecięcą; po stronie prawej macicy znaleziono ciało okrągłe, przypominające jądro, otoczone błoną białą, twardą. Po tej stronie nadto stwierdzono sznurek twardy, mający na przekroju światło, przypominający sznurek nasienny; po stronie zaś lewej torbiel o ścianach dość grubych. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie jądra. Jest to przypadek obojnactwa rzekomego, w tym przypadku męzkiego, gdyż jest tylko jądro, a niema jajników, mimo, że części płciowe zewnętrzne, a po części i wewnętrzne (macica), były kobiece.

5. Pomorski (Poznań): **Operacya doszczętna przepuklin u dzieci.** Drobnik wykonał w ciągu 10 lat 86 operacyj przepuklin u dzieci; prelegent zaś operował w okresie $3^1/_2$-letnim 70 dzieci; jeden przypadek operowany przypadał na 100 przepuklin. Drobnik operował w ten sposób, że wsuwał jelita, zeszywał worek i potem bramę; prelegent uważa sposób ten za niekoniecznie dobry; lepszy jest sposób Bassiniego; chociaż początkowo nie dawał mu wyników zadawalniających. W przypadkach ciężkich, gdzie *proc. vaginalis* jest otwarty, radzi prelegent operować sposobem Klema, a bramę zamykać sposobem Bassiniego. Starać się tylko trzeba, by nie ucisnąć sznurka nasiennego.

Dyskusya: Kader (Kraków) miał w swej klinice przez trzy lata dość duży materyał przepuklinowy. Śmiertelność w przypadkach uwięzniętych wynosiła 16—17%. Przepuklinę pachwinową operuje sposobem Bassiniego; robi jednak nie trzy, ale dwie warstwy i unika ucisku na sznurek nasienny. Warstwę wewnętrzną szyje szwem węzełkowym, na to sznurek nasienny, potem szyje mięsień skośny zewnętrzny i skórę. Za zasadę uważa wytworzenie silnej ściany tylnej, by, jeśli w przedniej ścianie jest ropienie, nie przeszło ono przez tylną. Zaznacza, że właściwie to nie jest nawrotem, co zwykle tem mianem nazywają: następuje z czasem zwiotczenie blizny i przepuklina brzuszna, z którą sobie ciężko dać radę. Dzieci K. operuje sposobem Klema, albo Anschütza, wycina worek podobnie, jak przy operacyi wodniaka jądra, i nie miewa nawrotu. Radzi pasków nie dawać, bo pod wpływem paska prędzej się przepuklina wytworzy, niż bez tego. Przy przepuklinie udowej zeszywa prelegent wrota, stara się z mięsnia łonowego wyciąć płat i zapomocą tego płata wytworzyć ścianę, którąby się opierała wytworzeniu przepukliny.

Bogdanik (Biała) operuje dzieci, jeśli się tylko rodzice zgodzą. Operował już w trzecim miesiącu życia, a doradza operacyę, jeśli przez bramę daje się przeprowadzić palec. Na wczesną operacyę godzą się zazwyczaj rodzice dzieci robotników; rodzice z warstwy inteligencyi boją się dać dziecko wcześnie operować. Starców operuje, o ile ich można operować; zazwyczaj zanieczyszczają się ci chorzy kałem i moczem i są niespokojni. Operował raz 82-letniego chorego, który zaraz po operacyi zerwał się z łóżka i chodził; być może, że uniknął przez to zapalenia opadowego płuc. Stosuje najchętniej sposób Bassiniego. Rzuca myśl, by wszyscy członkowie Zjazdu dali do pamiętnika swoją statystykę przepuklin, sposób ich operowania, a przy tak dużym materyale możnaby sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o sposobach operacyi. W przypadkach przepuklin uwięzniętych miał na sto kilkadziesiąt przypadków 10% śmiertelności.

Rydygier (Lwów) zgadza się z Hordyńskim co do wskazań u dorosłych, jednak co do dzieci, to nie zajmuje tak radykalnego stanowiska, jak np. Fränkel. Statystyka co prawda podaje, że na 500 przypadków wypada przypadek śmierci; mówca jednak sądzi, że więcej, bo nie każdy spieszy się z ogłoszeniem takiego nieszczęśliwego przypadku. A zresztą można zapomocą dobrego paska, wcześnie założonego, sprowadzić wyleczenie, a niekoniecznie zaraz uciekać do operacyi. Co do nawrotów, to nie należy już po roku oceniać, czy nawrót wystąpił, czy nie; trzeba czasem czekać

do końca życia. W swojej klinice stosuje R. metodę Bassini-Postempskiego najczęściej; trzeba jednak przypadki, co do metody operowania, indywidualizować. W powstawaniu nawrotów odpowiada za nieudanie się nietylko sposób operacyi, lecz także i samo jej wykonanie.

6. Rydygier (Lwów): **Demonstracya paska dla przepuklin obustronnych.** Prelegent demonstruje pasek, któryby nazwać można polskim, bo mamy niemieckie i francuskie. Są to dwie peloty połączone blaszką sprężynową, wynalazek konduktora kolejowego, który ma przepuklinę obustronną i żaden inny pasek nie spełniał należycie swego zadania.

Bossowski (Kraków) rozporządza znacznym materyałem przepuklinowym, około 200 przypadków. Zdaniem jego przepuklina uwięznięta jest u dzieci rzadkością; na 150 przepuklin u dzieci miał takich przypadków tylko trzy. W tych 150 przypadkach operował 4 razy metodą Czernego, Bassiniego 8, Bassini-Postempskiego 4, a resztę metodą Kochera. Zasadniczo operuje dzieci dopiero po pierwszym roku życia; w pierwszym roku życia operował ze trzy razy, ulegając prośbie rodziców. Mowca przyznaje, że przepuklina pod wpływem paska wyleczyć się daje, ale nie trzeba iść za daleko; czasem nosi się 4—9 lat pasek bezskutecznie. Tembardziej jest się zmuszonym operować, jeśli chodzi o dzieci biedne, gdzie niema za co paska kupić i gdzie rodzice nie mają czasu na to, by zakładać i poprawiać dziecku pasek. Zaufanie do tej operacyi wśród publiczności wzrasta; dowodem tego jest liczba operacyi: przed 8 laty operował 7 przypadków, od kilku lat operuje po 30, 40 przypadków. Nawroty przepukliny uważa B. za nieudałe wyniki operacyi. Jest zwolennikiem Kochera, czasem kombinuje tę metodę z metodą Bassiniego i to robi już oddawna, przed ogłoszeniem pracy Hermana. W obliczeniu przypadków nawrotu przepukliny nie jest szczęśliwym, jak Hordyński, gdyż nie jest w możności dowiedzenia się o chorych. Wszystkie usterki przy wadliwej technice operacyjnej znikają z czasem przy wzroście doświadczenia.

Schramm (Lwów) prowadzi od lat 17 szpital dzieci, o rocznej liczbie przypadków 6000, a przez cały ten czas miał tylko dwa przypadki uwięznięcia przepukliny, to też doszczętna operacya z tego wskazania niema racyi bytu u dzieci. Do operacyi nie namawia, chyba że brama przepuklinowa jest bardzo wielka i przepuklina nie da się w pasku utrzymać, jeśli rodzice operacyi się domagają, lub przepuklina mimo noszenia paska po 3—4 latach trwa dalej. S. operuje dopiero po skończonym trzecim roku życia, używa metody Kramera; sposobu Klema nie uważa za postęp w technice. W swych przypadkach nie miał ani przypadku śmierci, ani ropienia. Fränkel jego zdaniem za daleko idzie.

Dutkiewicz (Kaźmierza Wielka, Król. Polskie) opowiada przypadek przepukliny u chłopaka małego, u którego nastąpiło trzy razy uwięznięcie. D. wszystkie trzy razy zreponował i założył pasek, który chory nosił jakiś czas. Od lat dwóch nie nosi paska i jest zdrów. Zdaniem jego nawet uwięznięcie u dziecka nie stanowi bezwzględnego wskazania do operacyi.

Kryński (Warszawa) jest zdania, że nie trzeba uważać wypuklenia w powłokach brzusznych za nawrót, chociażby nawet wypuklenie to wystąpiło w okolicy blizny.

Zieliński (Lwów) zwraca uwagę na rozszerzenie kanału pachwinowego; obecność tego rozszerzenia jest przeszkodą w przyjmowaniu np. do żandarmeryi, co określa ustawa, zabraniająca zaciągania tych ludzi. Radzi on w tych przypadkach *crura* zeszyć.

Bossowski (Kraków) w odpowiedzi na zapytanie Rydygiera opisuje zmodyfikowany sposób Kochera: worek przeciąga się śródbrzusznie, przeprowadza się przez drugi otwór zrobiony nawet powyżej rany i tam wszywa.

Barącz (Lwów) chciałby metodę Bassiniego o tyle zmodyfikować, że przeciągałby mięśnie jedne na drugie i obie warstwy zeszyłby szwem materacowym. Podobnie zdaje się robił Walstaedt.

Kader (Kraków) zgadza się w zupełności ze Schrammem. Co do rozstępów mięśni, to nie radzi w tem zboczeniu operować; operuje tylko w przepuklinie międzytkankowej (*hernia interstitialis*).

Pomorski (Poznań) nie jest za ścisłem oznaczaniem czasu operacyi; trzeba działać odpowiednio do przypadku. Pasek wystarcza, jeśli przepuklina mała. W przypadkach mówcy były duże i te musiał operować. Najważniejszą rzeczą przy operacyi jest wzgląd na sznurek nasienny, żeby nie wywołać ucisku.

Hordyński przyznaje, że co do przepuklin u dzieci niema doświadczenia; jednakowoż jeśli na 500 przypadków jest tylko jeden przypadek śmierci, a zapomocą paska $^1/_3$ przepuklin nie zostaje uleczoną, to dziwi się temu, że się nie operuje. Wnosi z dyskusyi nad swojem pytaniem drugiem, Kocher, czy Bassini, że żadnego z tych sposobów nie można uważać za zabieg normalny dla każdej przepukliny. W sprawie nawrotów godzi się na zdanie Kryńskiego, że często ma się do czynienia z przepukliną brzuszną, a nie z nawrotem. Zanik jądra w tych przypadkach stoi zdaniem jego w związku przyczynowym z powstaniem krwiaka, który uciska potem na naczynia. H. niema doświadczenia co do metody Kochera, dlatego postanawia dla poznania tego sposobu operować tylko tą metodą; odstraszałoby go częste ropienie przy tej metodzie, bo według jego zdania przyczyna ropienia nie leży tylko w błędach aseptyki. W końcu żałuje H., że kwestyi zapalenia płuc pod rozwagę nie wzięto; jego zdaniem wytwarza się zawał, a wina nie leży ani w znieczulaniu, ani w oziębieniu chorego. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 września.

* Chcąc zaradzić nader dotkliwie dającemu się odczuwać brakowi wyszkolonej służby do dezinfekcyi we Lwowie, urządził fizyk miasta Lwowa Dr. Legeżyński w lipcu b. r. bezpłatny kurs dla wykształcenia t. zw. »dezinfektorów«. Wybrano 28 inteligentnych ludzi z grona stałej służby miejskiej, a mianowicie z pośród woźnych magistratu i ze straży ogniowej i przez jeden tydzień wyłożono im popularnie istotę i teoryę szerzenia się chorób zakaźnych (przy pomocy scyoptikonu i preparatów mikroskopowych z pracowni bakteryologicznej Rektora prof. Szpilmana), a następnie wyćwiczono ich w praktycznem wykonywaniu dezinfekcyi. W tym celu urządzono dwa mieszkania, które umeblowano w ten sposób, że jedno naśladowało mieszkanie biednego wyrobnika, a drugie ludzi zamożnych. W mieszkaniach tych uczono przeprowadzać dezinfekcyę systemem zwyczajnym (przez użycie wapna, karbolu i t d., jakoteż i zapomocą formaliny. Wykładów teoretycznych udzielał Dr. Legeżyński, a ćwiczenia praktyczne przeprowadzał Dr. Kielanowski. Kurs zakończono publicznym egzaminem.

Aby pracę włożoną w urządzenie tego kursu jaknajwydatniej wyzyskać, zaprosił fizyk lwowski do współuczestnictwa w kursie sąsiednie miasta prowincyonalne, które częstokroć zasilają Lwów chorymi na choroby zakaźne. Na zaproszenie to przysłało 7 miast (Gliniany, Mościska, Żółkiew, Drohobycz, Borysław, Złoczów, Chrzanów) swych kandydatów, którzy również wszyscy poddali się egzaminowi.

Przez doprowadzenie do skutku tego kursu zyskało miasto 28 wyszkolonych »dezinfektorów«, którzy nietylko we Lwowie w razie potrzeby oddawać mogą usługi przy zwalczaniu chorób zakaźnych, ale mogą także iść z pomocą sąsiednim miastom prowincyonalnym.

Pożądaną byłoby rzeczą, żeby podobne kursa zarządzono także i w innych miastach naszego kraju, gdyż po wykształceniu dostatecznej liczby umiejętnych i praktycznych »dezinfektorów, uzyskamy ważny czynnik w tłumieniu tak często nas nawiedzających chorób zakaźnych, a równocześnie odkażanie przestanie być postrachem dla naszej publiczności, widzącej — czasem nie bez powodu — w »dezinfektorach« niszczycieli urządzenia domowego.

* Ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło badanie „kankroiny" Dr. Adamkiewicza w lekarskich zakładach publicznych, mianowicie w kierunku jej leczniczego wpływu na przebieg raka; nawet osobny oddział w jednym ze szpitali wiedeńskich ma być na ten cel przeznaczony.

Ministrowie w Austryi zmieniają się względnie dość często, więc obecnemu ministrowi, widocznie niepoinformowanemu w tej sprawie, nie jest zapewne wiadomo, że „kankroina" dr. Adamkiewicza ma już swoją literaturę i historyę, że okres próby przebyła przed kilkunastu laty w Krakowie i Wiedniu, i że nie zniosła krzyżowego ognia dyskusyi w wiedeńskiem Towarz. lekarskiem. Jeśli to jest „kankroina" zmodyfikowana przez dr. A., to oczywiście należy ją wypróbować: mieliśmy dwie tuberkuliny, możemy mieć dwie „kankroiny"; jeśli zaś to jest ta sama „kankroina" dawniejsza, to świat lekarski ma już opinię wyrobioną o jej nieszkodliwości, lecz zarazem i bezskuteczności.

Nakaz z góry badania leczniczego wpływu „kankroiny" nie wydaje się nam właściwym: stosowniejszem by było wysadzenie komisyi, któraby w jednym z oddziałów szpitali wiedeńskich kontrolowała badania samego dr. Adamkiewicza, a zwłaszcza ściśle czuwała nad dobraniem chorych, na których to badanie miałoby być wykonane.

* Rząd wirtembergski przeprowadził kontrolę układów między kasami chorych, a lekarzami: kontrola ta posłużyła do nabycia bardzo znaczącego doświadczenia, że wolny wybór lekarza w tych kasach oka-

zał się w całej pełni praktycznym i odpowiada interesom chorych, lekarzy i kas. Rząd poleca ten system wszystkim zarządom kas, jako najlepszy. Doświadczenie kas chorych w Wirtembergii powinno zwrócić na siebie uwagę zarządów tych instytucyi w innych krajach.

* Komitet międzynarodowego Zjazdu higieny szkolnej ukonstytuował się. Prezesostwo objął prof. Griesbach; do Komitetu weszli: Schubert, Schuh i Hopf. Zamierzający wziąć udział w tym kongresie mają się zgłosić przed 15 grudnia b. r. do generalnego sekretarza Dr. Schuberta w Norymberdze. Kongres odbędzie się 4—9 kwietnia 1904 r. Wpisowe wynosi 20 marek.

* Na świeżo odbytym Kongresie higieny w Brukseli przedstawił Miecznikow szympansa, któremu, wraz z Dr. Roux zaszczepił kiłę ze skutkiem dodatnim; obecnie, w 30 dni po wystąpieniu wrzodu twardego, pojawiły się objawy wtórne.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Waszyngtonie 4, 5 i 6 kwietnia 1905 roku. Korespondencyę w sprawach tego Kongresu należy adresować do G. Browna, Atlanta, Gr. Amerika.

* Przyszły międzynarodowy Kongres higieny i demografii zbierze się w Berlinie 1907.

* X-ty międzynarodowy Kongres oftalmologów odbędzie się w Bernie od 19—21 września 1904 r.

* Między 8 a 14 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim (1 g.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), kamioneckim (3 gm.), nowotargskim (1 gm.), stanisławowskim (2 g.), stryjskim (1 g.), turczańskim (1g.),

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXV) (30—VIII—5—IX). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 17, urodziło się dzieci 62, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 14 (12 zam.), z zapalenia płuc 2, (1 zam.), z płonicy (1 zam.), z duru brzusznego 1, (zam.), z czerwonki 2 (zam.), z cholery niemowląt 4, z gorączki połogowej 2 (zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Beneke mianowany został kierownikiem patologicznego instytutu w Królewcu. Dr. Fischel mian. profesorem anatomii i embryologii w niemieckim Uniw. w Pradze. Dr. Oberländer otrzymał tytuł profesora urologii w Dreznie. Dr. Szczegolew mian. profesorem nadzwycz. chirurgicznej patologii w Odessie. Dr. Sierotinin ostatecznie został mianowany profesorem kliniki lekarskiej w Petersburgu, opróżnionej przez śmierć prof. Pasternackiego.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stefan Konopacki l. 68. Dr. Jadwiga Karpowiczowa l. 44. Dr. Miles b. profesor fizyologii w Marylandzie. Dr. Czausow, profesor anatomii, b. inspektor szpitali warszawskich. Dr. Józef Awinowicki zmarł w Nieświeżu. Dr. Józef Ulanowski zmarł w Krakowie, licząc lat 73.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Bernhardt: Granulosis rubra nasi (Iadassohn). Frenkel: O pierwotnym skurczu w obrębie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi (myokymia). Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 37. Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci.

Przegląd higieniczny Nr. 9. Zarewicz: Kilka uwag o higienie zakładów fryzyerskich. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere. (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca gubernii radomskiej (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Wilga: Zęby idyotów, chorych umysłowo, zbrodniarzy, prostytutek i karłów. Zieliński: Metale, używane w dentystyce, ich topliwość i odporność.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 9. Schwarz: Volvulus flexurae sigmoideae. Ioanovič: Slučaj praeperitonealnog abscesa s bakteriložkoga gledišta. Ernst: Scleroderma.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Chlumský: O noze stočené na stranu vnitřni. Novák: K pathologii kruposniho zánětu plic. Panýrek: „Chirurgie d' urgence“ a prvni pomoc laická. Mezo kompetenci. Hejda: Lokálni anaesthesie.

— *La Presse médicale* Nr. 72. Fontoynont: Grypa i zakażenie zimnicze na Madagaskarze. Gaudin: Wskazania operacyjne w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Nr. 73. Régis: Chorzy bredzący w szpitalach. Opiekowanie się nimi. Ich pożyteczność ze stanowiska nauczania. Letulle: XIII międzynarod. kongres dla higieny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Richter: Gorączka, a wydzielanie cukru. Weleminsky: Przyczynek do patogenezy gruźlicy. Opitz: Związek miesiączkowania dolegliwego z narządem węchowym. Ehrlich: Skład jadu toksyny błoniczej (dok.). Warnecke: Leczenie chorób usznych i nosowych gorącem powietrzem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Pick: Nowy przyczynek do sprawy funkcyi hamującej słuchowego ośrodka mowy w lewym płacie skroniowym. Tsiminakis: Przyczynek do histologii patologicznej splotu naczyniówkowego. Schüller: Kliniczny przyczynek do kazuistyki porażeń krtani. Fragstein: Obustronne zaburzenia słuchu, połączone z obustronnymi kurczami w zakresie nerwu twarzowego, oraz uwagi nad zaopatrywaniem właściwego obszaru przez ten nerw.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Pfaundler: Przyciąganie (adsorptio) wapna przez tkankę zwierzęcą, oraz podstawy nowoczesnej teoryi krzywicy. Schwalbe: Problemat dziedziczenia w patologii. Dr. Mesnil de Rochemont: Kliniczny zbiór objawów Adams-Stockesa. Gerngross: Zapalenie wyrostka robaczkowego a leukocytoza. Friedmann: O zaburzeniach pęcherzowych pochodzenia mózgowego, zwłaszcza o ośrodku korowym unerwiającym pęcherz moczowy. Hirt: Kazuistyczne i krytyczne przyczynki do nauki o czynności pęcherza i jelita odchodowego. Sack: Przypadek ogólnego zastoju limfy w skórze po zropieniu większej części gruczołów chłonnych. Kilian: Wydobycie feniga z prawego oskrzela u dorosłego przy pomocy górnej bronchoskopii. Ebstein: Ulepszona kalibrowana pipeta. Rahn: Uwagi nad moim tubusem i nad wyrabianiem tubusów wogóle. Rommel: Uwagi nad artykułem p. Polano-Würzburga: »Opieka żywienia przedwcześnie urodzonych i słabowitych osesków w początkach ich życia«.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Schulz: Przyczynek do fizyologii i farmakodynamiki krzemionki. Bassenge: Zachowanie się prątków durowych w mleku i jego przetworach. Büsing: Przyczynek do wiedzy o sposobach szerzenia się błonicy. Hoppe: Leczenie jaglicy za pomocą kleszczyków bloczkowych Knappa. Freudenberg: Odczyn amoniakalny moczu w fosfaturyi, oraz o fosfaturyi, i amoniouryi, jako objawie przedmiotowym neurastenii.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: Przyczynek do nauki »o niedokrewności złośliwej postępowej«. Biernacki: Sowromiennaja medicina, suszczność i predieły wraczebnaho znania. (Przekład z wydania niemieckiego). Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau (24—VIII—31—XII—1902).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 3 Października 1903. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek rzekomego obojnactwa leczony operacyjnie.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Podręczniki ginekologiczne traktują sprawę obojnactwa zazwyczaj dość pobieżnie, a szczegóły odnoszące się do tego przedmiotu spotykać można tu i owdzie porozrzucane w różnych dziełach, omawiających w różnych czasach różne działy nauki lekarskiej. Przypadki wad rozwojowych narządu płciowego kobiecego należą do rzadkich, a między nimi przypadki obojnactwa do najrzadszych. Z mego doświadczenia powiedzieć mogę, że wady rozwojowe narządu płciowego kobiecego częściej widziałem u semitek, aniżeli u słowianek lub germanek.

W sprawie obojnactwa bardzo wielką zasługę ma Neugebauer, znany powszechnie polski badacz, który z niebywałą skrzętnością i dokładnością w sposób sobie właściwy materyał zebrał, zestawił, opracował, wiele rzeczy wyświecił i opublikował. Kto się chce z tym przedmiotem zapoznać, musi wziąć do ręki jego prace, które gdy się czyta mimowoli na myśl przychodzi: co więcej podziwiać: czy skrzętność i dokładność badacza, czy bogactwo i rozmaitość wybryków, jakie tworzy natura w ludzkim narządzie płciowym.

Odsyłając czytelnika do prac Neugebauera, nie będę się zastanawiał nad kwestyą obojnactwa, tylko podam przypadek, jaki miałem sposobność spostrzegać, a który ma niejakie praktyczne znaczenie, gdyż przypadki obojnactwa rzadko są przedmiotem leczenia, szczególniej operacyjnego.

R. S., lat 23 licząca, wyznania mojżeszowego, zamężna od lat trzech, żona wiejskiego pisarza, zgłosiła się w lutym b. r. do mojej kliniki z oświadczeniem, że jej narząd płciowy nie jest prawidłowo zbudowany, że nie może wykonywać obowiązków pożycia małżeńskiego i prosi by jej to jakimkolwiek sposobem umożliwić. Osoba ta była już w obserwacyi jednego z kolegów zawodowych, który po zbadaniu określił jej stan jako obojnactwo rzekome, a płeć jako męzką.

Prośby chorej, aby jej umożliwić pożycie małżeńskie, a głównie rozmaitość zmian i ciekawe pomyłki co do płci, jakie obserwował, zebrał i ogłosił Neugebauer, dały mi pochop do przyjęcia chorej do kliniki i do zajęcia się tym przypadkiem.

Wypytywana starannie podaje chora, że jej oboje rodzice byli zdrowi i że nigdy nie słyszała, aby ktoś w jej rodzinie cierpiał na jakąś wadę rozwojową. Sama jest najmłodszem dzieckiem z ośmiorga rodzeństwa, z których żadne żadnej wady rozwojowej nie okazywało. Do 16-go roku życia nikt u niej nie spostrzegł nieprawidłowości narządu płciowego; zauważyła to w tym wieku dopiero sama. Wychowywana była jako dziewczyna i w 18 roku życia wyszła zamąż. Od 15-go roku życia miała miesiączkować regularnie. Miesiączka miała być bardzo skąpa, pokazywały się tylko pojedyncze plamy czerwone w ciągu jednego dnia, którym towarzyszyły silne bardzo bóle w dole brzucha i w krzyżach. Po zamążpójściu przekonała się, że pożycie małżeńskie odbywa się nienaturalnie, jest poprostu niemożliwe. Od 5-ciu lat rośnie jej silny zarost na wardze górnej i na brodzie, bardzo łatwo widoczny, gdyż pacyentka jest brunetką. Zarost ten goli starannie i bardzo często. Podczas wywiadów widać, że pacyentka jest niedowierzająca i niechce na niektóre pytania odpowiadać, udając, że nierozumie. Przyznaje się do tego, że czuje popęd płciowy do swego męża, z którym żyć pragnie, o wzwodzie prącia nic się dowiedzieć niemożna. Zdaje się, że się obawia. aby nie była uważaną za mężczyznę, aby się mąż z nią nie rozwiódł, coby dla niej było nieszczęściem, gdyż jest biedną i byłaby na całe życie skazaną na samotność i ciężką pracę. Oddawanie moczu i stolca bez przeszkody.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu niskiego, budowy wątłej, miernie odżywiona, robi wrażenie osoby mało inteligentnej, zgryźliwej i zniechęconej. Na twarzy widać silny czarny zarost, jak u mężczyzny, bardzo wyraźny, mimo starannego wygolenia. Budowa ciała więcej męzka, sutki zupełnie nie wykształcone, brodawki bardzo nikłe. Narządy klatki piersiowej nie okazują nic osobliwego. Badanie brzucha miernie wysklepionego nie wykazuje żadnych oporów, wypuk prawidłowy.

Nad linią białą bardzo szerokie i obfite owłosienie, przechodzące w bardzo bogate owłosienie wzgórka sromowego

Części sromowe zewnętrzne przedstawiają dwie wargi sromowe większe, dobrze wykształcone, bogato owłosione. Wargi te, zbiegając równolegle ku dołowi, nie okazują łączności w okolicy domniemanego więzadełka i gubią się bez wyraźnego ograniczenia w szerokiem międzykroczu. W miejscu, odpowiadającem umiejscowieniu łechtaczki, dobrze wykształcone prącie w stanie obwisłym, długości 6 centymetrów, grubości męzkiego palca, o żołędzi dobrze wykształconej. Napletek zesunięty z żołędzi, co czyni wrażenie, jakby prącie było obrzezane.

W żołędzi niema otworu dla cewki, tylko w miejscu, w któremby ujście cewki moczowej znaleźć się powinno, znachodzi się rowkowate wyraźne zakarbowanie, poniżej, na *fig. IV.* widoczne. Od tego zakarbowania, po uniesieniu prącia do góry, biegnie widoczny rowek szeroki na 4—5 milimetrów, wzdłuż całego prącia ku jego nasadzie, w któremto miejscu gubi się w otworze wielkości soczewicy.

Śladu warg mniejszych niema. Wargi większe po rozchyleniu są ze sobą połączone, przechodzi jedna w drugą; dzieli je tylko rowkowate zagłębienie, wyścielone różowawą skórą, jaśniejszą od otoczenia. Rowkowate to zagłębienie nie ma żadnego śladu więzadełka lub jakichkolwiek wyniosłości i gubi się w szerokiem międzykroczu bez żadnego ograniczenia. Międzykrocze i okolica otworu stolcowego okazują owłosienie bardzo skąpe, silniejsze widać nieco dalej na pośladkach. *Fig. I.* przedstawia wejrzenie sromu:



Fig. I.

Badanie przez odbytnicę wykazuje wysoko w linii środkowej dość niewyraźne ciałko długości 2 centymetrów, wielkości migdała, w którem się można domyślać postaci macicy. Od tego ciałka idą na

boki cieniuchne postronki ku ścianom bocznym miednicy, przy których po obu stronach można z trudnością wyczuć ciałka wielkości fasoli kształtu owalnego.

Jak to już wyżej zaznaczono, pacyentka chciała być żoną i pragnęła być uważaną za kobietę, dlatego jej opowiadania o popędzie płciowym ku mężczyźnie, jako też i opowiadania o miesiączkowaniu niebrałem w rachubę, tylko badanie przedmiotowe przez odbytnicę skłoniło mnie do rozpoznania płci żeńskiej, uznając opisane prącie jako łechtaczkę, a domyślając się w wybadanych przez odbytnicę ciałkach szczątkowej macicy i jajników.

Postawiwszy rozpoznanie: »Obojnactwo rzekome zewnętrzne żeńskie«, postanowiłem szukać dowodów. — W tym celu sondowałem przewód, idący w głąb od nasady prącia, którym pacyentka mocz oddawała. Posuwałem zgłębnik ginekologiczny raz po ścianie przewodu przedniej, drugi raz znów po tylnej i powtarzając to kilkakrotnie, przekonałem się, że zgłębnik, posuwany po przedniej ścianie przewodu, wchodzi do jamy, w której koniec jego w różnych kierunkach poruszać się daje; posuwany zaś po ścianie tylnej napotyka jakby przeszkodę małą i wchodzi w głąb w innym kierunku jakby do wązkiego kanału. Dwa zgłębniki, wprowadzone w tych kierunkach równocześnie, nie dały się końcami zetknąć. Cewnik szklany, wprowadzony po przedniej ścianie, wsunął się do pęcherza moczowego i wywołał oddanie moczu. Gdy zaś był wsuwany po ścianie tylnej, to po przezwyciężeniu jakby jakiejś nieznacznej przeszkody, wsuwał się w głąb i mocz zupełnie nie odpływał, cewnik pozostał wewnątrz suchy.

Miejsce, gdzie w dwu kierunkach zgłębniki się dawały wsuwać, leżało mniej więcej na pięć centymetrów od opisanego otworu, położonego przy nasadzie rzekomego prącia, a mniej więcej w połowie odległości od tegoż otworu do otworu stolcowego.

Stosunki wybadane przedstawiały się jak na szematycznym rysunku. *Fig. II.*

Dnia 26-go lutego przeciąłem w linii środkowej mostek, łączący poprzecznie wargi większe, od otworku, położonego u nasady prącia, aż do okolicy, w której się ujścia cewki moczowej domyślałem, mniej-więcej na długość 5 centymetrów w kierunku ku otworowi stolcowemu

Tym sposobem odsłonięto niejako dalszy ciąg rowka, przebiegającego pod rzekomem prąciem, który był otoczony świeżą raną w postaci wydłużonej litery *U*. Drobnymi szwami katgutowymi połączono po obu stronach brzeg skóry z brzegiem błony śluzowej przeciętego kanalika. Krwawienie było nieznaczne. Wargi sromowe większe dają się teraz od siebie oddalić, widać między niemi sztucznie otworzony przedsionek, w którym tuż przy połączeniu warg, jakoby więzadełkiem, widać w głębi otworek, odpowiadający ujściu cewki moczowej. *Fig. III.*

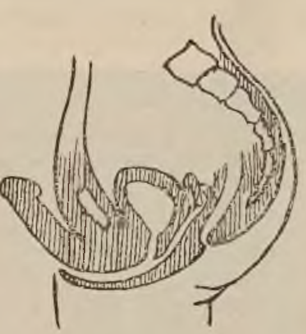


Fig. II.

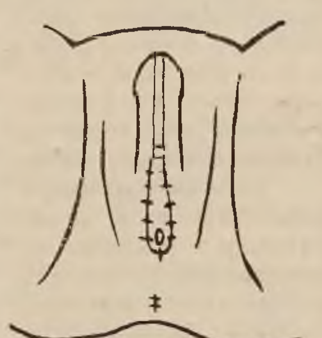


Fig. III.

Chora nie mogła dwa dni oddawać moczu, który odprowadzano cewnikiem. Poza tem przebieg pooperacyjny niczem nie był zamącony.

D. 8-go marca, czyli w 10 dni po dokonaniu zabiegu, rana była zupełnie już zagojona.

W celu rozszerzenia domniemanej pochwy zaczęto do niej wprowadzać rozszerzadła Hegara. Codziennie wprowadzano pręciki od cieńszych do grubszych i zatrzymywano je po kilkanaście minut. Postępowanie to chora znosiła niedobrze, użalała się na bolesność; musiano je wykonywać bardzo ostrożnie i powoli i zaledwo co drugi dzień dało się wprowadzić pręcik o jeden numer grubszy. W ciągu 4 tygodni rozszerzono kanał o tyle, że swobodnie można było wprowadzać Nr. 25 ze sztućca rozszerzadeł Hegara i wprowadzić palec wskazujący do przewodu. Wśród badania palcem okazało się, że na kilka milimetrów poniżej dolnego brzegu rzeczywistego ujścia cewki moczowej znachodzi się błona dziewicza, okalająca wnijście do bardzo wązkiej pochwy. Błona ta obciska wyraźnym cieniuchnym rąbkiem palec, wsuwający się do głębi.

Pochwa, długości 8—10 centymetrów, przepuszcza swobodnie palec; ściany jej cienkie, a kończy się naokoło drobnej, zbitej części pochwowej, o ujściu drobnem, okrągłem, dającem się wyczuć jako wyraźny dołeczek. Założono cienki dwulistny wziernik, przeznaczony do

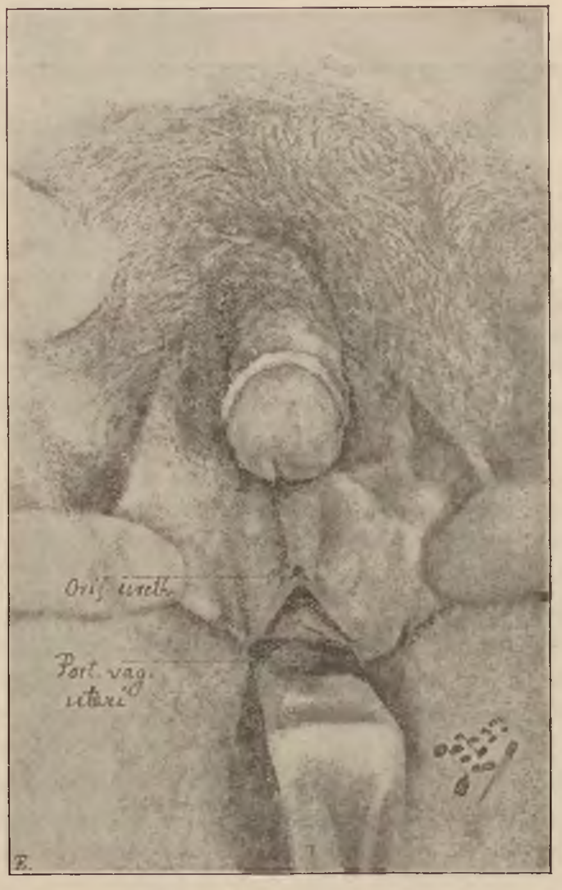


Fig IV.

badania dziewic, którym odsłonięto bardzo dobrze drobną, malutkiem ujściem opatrzoną część pochwową.

Aby umożliwić ewentualne spółkowanie rozszerzano dalej pochwę zapomocą wyżej wspomnianego wziernika dwulistnego, zrobionego na wzór wziernika Cusca, którego listki za pomocą śrubki dają się od siebie oddalać.

D. 8-go maja, zatem w 2 miesiące po operacyi, opuściła chora klinikę. W chwili odejścia, jak to na załączonej fotografii *Fig. IV.* widać, można było założyć wązki wziernik łyżkowy i po odciągnięciu tylnej ściany pochwy widzieć część pochwową. Dwa palce, acz z pewną trudnością, dają się wprowadzić do pochwy.

W przypadku opisanym zachodziła pomyłka co do określenia płci osobnika, która to pomyłka została wykryta i zapomocą zabiegu operacyjnego sprawa na pozór niejasna została wyświeconą.

W przypadku tym drogą operacyjną uzyskano możebność spółkowania, co sprawia, że przypadek ten jest interesujący i ma praktyczne znaczenie, — a to temwięcej, że, jak to już wyżej nadmieniono, leczenie operacyjne wrzekomego obojnactwa należy do rzeczy rzadkich.

Po przygotowaniu niniejszego opisu do druku, zgłosiła się chora w ostatnich dniach, czyli w 10 tygodni po opuszczeniu kliniki i utrzymuje, że aczkolwiek może sama dwa palce do pochwy wprowadzić, to mimo to spółkowanie jest utrudnione, gdyż przeszkodę stanowi wrzekome prącie i prosi by je odjąć.

Ponieważ klinika zostaje na ferye zamknięta, poleciłem chorej, aby się po wakacyach zgłosiła, gdyż mam zamiar wnijście pochwowe przez boczne nacięcie jeszcze więcej rozszerzyć, aby się spółkowanie bez przeszkody odbywać mogło, co sądzę da się wykonać.

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak sieci, czy żołądka?

Spostrzeżenie kazuistyczne.

Napisał

Dr. M. W. Herman.
Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przypadek ten zaciekawia głównie z powodu swych cech anatomo-patologicznych. Mieliśmy do czynienia z guzem znacznych rozmiarów, umiejscowionym w środkowej trzeciej części jamy brzusznej, makroskopowo robiącym wrażenie torbiela wielokomorowego, mikroskopowo zaś okazującym utkanie mięsaka o małych komórkach wrzecionowatych. Nowotwór ten okazywał pewne, *sit venia verbo,* zmiany patologiczne, t. j. jamy wypełnione płynem surowiczo-krwawym, obok ognisk obumarłych. Prawdopodobnie obie te zmiany stanowią dwa końcowe ogniwa w łańcuchu procesu patologicznego, wznieconego zatorem. Nowotwór ten w całości mieścił się między blaszkami sieci większej i za pośrednictwem stosunkowo wązkiej szypuły pozostawał w bardzo ścisłym związku z krzywizną większą żołądka w odległości kilku centymetrów od odźwiernika. Po poznaniu budowy histologicznej guza zadziwiać musi jeden szczegół, tak ważny, mimo iż ujemny, że go podkreślić należy: myślę o b r a k u z r o s t ó w z i n n y m i n a r z ą d a m i jamy brzusznej, szczególnie z jelitami, z któremi przecież pozostawał w ścisłej i stałej styczności. W pierwszej chwili po operacyi zdawało się nam, że mamy niewątpliwie przed sobą przypadek rzadki nowotworu sieci — i już ta sama niecodzienność wystarczała, aby guzem tym zająć się i zainteresować. Pobieżny przegląd piśmiennictwa z ostatnich lat kilku przekonywał nas, że i gdzieindziej nowotwory sieci liczą się niemal do białych kruków.

W ostatnich 6 latach opisali M a r s h i M o u s s a r a t przypadek torbielkowatego zwyrodnienia sieci większej u dziecka; o bardzo analogicznem spostrzeżeniu mówił H. Schramm na XII Zjeździe naszych chirurgów; G. H e i n r i c i u s opisał pierwotnego mięsaka sieci, a oprócz tego może gdzieś w literaturze kryje się parę przypadków kazuistycznych z tej dziedziny, a więcej jeszcze pewno nie ogłoszono wcale, zwłaszcza o ile chodzi o mięsaki sieci, które zdarza się nam widywać niekiedy, ale w okresie, nie nadającym się zgoła do operacyi, stąd więc nie zawsze pewnych co do rozpoznania.

W czasie jednak tego przeglądu natrafiłem na opisy przypadków, które obudziły pewne wątpliwości i zachwiały wiarą w pochodzenie naszego nowotworu z sieci. Mianowicie znalazłem w źródłach, któremi rozporządzałem, opis czterech przypadków, bardzo podobnych do naszego, z których jeden figuruje pod tytułem: *„Das multiloculare Kystom des Netzes“*, trzy zaś inne opisano jako pierwotne nowotwory żołądka, wrastające następowo pomiędzy blaszki sieci większej.

Pierwszy z tych trzech, to przypadek opisany przez B r o d o w s k i e g o pod tyt.: *„Ein ungeheures Myosarkom des Magens nebst secundären Myosarcomen der Leber* [1])“. Chory 57-letni zgłasza się z powodu kolosalnego powiększenia brzucha. Badaniem klinicznem (K o s i ń s k i) wykazano duży eliptyczny guz, wychodzący, jak się zdawało, z sieci. W 3 dni po nakłuciu chory umiera, a sekcya wykazuje: pomiędzy blaszkami sieci guz, ważący 12 funtów, o rozmiarach $60 \times 12 \times 16$ ctm., pozostający w ścisłym zwiazku z większą krzywizną żołądka, przemieszczonego ku dołowi. W środku guza jamy wielkości orzecha laskowego i większe; jamy te komunikują między sobą, a za pośrednictwem owrzodzenia o twardych wyniosłych brzegach, umiejscowionego na błonie śluzowej żołądka i dziurawiącego jego ściany, także z jamą żołądka. Mikroskopowo: mięśniako-mięsak *(myosarcoma).*

Opis drugiego przypadku zawdzięczamy J. K o s i ń s k i e m u *(Torbiel żołądka wielokomorowa).* (*Cystoma multiloculare ventriculi*) [2]). Chodziło o chorą 30-letnią, u której stwierdzić można było w jamie brzusznej guz chełboczący, lecz nic ponadto o guzie tym powiedzieć nie było można. „Po otworzeniu jamy otrzewnowej przy operacyi okazało się, że po powierzchni guza przebiegały liczne naczynia krwionośne w przednim listku sieci. Obnażywszy błonę właściwą torbiela, wypuszczono przy pomocy trójgrańca $1^1/_2$ litra płynu surowiczo-krwawego, następnie torbiel wyłuszczono. Znaczniejszych zrostów nie było. Dopiero po oddzieleniu wierzchniej części torbiela okazało się, że w górnej części torbiel był przyczepiony ściśle do wielkiej krzywizny żołądka, opuszczonej bardzo nizko. Błona surowicza żołądka przechodziła bezpośrednio na torbiel. By nie przedziurawić żołądka, wykrojono płat z błony surowiczej i powierzchownej warstwy błony właściwej, poniżej linii granicznej, dzielącej torbiel od żołądka, odseparowano torbiel od błony mięsnej żołądka, a przeszedłszy na tylną stronę torbiela, wykrojono drugi takiż płat z tychże warstw na tylnej części torbiela. Przytem zraniono tętnicę wieńcową żołądka i oba końce podwiązano [3]). Błona mięśniowa żołądka była obrażona na przestrzeni 12×6 ctm.; brak ten przykryto dwoma płatami błony surowiczej. Poprzecznica była zepchniętą ku dołowi i w stronę prawą. Zagojenie nastąpiło prędko, chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidowe guza wykazało w przegródkach, zwróconych do jamy torbiela, budowę mięsakową z nader obfitemi naczyniami krwionośnemi (*„angiosarcoma cysticum“*).

Trzeci przypadek ogłasza R. B o r r m a n n i rozprawkę swą zatytuował *„Ueber Netz- und Pseudo-Netztumoren nebst Bemerkungen über die Myome des Magens* [4])“.

Staruszka, 63 lat licząca, przyjętą została do szpitala w okresie konania. Za życia stwierdzono w jamie brzusznej guz chełboczący, jakby torbiel. Sekcya wykazała m. in.: guz i teraz jeszcze robiący wrażenie torbiela, który wypełniał całą jamę brzuszną i w całości mieścił się między rozklejonemi blaszkami sieci. Powierzchnia narośli guzowata, błona

---

[1]) Virchow's Archiv Bd., 67; polskiego ogłoszenia odszukać nie mogłem.

[2]) »Medycyna«, 1895, str. 393 i 415.

[3]) Tak samo było i w naszym przypadku.

[4]) Mitteilungen a d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. VI. Str. 529 i następne.

surowicza pokrywająca go miejscami zgrubiała. Guz ten jedynie za pośrednictwem wązkiej szypuły pozostaje w związku z krzywizną większą żołądka, zresztą nigdzie niema zrostów. Po zbadaniu mikroskopowem rozpoznano mięśniakomięsaka *(myosarcoma)*, z jamami w środku, wypełnionemi płynem surowiczym. Borrmann w końcu czyni uwagę, że nowotwór ten niewątpliwie wyrastał pierwotnie z żołądka.

Do tej wreszcie grupy, jako czwarty przypadek, zaliczyć należy najprawdopodobniej i ten, o którym z początku wspomnieliśmy, spostrzegany i operowany przez A. v. Bergmanna[5]) i niesłusznie uważany za „wielokomorowy torbiel sieci".

Mężczyzna 50-letni ma już od $1^1/_2$ roku miewa pewne przypadłości ze strony jamy brzusznej. Obwód brzucha wynosi 108 ctm. Guza wymacać nie można. Dwa razy nakłuwano brzuch, oba razy wydobyto po kilka litrów płynu surowiczo-krwawego. Laparotomia wykazała: duży guz torbielowaty, w górze silnie przymocowany, we wszystkich innych kierunkach swobodnie ruchomy. Po nakłuciu kilku torbielków i wypuszczeniu płynu, guz zmalał i został wytoczony na zewnątrz. Pasma sieci, przyrosłe doń, zostały podwiązane. Na dużej krzywiźnie żołądka w pobliżu odźwiernika znachodził się silny zrost guza z żołądkiem tak, że musiano wyciąć jego ściany na przestrzeni 7 ctm. Guz składał się z wielokrotnych torbieli. Ściany ich w okolicy górnego bieguna zgrubiałe. Mikroskopowo rozpoznano śródbłoniaka rakowatego *(endothelioma carcinomatosum)*.

Przypadek ten ma tak znaczne podobieństwo do spostrzeżenia naszego z jednej strony, z drugiej zaś do owych trzech obserwacyi wyżej opisanych, że choćby nawet wbrew przekonaniu A. v. Bergmanna, poważymy się zaopatrzyć tytuł w znak pytania, brak bowiem znaku pisarskiego na zamarkowanie powątpiewania.

Bez najmniejszej pretensyi, aby kazuistyka powyższa była zupełną, wcale się o to bowiem nie starałem, zbliżam się ku końcowi.

Cztery, a właściwie tylko trzy z powyższych spostrzeżeń, okazujące tak wielkie, rzecby się chciało — namacalne podobieństwo do spostrzeżenia naszego i uznane przez „biegłych" za nowotwory pierwotne żołądka, stanowić mogą dowód pośredni, przemawiający za tem, że może i w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z pierwotnym mięsakiem żołądka. Dowody zaś bezpośrednie, które również przemawiać się zdają za tem przypuszczeniem, są następujące:

1) Wybujałe włókna mięśni gładkich w szypule guza;

2) Brak zrostów z narządami sąsiednimi. (Gdyby bowiem mięsak ten wyrastał pierwotnie z sieci, powinien tak, jak z żołądkiem, zróść się i z innemi trzewami).

3) Wązka szypuła, na której guz się zwieszał, zapewniała mu bardzo mierne odżywienie; dlatego też klinicznie sprawa wlokła się prawie dwa lata i dlatego prawdopodobnie znaleźliśmy w nowotworze wyżej opisane zmiany wsteczne; (gdyby zaś guz wyrastał ze sieci, rósłby niewątpliwie lepiej, mniej byłoby w nim zmian regresywnych i choremu działoby się gorzej).

Wszystkie te jednak dowody pośrednie i bezpośrednie, razem wzięte, nie zamieniają jeszcze wątpliwej sprawy w pewną, lecz tylko w prawdopodobną i dlatego tak, a nie inaczej wystylizowałem nadpis tego ogłoszenia.

Dla usunięcia ostatecznych wątpliwości trzebaby te przypadki śledzić w ich przebiegu. Wątpię zaś, czy zadaniu temu sprostać zdołają klinicyści. Przytoczona kazuistyka, zestawiona nie z wyboru licznych przypadków, lecz w najgorszym razie obejmująca znaczny bardzo odsetek analogicznych spostrzeżeń, udowadnia, że chorzy, dotknięci taką formą mięsaka żołądka, dostają się na stół chirurga, o ile go nie ubiegnie anatomo-patolog, w okresie bardzo późnym, kiedy już obraz anatomiczny staje się trudnym do rozwikłania. Można zaś żywić uzasadnioną nadzieję, że w okresach początkowych rzecz przedstawia się bez porównania prościej i nie dwuznacznie.

Rozwiązania zagadki oczekiwać należy z sal prosektoryjnych i kto wie, czy przyszłość nie przyniesie nam typowego obrazu mięsaków, wyrastających z krzywizny większej żołądka w pobliżu odźwiernika.

W końcu poczuwam się do powinności podziękowania memu Szefowi i nauczycielowi, Panu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi, za odstąpienie mi tego spostrzeżenia do ogłoszenia.

III. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Z autorów polskich zdaje się jedynie Ołtuszewski zajmował się bliżej nauką o zaburzeniach mowy; dużo pracował na tem polu i na podstawie bogatego doświadczenia często zabierał głos i zaznaczał swoje stanowisko i zapatrywanie w tej sprawie. Na podstawie teoryi Flechsiga i zgodnie z jego zapatrywaniem dzieli Ołtuszewski afatyczne zaburzenia mowy na dwie główne gromady: na *A*) afazyę zmysłową: zaburzenia pamięci ruchowej, wzrokowej i słuchowej i na *B*) afazyę kojarzenną: a prócz tego — na afazyę organiczną i czynnościową. Pamięć zmysłową uważa Ołtuszewski za czynność nie oddzielnych ośrodków, lecz zakończeń nerwów zmysłowych i ruchowych, służących równocześnie do przyjmowania innych podniet. Mowa stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencyi. Warunki powstania mowy są te same, co i poznania, zatem pamięć, zdolność do kojarzenia i uwaga. Przy akcie psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: 1) niższy, automatyczny, w ośrodku kojarzennym średnim (kojarzenie pamięci słownych) i 2) wyższy, w ośrodku kojarzennym tylnym, służącym do łączenia wyobrażeń i pamięci z wyrazami. Powtarzanie słów nie jest zdaniem Ołtuszewskiego odruchem, jak to sądzą Kussmaul, Wernicke, Lichtheim i inni (p. „Przegl. Lek.„ 1903, Nr. 2. str. 17), lecz sprawą psychiczną, polegającą na świadomych licznych kojarzeniach, wyrobionych już pamięci: zmysłowej, słuchowej i ruchowej *). Powtarzanie to pozostawia ślady wyrazów w ośrodku kojarzennym średnim, wytwarzając pamięć kojarzenną. Nagromadzone ślady, wyłaniając się następnie automatycznie jako wspomnienia wyrazowe, są nieodzowne dla mowy samodzielnej. Średni ten ośrodek koja-

[5]) St. Petersburger med. Wchschr. 1897, Nr. 3.

Uwaga. Że rozwój mowy ma podstawę psychofizyologiczną, jak to Ołtuszewski przedstawia, za tem przemawia jego statystyka, wykazująca, że niedorozwój psychiczny odgrywa rolę pierwszorzędną w rzędzie przyczyn afazyi, bełkotania i mowy nosowej u dzieci.

rzenny odgrywa w początku u dziecka, zaczynającego mówić, taką samą rolę w akcie mowy, jaką później ośrodek kojarzenny tylny przy uskutecznieniu spostrzeżeń. Automatyzm mowy, odbywający się w ośrodku kojarzennym średnim, jest niezależnym od wyobrażeń i pojęć w ośrodku kojarzennym tylnym. Przy zrozumieniu mowy kojarzymy pamięć zmysłową słuchową z wyobrażeniami w tylnym ośrodku kojarzennym i w ten sposób nabywamy pojęć wyrazowych. Samodzielna zaś mowa ze zrozumieniem przychodzi do skutku przez złączenie gotowych pojęć słownych z automatycznem wspomnieniem w ośrodku średnim. Otóż afazya powstaje wskutek zakłócenia pamięci słownej zmysłowej, albo kojarzennej. Organiczne zmiany w okolicy Broca będą wywoływać objawy, jak w afazyi ruchowej podkorowej, czynnościowe osłabienie tej pamięci, objawy, jak przy afazyi ruchowej pozakorowej, a jedynie zmiany organiczne w wyspie Reila niweczyć będą nagromadzone tam skojarzenia słuchowo-ruchowe i wywoływać zupełną afazyę ruchową.

Stósownie do tego poglądu dzieli Ołtuszewski zboczenia mowy afatyczne na: *A*) afazye organiczne.

I. Afazya organiczna zmysłowa: *a*) afazya ruchowa izolowana przy zmianach w 3-cim zwoju czołowym; objawy, jak przy afazyi ruchowej podkorowej Wernickego. Brak mowy, mowa wewnętrzna zachowana, tj. chorzy rozumieją pismo i mogą pisać; *b*) afazya czuciowa, objawy, jak w głuchocie wyrazowej. (p. w.), zmiany w 1-szym zwoju skroniowym; *c*) aleksya izolowana, percepcyjna ślepota wyrazowa; chory widzi litery, ale ich nie poznaje; zmiany w rozgałęzieniach nerwu wzrokowego w bruzdzie szponowatym (*fisura calcarina*).

II. Afazya organiczna kojarzenna ośrodka kojarzennego średniego; tu należy afazya ruchowa z aleksyą i agrafią. Utrata obrazów kojarzennych słuchowo-ruchowych.

III. Afazya organiczna kojarzenna ośrodka kojarzennego tylnego: *a*) afazya kojarzenna słuchowa; objawy, jak w afazyi czuciowej pozakorowej Wernickego; zmiany w okolicy *gyrus supramarginalis; b*) aleksya kojarzenna, lub ślepota wyrazowa; objawy, jak w aleksyi pozakorowej Wernickego; *c*) afazya wzrokowa, częściowe zakłócenie kojarzeń między ośrodkiem kojarzennym średnim, a wyobrażeniowym. Chory widzi i poznaje przedmioty, lecz nie umie powiedzieć, jak się nazywają, aż do chwili, w której zostaje pobudzona inna sfera zmysłowa kory, np. dotykowa, węchowa, lub słuchowa (p. w.); *d*) ślepota duchowa: chory widzi wszystko dobrze, a nic nie poznaje i źle się oryentuje. Utrata dawniejszych wyobrażeń pamięciowych wzrokowych, zakłócenie kojarzeń, idących od wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego na zewnątrz powierzchni płatu potylicznego i zrazu ciemieniowego.

B) Afazye czynnościowe, polegające na osłabieniu pamięci i z tego powodu zwane „afazyami amnestycznemi“.

I. Afazye czynnościowe zmysłowe: *a*) afazya ruchowa, objawy, jak w afazyi ruchowej pozakorowej Wernickego; *b*) afazya słuchowa = afazyi Grasheya; *c*) aleksya: czytanie liter, niemożność czytania wyrazów i dysleksya.

II. Afazye czynnościowe kojarzenne ośrodka kojarzennego średniego: tu należy afazya ruchowa bez aleksyi i agrafii.

III. Afazya czynnościowa kojarzenna ośrodka kojarzennego tylnego. Chory nie jest w stanie nazwać przedstawionych sobie w umyśle rzeczy.

Oprócz tych form przyjmuje Ołtuszewski postacie mięszane.

Bischof starał się wykazać, że bezkrytyczna wiara w prawidła mowy, przyjęte przez Wernickego i innych, zaprowadziła wielu autorów na błędne drogi i często przeszkadzała postępowi poznania tych spraw. Bischof, poddając te prawidła ostrej krytyce, kwestyonuje rolę, przypisywaną ośrodkowi dla obrazów dźwiękowych, którego zniszczenie miałoby powodować według Wernickego afazyę czuciową (sensoryczną), według Bastiana amnestyczne zaburzenia mowy. W dłuższym wywodzie, opartym na rozumowaniach fizyologicznych, spostrzeżeniach klinicznych i badaniach anatomicznych, twierdzi on, że mowa samodzielna może się odbyć drogą pojęcia, — ośrodka ruchowego mowy, — dróg ruchowych obwodowych, z pominięciem ośrodka słuchowego. Objawy afazyi niekoniecznie polegać muszą na zmianach w tym ośrodku, gdyż w przypadkach, badanych anatomicznie, były równocześnie obok zmian w tym ośrodku zmiany w innych sprawach zmysłowych i w drogach łączących je z ośrodkami mowy, zmiany, które same przez się mogły być przyczyną zaburzeń mowy. Przypisanie wszystkich objawów afazyi czuciowej zniszczeniu ośrodka słuchowego jest przedwczesnem i nie usprawiedliwionem, a raczej objawy te uważać należy jako skutki uszkodzenia lewostronnych pól czuciowych (sensorycznych). Wszystkie szematy, powstałe na podstawie prawideł Wernickego, są nietylko bez wartości, lecz też szkodliwe, gdyż nie zgadzają się z rzeczywistością i prowadzą do błędnych wniosków. Tylko głuchotę wyrazową i niemożność powtarzania można z pewnością odnieść do uszkodzenia ośrodka Wernickego; reszta zaś objawów afazyi czuciowej, jak parafazya, afazya amnestyczna itd. może również, jak afazya optyczna, pochodzić od zmian w tym ośrodku, jakoteż od zmian, wywołujących powikłania na drogach, biegących od pól czuciowych do ośrodka ruchowego mowy. Zresztą wszystkie ośrodki mowy tak ściśle są ze sobą związane, że przy każdej czynności mowy wszystkie działają razem i niewydolność czynnościowa jednego z nich powoduje pewną niesprawność w innych.

Stricker występuje przeciw zdaniu, jakoby wyobrażenie słowne skladalo się z obrazów dźwiękowych i mniema, że raczej idzie tu o „wyobrażenie ruchowe“. Wyobrażenie słowne polega, zdaniem tego autora, li tylko na świadomości o czynnościach tych ośrodków ruchowych, na świadomości o pobudzeniu nerwów ruchowych, zaopatrujących narządy artykulacyjne. Przy każdem wyobrażeniu słownem odczuwa się niby inerwacyę tych narządów; wyobrażenia słowne są zatem natury ruchowej. Odpowiednio do tego zajęcie ośrodka ruchowego Broca *m* musi pociągać za sobą koniecznie także głuchotę wyrazową, ślepotę wyrazową z agrafią i aleksyą, gdyż wrażenia słuchowe i wzrokowe nie mogą więcej wywoływać w porażonym ośrodku ruchowym odpowiednich wyobrażeń słownych.

Barth nazywa spostrzeganą przez się formę, w której chory nie rozumiał mowy, a dobrze mówił, głuchotę czuciową (właściwie afazyą podkorową czuciową Wernickego) i sądzi, że t. zw. ośrodek dla obrazów dźwiękowych (*Klangbildcentrum*) Wernickego nie jest koniecznym dla zdolności mowy, gdyż głuchoniemi mogą mówić bez niego, po-

dobno na drodze innych narządów zmysłowych, z pominięciem całego narządu słuchowego.

Monakow znów odrzuca pojęcie afazyi przewodnictwa, wskazuje na to, że istnienie czysto korowych tylko zmian w znaczeniu anatomicznem nie jest prawdopodobnem i że anatomiczne tłómaczenie formy t. zw. afazyi pozakorowej jest jeszcze zupełnie niepewnem.

Bastian zaprzecza znów wogóle, ażeby afazya Broca wywoływała agrafię.

Z tego przedstawienia stanu rzeczy wynika cały chaos, niejasność i sprzeczność w poglądach i zdaniach o zaburzeniach mowy i ich lokalizacyi. Ze względu na niedostateczność naszych wiadomości o nie ulegających wątpliwości narządach ośrodkowych dla mowy i ich czynności, na zbyt szczupłą jeszcze liczbę dokładnych spostrzeżeń klinicznych i niedwuznacznych wyników badań pośmiertnych, wszystkie poglądy i podziały zaburzeń mowy pozostawiają na razie dużo jeszcze do życzenia. Należy przyznać, że akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte: że ostatnie słowo w tym przedmiocie jeszcze nie jest wypowiedziane i że od przyszłości spodziewać się mamy wyjaśnienia wielu na tem polu spraw jeszcze ciemnych.

W końcu niech mi wolno będzie dołączyć parę słów o etyologii, zapobieganiu i leczeniu zboczeń mowy.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc. V. Hamerschlag. **Therapie der Ohrenkrankheiten.** (A. Holder, Wiedeń i Lipsk. 1903. Cena 3 K. 80 h.).

Książka, z której zamierzamy zdać sprawę, daje więcej, niż tytuł obiecuje. Znajdujemy w niej wyłuszczone nie tylko sposoby leczenia i technikę zabiegów leczniczych, lecz także ważne i pożyteczne uwagi, tyczące się etyologii i rozpoznania, oraz wskazania i przeciwwskazania dla różnych metod leczniczych w poszczególnych stanach chorobowych narządu usznego. Z tą książką w ręku lekarz praktyczny, któremu nie jeden przypadek nasunie pewne wątpliwości i wahania, da sobie zawsze radę: znajdzie bowiem w niej pożądane pokierowanie w przypadkach zawiłych, oraz pożyteczne wskazówki i trafne uwagi wytrawnego i doświadczonego specyalisty. Nawet rzadsze zabiegi operacyjne śródbębenkowe autor dokładnie opisał ze wskazaniami i przeciwwskazaniami, aczkolwiek, zdaniem naszem, ta część książki dla lekarza praktycznego jest bez celu, gdyż ten z niej korzystać nie będzie w stanie, dla specyalisty zaś jest zbyteczną z innych powodów. Zależnie od częstości i ważności różnych chorób autor w obrazowym opisie przedstawia je mniej lub więcej dokładnie: tak n. p. roztrząsa obszernie i gruntownie lecznicze postępowanie przy ciałach obcych w uchu, przydarzających się często lekarzowi praktycznemu i będących nieraz powodem nieszczęsnych błędów w sztuce. To samo tyczy się powstania, rozpoznania i leczenia urazowych pęknięć błony bębenkowej, mających nieraz doniosłe znaczenie sądowolekarskie; dalej, leczenie spraw ropnych ucha środkowego i jam ocznych i t. p. Autor nie ograniczył się przytem na podaniu własnych tylko zapatrywań podmiotowych, lecz wyłuszcza równie dokładnie przedmiotowo wszystkie, będące w używaniu, zalecane i wypróbowane przez różnych autorów środki i metody lecznicze z uwzględnieniem ostatnich zdobyczy naukowych, doświadczeń praktycznych, co jako szczególną zaletą tego dzieła podnieść należy.

Wyczerpujący spis alfabetyczny treści, umieszczony na końcu książki, ułatwia znakomicie lekarzowi szybkie zoryentowanie się, co wszystko razem czyni to dziełko nadzwyczaj pożytecznem i godnem polecenia, szczególnie lekarzom praktycznym. Wyborna forma zewnętrzna książki jest chlubą dla znanej zaszczytnie firmy wydawniczej; cena bardzo umiarkowana. *Spira.*

V. Wyciągi.

M. Pfaundler (Graz). **O adsorbcyi wapna przez tkanki zwierzęce i o podstawach nowej teoryi krzywicy.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 37, 1903). Wzajemne oddziaływanie na siebie ciał koloidalnych i krystaloidów towarzyszy stale każdemu procesowi życiowemu, a badanie tych oddziaływań jest w stanie niejednokrotnie wytłómaczyć zjawiska zagadkowe, nie dające się pozornie zrozumieć bez przyjęcia t. zw. siły życiowej. Badania Hofmeistra okazały, że podczas pęcznienia jakiegoś organicznego koloidu, np. płytki klejowej w rozczynie soli, lub barwika, te ostatnie wchodzą w koloid na podstawie pewnych stosunków, zależnych od jakości koloidu, soli i rozczynnika. Między koloidami, a rozczynami soli istnieją zatem siły przyciągania; siły te nazwał Hofmeister powinowactwem mechanicznem, lub powinowactwem adsorbcyi; w siły tego rodzaju jest szczególnie zaopatrzoną, jak to okazał Spiro, protoplazma komórkowa tak, że wiele zjawisk wydzielania i wchłaniania możnaby wytłómaczyć w sposób czysto chemiczny, bez powoływania się na t. zw. siłę życiową.

Jeżeli do rozczynu chlorku wapniowego dodamy rozdrobnionej kości świeżo zabitego zwierzęcia, wówczas wapno zaczyna znikać z rozczynu, gdy tymczasem ilość chloru pozostaje niezmienną. Ilość zniknętego wapna zależy nietylko od ilości proszku kostnego, lecz także, i to z zachowaniem pewnej proporcyi, od stężenia rozczynu, nie zależy natomiast od temperatury. Jeżeli w ciągu doświadczenia powstrzymamy gnicie dodatkiem środków konserwujących, reakcya rozczynu staje się słabo kwaśna, a jeżeli do mięszaniny dodamy węglanu barowego, wtedy pewna ilość baru wchodzi do rozczynu. Zupełnie tak samo zachowuje się wobec soli wapniowych substancya podstawowa kości, to jest klej i to bez względu na to, czy został użytym w postaci płytki, czy też w rozczynie (w dyalizatorze). Ponieważ w powyższem doświadczeniu ilość chloru pozostaje niezmieniona, przeto w miejsce adsorbcyi drobinowej w pojęciu Hofmeistra, należało wprowadzić adsorbcyę jonów. Zjawiska powyższego nie można tłómaczyć wiązaniem chemicznem wapna przez koloid; przeciw temu przemawia brak stosunków stechiometrycznych między koloidem, a wapnem, a natomiast wielka zależność od stężenia rozczynu. Porównawcze doświadczenia, dokonane na zwierzętach normalnych i wygłodzonych na wapno (pseudorachitycznych), dokonane w ten sposób, że przez kończynę, przepłókaną fizyotonicznym rozczynem, przepuszczano rozczyn chlorku wapniowego, wykazały, że w tym drugim przypadku adsorbcya wapna się zwiększa.

Zdolność adsorbcyjna tkanek gra niewątpliwie ważną rolę w tworzeniu się kości i złogów wapiennych, a jeżeli do tego uwzględnimy doświadczenia Stöltznera, który wykazał, że nowo stworzona tkanka kościotwórcza nie posiada wybitnego powinowactwa do składników mineralnych późniejszych kości, a ono dopiero w dalszym ciągu rozwoju się wytwarza, musimy przyjść do przekonania, że zjawisko kostnienia jest zależnem od szczególnego rodzaju heteroplazyi tkanki kościotwórczej. Autor przypuszcza, że ta heteroplazya jest pewnego rodzaju autolizą, przyczem tworzą się produkta jeszcze wielkodrobinowe, odznaczające się wielkiem powinowactwem adsorbcyjnem względem wapna.

Badania nad zdolnością adsorbcyjną tkanek dzieci rachitycznych, których autor na razie nie cytuje jeszcze w całej rozciągłości, dowodzą, że ta zdolność w porównaniu z tkankami zdrowemi nie jest upośledzoną, ale też nie jest tak wygórowaną, jak u zwierząt wygłodzonych na wapno. Mamy w tem nowy dowód, że krzywica niema żadnego związku z głodem wapiennym, natomiast możnaby przypuścić, że podstawa chemiczna krzywicy leży w upośledzeniu biochemicznych przemian tkanek, skutkiem czego nie przychodzi do tworzenia się substancyi chciwych na wapno. W ten sposób możnaby tłómaczyć niewątpliwie korzystny wpływ podawania fosforu, który należy do ciał bardzo energicznie wpływających na hidrolizę składników tkanek, zawierających azot. *Seńkowski.*

A. W. Henke. **Bakteryobójcze własności szpiku kostnego i etyologia jego zapalenia.** (*Archiw biołogiczeskich nauk* t. X, Nr. 2, 1903). W celu zbadania, czy i w jakim stopniu szpik kostny posiada własności bakteryobójcze, wykonał autor cały szereg doświadczeń, używając do nich prątka duru, prątka okrężnicy, a głównie gronkowca złotego. Przytem hodowle tego osta-

tniego, wzięte z ognisk zapalnych szpiku kostnego i z otoku ropnego, przeprowadził przez szereg królików, wskutek czego jadowitość ich wzrosła do tego stopnia, że dawka 0,02 ctm.³ jednodniowej hodowli sprowadzała śmierć królika. Wymienione drobnoustroje autor wstrzykiwał młodym królikom do naczyń krwionośnych i bezpośrednio do szpiku kostnego; zapalenia szpiku kostnego tą drogą wywołać jednak nie zdołał. Nawet wtedy, gdy drobnoustroje zostały wprowadzone wprost szpiku kostnego, przedostawały się one szybko do krwi, wywołując następstwa, podobne do tych, jakie spostrzegano po bezpośredniem ich wprowadzeniu do krwi. Fakty spostrzeżone przez autora, a mianowicie, że szpik kostny o wiele łatwiej zwalcza zakażenie, niż narządy wewnętrzne, a nadto, że czysta hodowla gronkowca złotego nie wywołuje zapalenia szpiku kostnego, nasunęły autorowi pytania: 1) czy nie możnaby było praktycznie zużytkować bakteryobójczych własności szpiku kostnego i 2) jaka jest właściwa etyologia zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitidis*), skoro nie jest nią zakażenie przez gronkowca złotego. Pozostawiając na boku pierwsze pytanie, autor podaje wyniki swych badań nad drugą z powyższych kwestyi. Badał on pięć przypadków zakaźnego samoistnego zapalenia szpiku kostnego, operowanych przez prof. Kadjana. W czterech z nich nie było komunikacyi z zewnętrznem powietrzem, w jednym połączenie było. Autor zwrócił przytem główną uwagę nie na ropę, lecz na odsłoiny kości i na samą tkankę szpiku kostnego. Po długich i żmudnych badaniach wykrył autor wreszcie drobnoustrój, będący, jak mniema, swoistą przyczyną zapalenia szpiku kostnego. Autor znalazł go we wszystkich badanych przez siebie przypadkach. Do własności jego należą: jest laseczką niedużą, krótką, z zaokrąglonymi końcami, długości 0,8 do 2 μ., szerokości 0,8 μ., układa się w gronka. Przy barwieniu sposobem Grama odbarwia się. Innymi barwikami barwi się łatwo: fioletem gencyanowym i fuksyną w całości, błękitem metylowym dwubiegunowo. W bulionie powoduje jednostajne zmętnienie z utworzeniem się błonki. Przy mikroskopowem badaniu 24-godzinnej hodowli widać laseczki mniejwięcej jednakowej długości, później zaczynają przeważać postacie krótkie. Na żelatynowych płytkach tworzy kolonie śnieżysto białe, suche, błyszczące. Żelatyny nie rozrzedza. Na agar-agar z gliceryną nie rośnie. Hodowla na ziemniaku i na agarze z cukrem rośnie, wytwarzając obficie gazy. Na surowicy krwi tworzy wiotki nalot, nie rozrzedzając surowicy. Mleka nie ścina i nie zabarwia. Jest względnym beztlenowcem. Wytwarzania się zarodników autor nie zdołał dostrzedz. Ażeby wyjaśnić działanie tej laseczki na ustrój zwierzęcy, wstrzykiwał autor rozmaitym zwierzętom czyste jej hodowle pod skórę, do jamy otrzewnowej, do szpiku kostnego i do krwi. Sekcya zawsze wykazała zajęcie kości, nigdy zaś narządów wewnętrznych, lub stawów. Fakt ten tłómaczy sobie autor ciśnieniem gazów, wytwarzanych przez laseczkę, na nieelastyczną tkankę kostną, co ma wywoływać niedokrewność i następnie obumarcie kości. Wyniki, do których doszedł autor na podstawie swych doświadczeń, wykonanych na 118 rozmaitych zwierzętach, są następujące: 1) Szpik kostny posiada wybitne bakteryobójcze własności i zwalcza zakażenie łatwiej i wcześniej, niż narządy wewnętrzne. 2) Gronkowiec złoty nie posiada zdolności specyalnego umiejscowienia się w kościach i wprowadzony czy to do krwi, czy też bezpośrednio do szpiku kostnego, nie wywołuje zapalenia szpiku kostnego. 3) We wszystkich zbadanych przez autora pięciu przypadkach zakaźnego samoistnego zapalenia szpiku kostnego znalazł on i wyosobnił jedną i tę samą laseczkę, dotychczas, jak się autorowi zdaje, nieznaną. 4) Laseczkę tę, ze względu na jej stałe i wyłączne działanie na kości, należy uznać za drobnoustrój, posiadający zdolność swoistego oddziaływania na kości. 5) Można wywołać doświadczalnie sprawę, zupełnie analogiczną z zapaleniem szpiku kostnego u człowieka, przez zakażenie ustroju samą tylko laseczką, wynalezioną przez autora, lecz prędzej i w wybitniejszym stopniu występuje ta sprawa przy skombinowanom działaniu dwóch drobnoustrojów: przytoczonej laseczki i jakiegoś ropotwórczego drobnoustroju. Autor proponuje dla wynalezionej przez siebie łaseczki nazwę „*bacillus osteomyelitidis*“, wyrażając życzenie, aby poszukiwania jego były sprawdzane przez innych badaczów. W tym celu daje niektóre wskazówki, które mogłyby ułatwić takie kontrolujące badania. *B. Koszutski.*

Heermann. **O chorobach występujących u robotników, pracujących w kesonach.** (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, Nr. 334, 1903). Nieszczęśliwe przypadki między nurkami i robotnikami, pracującymi w znacznych głębokościach, n. p. przy budowach wodnych, znane były już dawniej. Pol i Watelle tłómaczyli sobie zejścia śmiertelne przekrwieniem narządów wewnętrznych, które miało specyalnie wybitnie występować przy wychodzeniu z głębokości na powierzchnię. Inżynier Triger przyjmował za przyczynę śmierci ochładzanie się ciała przy wychodzeniu na powierzchnię; teorya ta miała zwolenników i między lekarzami. Robert Bayle w roku 1670 spostrzegał wydobywanie się gazów ze krwi przy rozrzedzeniu powietrza. W sto lat później doświadczenia te powtórzył van Muschenbroeck. Dopiero jednak Hoppe-Seyler w r. 1857 wypowiedział zdanie, że przyczyną wszystkich objawów jest wolny gaz w naczyniach krwionośnych, który wywiązuje się przy przejściu z pod wysokiego do niższego ciśnienia. Badania Hellera, Magera i Schröttera, którzy poszukiwania swoje przeprowadzili nad robotnikami, zatrudnionymi przy robotach wodnych w Nussdorf pod Wiedniem, potwierdziłyby zdanie Hoppe-Seylera, jak również zdanie P. Berta, który w r. 1872 wykazał, że tym wolnym gazem w naczyniach krwionośnych jest azot. Wspomniani trzej autorowie rozróżniają dwie grupy objawów: objawy ze strony układu krążenia płuc i objawy ze strony układu nerwowego ośrodkowego, głównie ze strony rdzenia. Wszystkie objawy mają swą przyczynę w obecności wolnego azotu w naczyniach krwionośnych; w rdzeniu z tego powodu powstają małe ograniczone obumarcia. Środkiem usuwającym te objawy jest możliwie szybka rekompresya z ewentualnem jednoczesnem wdychaniem tlenu. H. robił obserwacye co do organu słuchu na robotnikach, zatrudnionych przy robotach wodnych w Kilonii.

Wogóle większych zaburzeń nie spostrzegano, co trzeba przypisać ostrożnościom, jakie zachowano przy spuszczaniu robotników i przy podnoszeniu na powierzchnię. Większość robotników skarżyła się początkowo na uczucie ciśnienia w uszach, czemu odpowiadało większe lub mniejsze nastrzykanie bębenków. Często autor spostrzegał śród robotników zapalenie ucha środkowego, ewentualnie z wysiękiem krwawym. Częstość ostrych zapaleń ucha środkowego tłómaczy autor częstością nieżytów nosowych u robotników. Nieprzyjemne uczucie ciśnienia w uszach starają się robotnicy odruchowo usunąć, wykonywując ruchy połykowe, lub jeżeli to nie pomaga, wykonywają zabieg Valsalvy. W ten sposób wyrównuje się ciśnienie wewnątrz jamy bębenkowej. W jednym przypadku przy forsownie wykonywanym zabiegu Valsalvy nastąpiło pęknięcie bębenka; w drugim, w którym zabieg Valsalvy nie udał się, nastąpiło pęknięcie zbliznowaciałych bębenków po obydwu stronach. U robotników, którzy skarżyli się na uczucie ciśnienia w uszach, H. stwierdził badaniem strojnikami upośledzenie słuchu małego stopnia, które szybko mijało. O wiele większe zmiany stwierdził przy podnoszeniu się na powierzchnię. Szybkość, z jaką robotnicy podnosili się do góry, wynosiła 0,1 atmosfery na jednę minutę. H. stale stwierdzał zmniejszenie się przewodnictwa kostnego i percepcyi dla wysokich tonów. W wielu przypadkach zaburzenia te były tylko przemijające, w innych utrzymywały się nawet przez czas dłuższy, zależnie od szybkości podnoszenia się i stopnia ciśnienia, przy jakiem pracowano. W niektórych przypadkach wystąpiły objawy Ménićrea. W przypadkach, w których podnoszenie odbywało się z szybkością 0,1 atmosfery na dwie minuty, H. nie spostrzegł żadnych zaburzeń ze strony narządu słuchu. Co do istoty i umiejscowienia zmian w samym narządzie słuchu, to jednoczesne występowanie objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego przemawia za przyjęciem zmian ośrodkowych; nie można jednak zaprzeczyć stanowczo zmian w zakończeniach nerwów słuchowych. Co do higieny ucha, to jedynie robotnicy z ostrem zapaleniem ucha i ropnym wyciekiem z nosa powinni być wykluczeni od roboty. Robotnicy z przewlekłem ropieniem ucha i ze zmianami w błędniku powinni zwracać szczególniejszą uwagę na swój narząd słuchu. Robotnicy z suchem przedziurawieniem bębenka nadawali się szczególnie do tego rodzaju robót. Wychodzenie na powierzchnię powinno odbywać się wolniej; autor radzi podnosić się z szybkością 0,1 atmosfery na dwie minuty. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pfeifer i Friedberger. **O bakteryobójczych własnościach promieni radu** (*radium*). (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Autorowie robili doświadczenia bromkiem radu w ilości 0·0025 grm. i przekonali się, że siła promieniowania tej małej ilości była tak wielką, że duży parasol fluoryzujący (z sinku platynowo-borowego), znajdujący się w odległości większej, niż 10 ctm., począł świecić się w zupełnie ciemnym pokoju, oprócz tego można było tą ilością prześwietlić rękę, płytę bronzową grubości 5—6 ctm., trzy płytki platynowe, położone na sobie itd. Robili także doświadczenia nad siłą bakteryobójczą promieni Becquerela i to w ten sposób, że puszkę z radem trzymali w ciemności na odległość 6 do 10 ctm. od płyt żelatynowych z hodowlą durową i cholery. Mimo 24-godzinnego czasu działania wynik był ujemny. Przypuszczali więc, że odległość jest za wielka i próbowali przy odległości 1 ctm.; pokazało się, że miejsca żelatyny, zasianej koloniami duru, naświetlane przez 48 godzin w ciemności, przybierały inne wejrzenie, stawały się w obwodzie dwucentymetrowym przejrzyste, czyste, jak szkło, podczas gdy miejsca sąsiednie zasiane były koloniami. Dur

szczepiony na miejscach naświetlanych, rozwijał się dobrze, coby świadczyło o tem, że promienie Becquerela nie wywołują zmian w pożywce, lecz działają wprost na drobnoustroje. Podobne próby robili autorowie z hodowlami cholery, na których miejsca naświetlane stawały się już po 16 godzinach jałowemi, o czem przekonali się, wycinając naświetlane miejsca żelatyny i szczepiąc je na agarze; ten zostawał jałowym. Nitki, napojone zarodnikami wąglika, stawały się jałowemi po 72 godzinach. Autorowie nie chcą jeszcze tej sprawy rozstrzygać, czy tu wywołuje się działaniem promieni radu zupełne zniszczenie drobnoustrojów, czy tylko długotrwałe powstrzymanie w rozwoju. W każdym razie otwiera się pole do leczenia spraw zakaźnych skóry, jak wilka itp. Praktyka i doświadczenia na zwierzętach okażą, czy nadzieje te się spełnią, albo też może działanie szkodliwe tych promieni na komórki ustroju stanie na zawadzie ich leczniczemu zastosowaniu. *B. Żmigród.*

Rose. **Najnowsze metody operacyjne nieuleczalnych przetok pęcherzowo-pochwowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, 24). Aby módz powiedzieć, że w danym przypadku uzyskało się wyleczenie, należy wypełnić trzy warunki, a mianowicie: 1) operacya musi udać się technicznie; 2) funkcya ma być zupełnie przywróconą; 3) wyleczenie to musi być trwałe. Do nowszych rękoczynów należą: zarośnięcie poprzeczne (*Querobliteration*) pochwy z plastyką cewki moczowej i założeniem przetoki odbytniczo-pochwowej, nadto stosowane często przez autora zaniknięcie podłużne (*Längsobliteration*) przedsionka z przetoką odbytniczo-pochwową. Nie należy tu zupełnie obawiać się tego, żeby zwieracz rzyci nie mógł utrzymać moczu, albo by mocz wywoływał zmiany na błonie śluzowej jelita w postaci owrzodzeń; doświadczenie długoletnie autora pouczyło go o tem. Chore pozostają już od wielu lat w dobrym stanie. *B. Żmigród.*

Treitel. **O wyniku badań w zakładzie dla głuchoniemych w Weissensee i o wartości ćwiczeń słuchowych.** (*Berliner med. Wochenschrift* 1903, Nr. 11). Statystyka oblicza stosunek głuchoniemoty wrodzonej do nabytej, jak 100: 123. Autor stwierdził przy badaniu 43 dzieci w wymienionym zakładzie stosunek odwrotny, mianowicie 75·6%: 25%. Z liczby badanych 86 uszów, 44 było zupełnie głuchych, inne zaś miały resztki słuchu. Wpływy dziedziczne występują przeważnie w głuchocie wrodzonej; lecz cechy zwyrodnienia rodziców, a szczególnie alkoholizm i kiła dziedziczna wywołują nieraz głuchotę po urodzeniu. Liczba dzieci głuchoniemych jest znacznie większą u żydów, niż u ludzi innego wyznania. W Prusiech wykazano na 10.000 ewangielików 99 głuchoniemych; na takąż liczbę żydów 144. Statystyka poucza, że te same wpływy dziedziczne, co wywołują głuchoniemotę, sprowadzają idyotyzm i głupowatość (*imbecillitas*). Tak głuchoniemi, jak również głupowaci pochodzą często z małżeństw spokrewnionych; według liczb, zestawionych w urzędzie statystycznym berlińskim między żydami zachodzą trzy razy tak często małżeństwa spokrewnione, jak u ludzi innych wyznań. Najzgubniejszy wpływ na potomstwo ma małżeństwo spokrewnione razem z obciążeniem dziedzicznem. Przez ćwiczenia słuchowe szczątki słuchu rozwijają się i mowa się poprawia. *Spira.*

Prof. S. E. Henschen. **Czy guz rdzenia może dobrowolnie ustąpić?** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chir.* Tom XI, Zeszyt 3, 1093). Dorosły mężczyzna, obecnie 43 lat liczący, zauważył w latach 1876 i 1877 rozwój licznych guzków podskórnych. Większe z nich wyłuszczono w Upsali w latach 1892, 94 i 96. Stwierdzono wówczas, że są to rzekome nerwiaki, złożone z wiotkiej tkanki włóknisto śluzakowatej. Guzki te pozostawały w bardzo luźnym związku z odpowiednim pniem nerwowym i dały się łatwo wyłuszczyć na tępo. Tymczasem już w roku 1889 chory zauważył stężenie w karku i bóle w tejże okolicy. W roku następnym pojawiła się sztywność w prawem kolanie. W dalszym ciągu wystąpiły zaburzenia czuciowe w ramieniu prawem, a w roku 1892 gwałtowne kurcze w całem ciele ze wzmożonymi odruchami, które po krótkiem trwaniu ustąpiły miejsca ogólnemu niedowładowi rąk, nóg i tułowia z równoczesnem upośledzeniem czucia. Stan taki bez zmiany utrzymywał się przez dwa lata, aż w listopadzie 1894 r. zauważono pewną poprawę, która odtąd stale, aczkolwiek powoli postępując, sprawiła, że w maju 1895 r. chory, przed rokiem jeszcze zupełnie bezradny, sam udał się na dworzec kolejowy, niosąc w ręku zawiniątko. W r. 1901 stwierdzono stan ogólny dobry. Rozpoznanie w tym przypadku zdaniem autora wahać się mogło między histeryą, guzem rdzenia i kiłą. Po wykluczeniu sprawy pierwszej i ostatniej rozpoznał H. guz rdzenia i to guz tejsamej przyrody, co i guzki obwodowe, wychodzący z otoczenia korzonków (z części w kanale kostnym jeszcze położonej) nerwów szyjnych po stronie prawej, następowo uciskający na rdzeń. Myślano o operacyi: trudno jednak było zdecydować się na nią, sądzono bowiem, że guzków takich w rdzeniu będzie wiele, a po ewentualnem usunięciu jednych, wyrosną nowe. Tymczasem chory wbrew przewidywaniom, wyzdrowiał. Stało się to najprawdopodobniej w ten sposób, że gdy guz rozrósł się do pewnych rozmiarów, uległ w wązkim kanale uciskowi, naczynia jego zostały ugniecione, co spowodowało zwyrodnienie tłuszczowe i wessanie tkanki składowej guza. *Herman.*

Dr. Charles Greene Cumston. **Uwagi nad kiłą wątroby z chirurgicznego punktu widzenia.** (*Archiv Langenbecka* Tom 70, Zeszyt 2, 1903). Rozważając kilka własnych i kilkadziesiąt znanych z piśmiennictwa przypadków kiły trzeciorzędnej wątroby, przychodzi autor ostatecznie do wniosku, że rozpoznanie możliwe jedynie tylko z pewnem prawdopodobieństwem, o ile obok guza, względnie guzów w wątrobie i towarzyszącej żółtaczki, puchliny brzusznej itd., znajdziemy inne objawy kiły wrodzonej lub nabytej. Wskazanem jest oczywiście w pierwszym rzędzie leczenie swoiste; dopiero wówczas, gdy to pozostaje bez skutku, czyli gdy kilak uległ już zmianom wstecznym, znajduje autor wskazanie do zabiegów chirurgicznych, polegających na wyłuszczeniu guza, o ile ten jest korzystnie usadowionym. *Herman.*

Dr. A. Feldt. **W sprawie rozpoznawania za życia złośliwych nowotworów.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 28). F. radzi, aby w każdym przypadku krwioplucia u ludzi, u których brak nam niewątpliwych podstaw do rozpoznania gruźlicy, dokładnie plwocinę zbadać makroskopowo (na czarnem tle), a każdy strzęp podejrzany badać mikroskopowo. Tym sposobem udało się autorowi w dwóch przypadkach rozpoznać za życia mięsaki płuc. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol. [*Therapeutische Monatshefte* 1903]; środek pokrewny ichtyolowi, mający zalety tego ostatniego, a bez jego wad, zawiera 10% organicznej siarki, barwy ciemno-brunatnej, syrupowatej gęstości, bez smaku i zapachu, rozpuszcza się w wodzie, glicerynie i alkoholu. Na skórze z łatwością wysycha, nie lepiąc się, a z bielizny daje się zmyć zwykłą wodą. Działanie thigenolu oddaje cenne usługi w chorobach skórnych i kobiecych. Jaquet poleca go przeciw świerzbowi i wypryskom, połączonym ze świądem. Nawet u dzieci z wrażliwą skórą stosowano z widocznym, a dobrym wynikiem ½ do 1% maść thigenolową przeciw sączącym i łuszczącym wypryskom twarzy; u starszych używano silniejszych roztworów, bo 10% do 15%. Jako przetwór siarkowy wypróbowano thigenol w zmianach wydzielniczych gruczołów łojowych, a więc w łojotoku twarzy i głowy. I tu środek ten nie zawiódł oczekiwań, a swoją rozpuszczalnością w wodzie, lub alkoholu przewyższał pokrewne mu przetwory, łatwo bowiem zamiast wszelkich maści użyć go, zwłaszcza w powyższych zmianach chorobowych, w postaci roztworów do 50%. U blondynów jasnych barwi thigenol włosy na słabo brunatno, stąd u nich mniej godny zalecenia. W odmrożeniach, jako 10% maść, lub collodium znosił świąd i palenie.

W chorobach kobiecych polecają go Merkel i Flatau w postaci 10% do 20% tamponów glicerynowych, przypisując mu działanie podobne do ichtyolu, lecz przewyższające go 1) bezwonnością, 2) rozpuszczalnością w wodzie, 3) łatwą usuwalnością z bielizny, 4) działaniem kojącem świąd i ból, 5) taniością. *S. P.*

W. Bauer zrobił jak najgorsze doświadczenie ze **śródżylnemi wstrzykiwaniami** rozczynu 1: 5000 **formaliny**, zaleconemi przez Barrowa w stanach septycznych. Nawet w doświadczeniach szczury, zakażone i leczone tym rozczynem, ginęły prędzej, aniżeli zwierzęta użyte do kontroli. Bauer sądzi, że ten rozczyn formaliny nie zabija bakteryj krążących we krwi, lecz tylko rozcieńcza toksyny. A tosamo osiągnąć można rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. *Herman.*

Leczenie padaczki samoistnej bromipiną ($33^1/_3$%-ową). (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1903) poleca Gareis. Oddaje ona dobre usługi, jeżeli zabiegi obejmą inne czynniki, należące do leczenia padaczki. Prawda, że trwałego wyleczenia i tym środkiem osiągnąć nie można, jestto jednak krokiem naprzód, że bromipina nie sprowadza ujemnego wpływu soli bromowych, a skuteczność jej jest tasama. Najlepiej podać bromipinę w kapsułkach żelatynowych. Do zalet tego leczenia należą: 1. dokładna dawka; 2. brak nieprzyjemnego smaku; 3. wessaniu ulega pełna dawka; Baczną uwagę zwrócić należy na sen. Mózg chorego na padaczkę potrzebuje przedewszystkiem głębokiego snu. Jeżeli go niema przynajmniej w początku leczenia, trzeba go wymusić odpowiedniemi środkami. Do warunków wzmacniającego snu należą: lekka dyeta, spokój umysłowy pod wieczór, zupełna cisza, zaciemnienie i prze-

wietrzenie pokoju, dobre łóżko z sprężynowym materacem, wysokie ułożenie głowy, ułożenie się do snu w odpowiednim czasie. Szczególnie cennem jest zażycie łyżki bromipiny, lub 1—2 kapsułek przed spaniem. Leczenie musi właściwie trwać całe życie, choć często występują w chorobie przerwy, trwające lata. *Baschkopf.*

VII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

1. Ballota Taylor (Santadez): **Patogeneza i nozografia gruźlicy.** Po długich wywodach teoretycznych dochodzi autor do wniosku, że istotna ochrona przed gruźlicą ma się zasadzać na 1) wydoskonaleniu socyalnych i higienicznych warunków ogólno-towarzyskiego życia, 2) na wzmacnianiu ustroju dziecięcego, okazującego dziedziczną skłonność do gruźlicy.

2. Robin (Paryż): **Przeciwieństwa gruźlicy.** Autor wychodzi z punktu widzenia, że gruźlica jest przeciwieństwem gośćca i stara się udowodnić, że odpowiednio do tego jest i wymiana gazów w obydwu chorobach przeciwną. Także i chory gośćcowy może się nabawić gruźlicy, jeśli skutkiem rozmaitych powikłań utraci swoją względną odporność, albowiem wówczas zmienia się u niego cały chemizm oddychania. U gośćcowego można stwierdzić następujący swoisty typ wymiany gazów: zmniejszenie się ogólnej wymiany gazów, spowodowane bardziej skutkiem nadmiernego nagromadzenia się kwasu węglowego, aniżeli przez przyjmowanie mniejszej ilości tlenu. Gośćcowy, który mniej tlenu przyjmuje, niż człowiek zdrowy, zużywa z tego więcej dla utlenienia substancyi azotowych; tę nieprawidłowość w wymianie materyi można stwierdzić w 72% dzieci, pochodzących z chorych gośćcowych. Stany, jak otyłość, cukrzyca, rak, różne postacie niestrawności, alkoholizm, urazy psychiczne, szczególniej stany przygnębienia, zmieniające całkowicie lub częściowo wymianę materyi i gazów chorego gośćcowego, powiększają mniej lub więcej jego skłonność do gruźlicy; dychawica zaś, miażdżyca tętnic, zapalenie nerek i t. d. pozostają bez wpływu.

3. L. Meunier (Paryż): **Chemiczne rozpoznawanie nadmiaru chlorków** *(hyperchlorhydria)*. Dla ustalenia miana „hyperchlorhydria" zwyczajny sposób oznaczania całości kwasoty i wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej (po próbnem śniadaniu) nie wystarcza; jedynie pewny jest sposób zapomocą oznaczenia istot skrobiowatych i cukru (metoda Fehlinga).

4. Codina-Castelvi (Madryd): **Bezbolesność** (*analgesia*) **skutkiem czystego tlenu.** Autor demonstruje przyrząd własnego pomysłu, służący do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań podskórnych tlenu. Działanie, — występujące po 5—30 min., a trwające od 24 do 48 godzin, obejmuje tę całą okolicę nerwu obwodowego, w obrębie którego nastąpiło wstrzyknięcie; jednorazowa dawka wynosi 200 do 500 ctm.³ tlenu; przed upływem 24—48 godzin nie należy drugi raz w tem samem miejscu wstrzykiwać. Znakomity skutek miał być w rwie kulszowej, nerwobólach splotów karkowego i barkowego, a nawet w wielokrotnem zniekształcającem zapaleniu stawów. Jest nadzieja, że i przy bolesności przewodu pokarmowego lub powierzchownych rakach wyniki po tlenie będą równie skuteczne.

5. Hennecart (Seden): **O znaczeniu radioskopii i radiografii dla poznania rozpoczynającej się gruźlicy.** Spostrzeżenia swoje opiera autor na 32 przypadkach, w których chorobowo zmienione szczyty płucne były mniej przeźroczyste, lub też stwierdził po stronie chorej usuwanie się przepony ku dołowi podczas oddychania. Ten sposób wczesnego rozpoznania gruźlicy powinien być szczególnie zastosowany (2 razy do roku) u dzieci szkolnych i osób powołanych do służby wojskowej.

6. Sanchez Herrero (Madryd): **Leczenie gruźlicy.** Opiera się ono na modyfikacyi sposobu Landerera: stosował bowiem Herrero roztwór 4:100 cynamonianu sodowego, wstrzykując go pod obojczyk w 10—20 razy większych dawkach. Wszystkie przypadki były bez wyjątku gorączkujące i ciężkie. W dalszym ciągu leczenia H. zwiększał dawkę. Skutek polegał na ustąpieniu gorączki, powiększeniu się łaknienia, zmniejszeniu się kaszlu i odkrztuszania; przeciętnie po 3-ch miesiącach znikały prątki. Wyleczenie w 80% wszystkich przypadków; jedynie bezskuteczne było leczenie w przypadkach powikłanych z gruźlicą kiszek.

7. Starck (Heidelberg): **Ezofagoskopia i jej znaczenie rozpoznawcze.** Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi Starck do następujących wniosków: Ezofagoskopia da się przeprowadzić w przeważającej liczbie przypadków. Jestto najlepszy sposób rozpoznania i określenia siedziby ciała obcego. Wczesne rozpoznanie raka jest tylko możliwe na tej drodze; także inne anatomiczne zmiany (wrzód, zapalenia i t. d.) dadzą się z łatwością odkryć. Rozpoznanie różniczkowe między schorzeniami czynnościowemi a organicznemi da się nierzadko jedynie zapomocą ezofagoskopu przeprowadzić. Po zgłębniku żołądkowym jest ezofagoskop najważniejszem narzędziem do badania przełyku.

8. Robert Bell (Glasgow): **Patogeneza i bezkrwawe leczenie raka.** Za przyczynę raka należy przyjąć enterotoksemię, t. j. wchłanianie trujących niestrawionych resztek istot białkowatych w przewodzie pokarmowym. Toksalbuminy, dostawszy się w ten sposób do ogólnego krążenia, działają szkodliwie na układ nerwowy, upośledzają odżywienie komórek i prowadzą do ich osłabienia i rozpadu. Zazwyczaj zdrowy gruczoł tarczykowy może te jady jelitowe zobojętnić; dopiero wówczas, jeśli działanie tego gruczołu jest podkopane, następuje wchłanianie istot trujących (autor opiera się przytem na znanych doświadczeniach F. Bluma z Frankfurtu n. M.); równocześnie pojawiają się we krwi sacharomycety i wywołują urycydemię: jady i kwas moczowy wywierają teraz wspólnie swój zgubny wpływ na budowę komórek, sprowadzając tę złośliwą przemianę. Wychodząc z tego punktu widzenia, zaleca Bell w leczeniu raka podawanie wyciągu gruczołu tarczykowego, równocześnie zaś celem zniszczenia sacharomycetów stosowanie kwasu salicylowego, względnie aspiryny; wreszcie wskazana jest dyeta mleczna.

Monmenen y Lopez Reinoso (Madryd): **Leczenie odry naświetlaniem.** Autor omawia stosowanie naświetlania (według Finsena) w przypadkach odry. Czerwone światło na zapalenie spojówek tem korzystniejszy wywiera wpływ, im więcej wyłączone jest światło białe i im bardziej są skutkiem tego oczy wyswobodzone z pod drażniącego działania białych promieni. Czerwone światło niema jednak najmniejszego znaczenia dla całej sprawy chorobowej, ani nie zdoła skrócić czasu jej trwania, ani też uchronić przed powikłaniami. Całe leczenie nie jest ani etyologiczne, ani patogenetyczne, lecz czysto objawowe.

Tenże: **Odżywienie w chorobach zakaźnych.** W przebiegu chorób zakaźnych odżywienie jest wielce ograniczone z powodu równoczesnego po większej części schorzenia przewodu pokarmowego: rozwija się bowiem czynnościowe upośledzenie, zajmujące tak sferę ruchową, jak i wydzielniczą żołądka i jelit. Wobec tego pokarmy winny być możliwie lekkie i płynne; także i po upływie właściwej choroby, by uniknąć nawrotów, ma być odżywienie ograniczone tak co do ilości, jak i jakości.

W dyskusyi zaleca Maragliano (Genua) za przykładem Queirola odżywienie *per rectum* aż do okresu zdrowienia; ma to uchronić przed bębnicą i przedziurawieniem kiszek.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

7. Zawadzki (Warszawa): **Zator tłuszczowy po złamaniach kości.** Prelegent podaje kilka przypadków zatoru tłuszczowego w nerkach (u 58-letniego chorego), w jednem płucu, w obu płucach itd. Zwraca także uwagę, że zatory tłuszczowe mogą powstawać nietylko po złamaniach kości, ale także po stłuczeniach, zmiażdżeniach mięśni, ortopedycznych zabiegach itp.

8. Zawadzki (Warszawa): **Zwężenia urazowe przełyku.** Z. przestrzega przed zgłębnikowaniem przy zwężeniach, powstałych po urazie; w tych przypadkach radzi lepiej założyć przetokę żołądkową, a zgłębnikować dopiero potem, gdy już niema żadnego niebezpieczeństwa jeszcze większego uszkodzenia przełyku zgłębnikiem. Opisuje przypadek, w którym z tego wskazania robił gastrostomię.

9. Zawadzki (Warszawa): **Zaburzenia mowy po złamaniach kości czaszki.** W dwóch przypadkach urazu czaszki wystąpiły po jakimś czasie zaburzenia mowy i pamięci, parafazya i utrata pamięci; chorzy nie mogli na oznaczenie przedmiotów widzianych dobrać odpowiednich wyrazów, mylili się, przekręcali itd. Miejsce urazu i uszkodzenia mózgu oznaczał Z. zapomocą sposobu Krönleina.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów), Łapiński (Warszawa) i Kader (Kraków).

10. Bossowski (Kraków): **O wrodzonych zarośnięciach jelita cienkiego z (demonstracyą preparatów).** Zarośnięcia

wrodzone jelita należą do rzadkości; dotychczas znanych jest 198 przypadków wrodzonego zamknięcia światła w przewodzie pokarmowym na przestrzeni od odźwiernika do jelita esowatego włącznie. Z tego wypada 120 przypadków (60%) na jelito czcze i biodrowe. Powstaje przytem charakterystyczne ściągnienie kurczowe i niedomoga całego jelita obwodowego od siedziby zarośnięcia aż do odbytnicy, która na wysokość 10—12 ctm. powyżej otworu stolcowego jest drożną dla palca dorosłego człowieka, a pomieścić może 50—60 ctm.³ cieczy. Przeszedłszy objawy, rozpoznanie i rokowanie wrodzonego zarośnięcia jelita u noworodków, opisuje B. swoje dwa przypadki, z których jeden miał zarośnięcie wrodzone w jelicie czczem, drugi zaś okazywał to wrodzone zamknięcie światła na znacznej przestrzeni w dolnym końcu jelita biodrowego, w blizkości jelita ślepego. Wszystkich dotychczas operowanych przypadków było 31, ale wynik operacyi był niepomyślny, gdyż wszystkie, jakoteż i podane dwa przypadki Bossowskiego, pomarły w kilka dni po operacyi. Wyniki dotychczasowe nie powinny odstraszać; trzeba się starać o przywrócenie drożności, tembardziej, że dzieci te są zazwyczaj dobrze rozwinięte, zdolne do życia, i przez przywrócenie drożności jelit mogą być ocalone. B. na podstawie swych spostrzeżeń jest zdania, że wobec zarośnięcia w dolnym końcu jelita biodrowego należy połączyć odcinek, znajdujący się powyżej miejsca zamknięcia jelita zapomocą enteroanastomozy wprost z górnym końcem odbytnicy, której szerokość światła sprzyja wynikom anastomozy. W razie wrodzonego zamknięcia światła w górnych odcinkach jelita biodrowego, lub w jelicie czczem, skłania się B. do poleconego przez Brauna wszycia obu końców zamkniętego jelita w ranę brzuszną i stopniowego rozszerzania potem jelita obwodowego sposobami Brauna, lub też drenowaniem jelita obwodowego od rany, aż do otworu stolcowego coraz grubszymi drenami. Potem zdaniem B. należy dla połączenia odcinków jelita wszytych w ranie brzusznej zrobić enteroanastomozę przy pomocy szwu. Następnie demonstruje B. preparaty z niedrożności wrodzonej swych dwóch przypadków i innych ze zbiorów krakowskiego zakładu anatomii patologicznej.

11. Ciechanowski (Kraków): **Pneumatosis cystoides intestinorum** (z demonstracyami). Zmianę tę stwierdzono już za życia u kobiety młodej, u której z powodu wrzodu żołądka zrobiono gastroenterostomię, a C. stwierdził zmianę tę na zwłokach. Dokładne badanie drobnowidowe i doświadczenia na zwierzętach, nadto odpowiednie piśmiennictwo tej rzadkiej sprawy i jej pokrewnych chorób u ludzi i zwierząt, wskazują, że zmian powstają niewątpliwie za życia, rozwijają się przewlekle i mogą, jak się zdaje, samoistnie znikać. Pozostaje dotychczas nieudowodnionem, żeby zmiany te były następstwem działania bakteryi; z drugiej zaś strony można przypuszczać, że przyczyna tych zmian jest tylko mechaniczna. Na podstawie badań histologicznych sądzi prelegent, że leczenie chirurgiczne tego cierpienia przez wycinanie powstających guzów powietrznych zdaje się nietylko być bezcelowem, ale nawet błędnem.

12. Ciechanowski (Kraków): **Demonstracya preparatów z przypadku** *lymphosarcomatosis* (*lymphoma malignum* Billrothi). C. przedstawia preparaty z przypadku *lymphosarcomatosis universalis* u starszego mężczyzny. W tym przypadku uległ szczególnie znacznym zmianom narząd chłonny w całym przewodzie pokarmowym, a cały obraz anatomiczny przemawia za tem, że bujanie tkanki chłonnej jest tu pierwotnie wieloogniskowe.

13. Pruszyński (Warszawa): **Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych, oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.** (Referat). Schorzenia dróg żółciowych powstają na tle zakażenia; zakażenie to przychodzi do skutku przy sprzyjających warunkach przez drobnoustroje, zawarte w dwunastnicy, jeśli te są w stanie spotęgowanej jadowitości, bądź też prawdopodobnie drogą krwi, za czemby przemawiały doświadczenia różnych autorów, którzy wykazali, że laseczniki duru, wąglika, pneumokok, gronkowiec złocisty, mogą przechodzić do żółci, nawet nie wywołując żadnych zaburzeń w drogach żółciowych. Prelegent omawia następnie zachowanie się żółci wobec drobnoustrojów, następnie ogólne formy schorzeń dróg żółciowych, ich objawy, co się daje ująć w następujących pięciu punktach:

1. Przy stanach zapalnych przewodów żółciowych niezmiernie ważną odgrywa rolę zakażenie z przewodu pokarmowego. 2. W powstawaniu kamicy przyjąć należy obok zakażenia, jako najwybitniejszy czynnik przyczynowy skazę, oraz warunki, przy których drogi żółciowe, a zwłaszcza pęcherzyk, ulega wydłużeniu i wygięciu, co powoduje utrudniony odpływ żółci. 3. W większości przypadków kamica żółciowa przebiega skrycie, nie wywołując żadnych zgoła objawów. 4. W wielu przypadkach (prawie 10%) nawet ciężkich zabrzeń kamienie wyjść mogą drogą naturalną, nawet wtedy, gdy czasowo uwięzną w przewodzie żółciowym wspólnym. 5. Z drugiej strony kamica może wywołać bardzo groźne następstwa, nawet wtedy, gdy kamienie znajdują się tylko w pęcherzyku żółciowym. O tem, według prelegenta, musi lekarz pamiętać, gdyż rozstrzygnięcie leczenia, czy ma być wewnętrzne, czy chirurgiczne, należy do bardzo trudnych rzeczy. Zasada leczenia wewnętrznego polega nie tyle na usunięciu kamieni, jak na pozostawieniu chorego w bezwzględnym spokoju i wprowadzaniu soli w postaci wody karlsbadzkiej, lub Vichy. Dla chirurga pozostaje najwyżej 25% przypadków, jeżeli się zważy, że 50% chorób dróg żółciowych przebiega skrycie, a w dalszych 25% niema wskazań do zabiegu operacyjnego. Wskazania do operacyi według prelegenta są następujące: 1) Bezwarunkowo należy operować w przypadkach zapalenia otrzewnej, powstałego w następstwie chorób dróg żółciowych, czy ono wystąpiło bez obrażenia ścian pęcherzyka, względnie przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej. 2) W przypadkach zakażenia dróg żółciowych, żółtaczki i gorączki przepuszczającej z obfitymi potami, bez względu na siedlisko kamienia. Mowa jest tutaj o t. zw. *fièvre hepatique*, która kolce nie towarzyszy. Jeśli gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi urobilina w większej ilości, to operacya jest *ultimum refugium*, gdyż wtedy mamy do czynienia z ciężkiem obrażeniem komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwik wytwarzać się nie może. 3) W przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywienia i na możliwość zakażenia, jakoteż bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby. 4) W razie zrostów wywołujących stałe bóle, lub niedrożność ze strony narządów otaczających: żołądka, dwunastnicy i poprzecznicy. 5) Nie trzeba długo czekać z operacyą w przypadku otoku surowiczego, lub ropnego, nawet wtedy, gdy sprawa chorobowa ma na razie przebieg łagodny; nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jakoteż możliwości przedziurawienia, lub nagłego wybuchu sprawy posoczniczej. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że w przewlekłem zapaleniu pęcherzyka może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej też operować przy pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, niż przy skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, względnie ektomia, bez poważnego uszkodzenia wątroby lub kiszki odbyć się nie może, a z jednej strony choremu grozi krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej. 6) W przypadkach raka. 7) Jeśli napady kolki często się powtarzają, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to należy operować nietylko już ze względu na dolegliwości chorego, ale i na silne natężenie sprawy zapalnej i brak skłonności do złagodzenia; zazwyczaj ma się tutaj do czynienia z ciężkiem zakażeniem miejscowem. Czekać można z operacyą według prelegenta: 1) przy napadach powtarzających się w długich odstępach czasu, choćby wystąpiła żółtaczka zapalna i gorączka przemijająca, krótkotrwała; 2) przy ostrem zakażeniu przewodu żółciowego, które może być czasowe, już to z powodu przejścia kamienia, albo też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku tkwić może kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń. Prelegent sądzi, że w miarę udoskonalenia techniki chirurgicznej zmieni się też obecne leczenie, które jest tylko zapobiegawcze i objawowe. „Wtedy będzie można operować wcześnie, obecnie powinniśmy dbać o to, aby operować nie zapóźno“. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 października.

* Nader trudna sprawa skodeifikowania praw i warunków, upoważniających do używania tytułu »specyalisty«, przechodzi w okres czynu. Z powodu podania dentystów, dotyczącego również ustawodawczego uregulowania praw do używania tytułu »dentysty«, ministeryum wypracowało projekt ustawy, obejmującej wszystkie specyalności lekarskie i rozesłało go Izbom lekarskim, a zapewne i innym instytucyom, w celu zasięgnięcia ich zdania. Według projektu ministeryalnego ten tylko może używać tytułu operatora, ginekologa, okulisty, otyatry, laryngologa i t. d., kto złoży przepisany egzamin; kilkoletnia asystentura, praktyka szpitalna w charakterze lekarza pomocniczego, świadectwo odbytej praktyki klinicznej za granicą nie nadają praw do tytułu specyalisty. Dla dotychczasowych specyalistów ustanowionoby czas przejściowy. Gdy jednak dyplom doktora wszech nauk lekarskich upoważnia lekarza do wykonywania zawodu w całym zakresie medycyny, wolno jest lekarzowi wypisać na tabliczce »leczy choroby skórne«, »uszne« i t. d., ale nie wolno przybrać tytułu »dermatolog«, »otyatra« i t. d.

Wątpić należy, ażeby publiczność, jeśli tu chodzi o nią, potra-

fila ściśle rozróżnić prawa i przywileje »dermatologa« od praw lekarza, który się ogłasza, że »leczy choroby skóry«.

* Znane już jest odporne stanowisko Izb lekarskich w sprawie powoływania adwokatów-obrońców przy rozprawach dyscyplinarnych Rady honorowej. Obecnie ministeryum zarządziło, że jeżeli lekarz, skazany przez Radę honorową, założy rekurs, wolno mu będzie wezwać obrońcę do rozprawy rekursowej.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Lincu 6 i 7 października b. r. Przedstawicielem Izby lek. zachodnio-galicyjskiej będzie jej prezes, dr. Walczyński.

* Ministeryum oświaty zatwierdziło uchwałę wydziału lekarskiego U. J., nadając dr. Stanisławowi Dobrowolskiemu *veniam legendi* z zakresu ginekologii.

* Między 15 a 21 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jarosławskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), żydaczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXVI) (6—12—IX). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 21, urodziło się dzieci 52, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 11 (6 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 4 (zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zingerle, docent neurologii w Gracu, mianowany został prof. nadzwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Isylai, prof. dentystyki, zmarł w Peszcie.

Bibliografia:

Salomon Spitzer: **Dr. Maksymilian Kohn** (Wspomnienie pośmiertne). W rocznicę śmierci bł. p. Dr. M. Kohna opuścił prasę życiorys przedwcześnie zgasłego Kolegi, skreślony piórem kierownika szkoły im. Kazimierza Wielkiego, Salomona Spitzera, przyjaciela zmarłego, świadka i spółpracownika jego na polu filantropii społecznej. Autor rozpoczyna rys biograficzny od przedstawienia życia bł. p. Dr. Kohna w domu rodzicielskim, przechodzi do jego stosunków w wieku dziecięcym, szkolnym, lat uniwersyteckich, następnie opisuje studya specyalne w Wiedniu i Krakowie, wykonawstwo zawodowe w zakładach i w społeczeństwie; dalej działalność radziecką, w Izbie lekarskiej, w Towarz. lekarskiem. Obszerny dział przypadł na czyny ofiarności i filantropii zmarłego, jak wyposażenie oddziału ginekologicznego w szpitalu izraelickim, bezpłatna kuchnia dla uczącej się młodzieży bez różnicy wyznania, lecznicza kolonia dla izraelickiej dziatwy szkolnej i t. d. Autor opowiada liczne wydarzenia z życia bł. p. Dr. Kohna, które dosadnie ilustrują altruistyczne jego uczucia i szeroki umysł, wreszcie ponuro maluje groźne zwiastuny nieuleczalnej choroby, jej fatalny i beznadziejny przebieg, wreszcie zgon i pogrzeb.

Czytając ten życiorys, odczuwa się w jego autorze nietylko przyjaciela bł. p. Dr. Kohna, lecz całą duszą wielbiciela, którego cześć dla życia zmarłego wprost nakazała mu przekazać potomnym imię zasłużonego obywatela: analizując działalność bł. p. Dr. Kohna, nie dał się jednak autor porwać uczuciu i popędowi serca; przeciwnie, pozostał w ramach rzeczywistości i prawdy: synteza podanych szczegółów z życia zmarłego i opis epizodów jego działalności przedstawiły nam żywot człowieka czynu, inicyatywy, dobrej woli, miłosiernego serca, światłego umysłu, — a takim właśnie znaliśmy nieodżałowanego naszego Kolegę. Liczni przyjaciele i koledzy bł. p. Dr. Kohna będą szczerze wdzięczni autorowi za jego pracę, tak miłą sercu, a jednocześnie tyle zawierającą pouczenia dla potomnych.

— *Medycyna* Nr. 38. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci (dok.). Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Heiman: O stosunku ucha do t. zw. sfery nosowopłciowej u kobiet. Pruszyński: Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych (dok.). Bernhardt: Granulosis rubra nasi (Jadassohn) (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 7. Zawiera: Rozmieszczenie lekarzy w Galicyi. — Drakoński projekt. — Uboczne zajęcia lekarzy. — Z Izb lekarskich. — Komentarze do reskryptu prezydenta ministrów w sprawie tłumienia epidemij. — W ważnej sprawie. — Korespondencye. — Realista bez łaciny na weterynarza niezdatny. — Śruba podatkowa.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Pavlík: Přispěvek ku studiu kompensatorni hypertrofie ledwin. Paňýrek: „Chirurgie d' urgence" a prvni pomoc laická. Meze kompetenci (dok.). Hejda: Lokálni anaestesie (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 74. Fontoynont i Jourdan: Łańcuszkowcowe zapalenie języka i jamy ustnej, spostrzegane na Madagaskarze. Dor: Promienica. Poszukiwania nad grzybkiem promienistym, cechy jego morfologiczne i odczynne w tkance.

Nr. 75. Hirtz: Dziedziczność schorzeń zastawki dwukończystej: Guibaud: Czerwonka, jako choroba posocznicza. Lorand: Stosunek cukrzycy do akromegalii i choroby Basedowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Ewald: Histeryczne samopoddawanie u dzieci. Rogovin: Czułość próby jodowej. Brandenburg: Działanie żółci na serce i powstawanie tętna zwolnionego w żółtaczce. Hall: Pożywienie roślinne i napoje w dnie i zapaleniu nerek. Bamberg: Sanoform jako środek zastępujący jodoform. Delius: Poddawanie i jego znaczenie jako środka leczniczego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Fraenkel: Walka z chorobami narządu płciowego. Hess: Dwa nowe przypadki „acanthosis nigricans". Kayser: Doświadczenia z mezotanem. Baisch: Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu pęcherza moczowego. Stein: Przypadek przewlekłego wrzodu żołądka z silnym krwotokiem, z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i podwójnem przebiciem do jelita i dróg moczowych. Lommel: Ruchy żołądka i jelit w obrazach Röntgenowskich i ich zmiany w następstwie rozmaitych czynników. Landow: Wynik badania Röntgenograficznego po wstrzykiwaniach jodipiny. Galewsky: Wągry Bäckera. Nassauer: Leczenie poronienia. Napp: Nowa dwudzielna rurka do centryfugowania. Vortisch: Afrykańskie szóstaczki: Kanzki: Przypadek płodu beznogiego. Schwalbe: Problemat dziedziczenia w patologii (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Türk: Limfomatoza. Zypkin: Przypadek bezkrwistości śledzionowej z przejściem w białaczkę leukocytową. Stefanowicz: Przyczynek do symptomatologii rumienia lombardzkiego. Merk: Drobne spostrzeżenia z praktyki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 39. Behring: Powstawanie suchot płucnych i walka z gruźlicą. Bassenge: Zachowanie się prątków durowych w mleku i jego przetworach (dok.). Schüder: Czynnik Negriego w wściekliznie. Tabora: Lecznicze zastosowanie chlorku barowego. Rose: Uleczalność postępowego całkowitego zaniku kości.

Redakcya otrzymała. Przegląd zdrojowy (10 tegorocznych zeszytów).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 10 Października 1903. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Czy to dlatego, że kamica żółciowa u nas rzadziej się zdarza, niż gdzieindziej, czy też z tej przyczyny, że zapatrywanie naszych lekarzy na to cierpienie jest inne, aniżeli np. lekarzy niemieckich, doświadczenie większej części chirurgów polskich w tym kierunku jest bardzo niedostateczne. Wśród kilkunastu prac kazuistycznych, ogromna, jak na nasze stosunki, kazuistyka Szumana i Krajewskiego, maleje znacznie, gdy ją porównamy z zestawieniem n. p. Kehra, Riedla, Körtego, Czernego i wielu innych. Ani wątpić, że wiele spostrzeżeń spoczywa nie ogłoszonych w tekach naszych chirurgów, gdyż naprawdę chwalić się niema czem! Przypadki to bowiem ciężkiego zakażenia dróg żółciowych w przebiegu kamicy, należą do tych, dla których stół chirurga był tylko ostatnim etapem przed stołem prosektora. Wśród tych warunków operacya staje się tym łagodnym nawet podmuchem, który gasi zaledwie tlejący jeszcze płomień życia. I te właśnie przypadki, wprawdzie rzadkie, lecz niestety prawie wyłączne, wyrobiły u lekarzy i publiczności zupełnie nieusprawiedliwioną i jak najgorszą reputacyę leczeniu chirurgicznemu kamicy żółciowej. Brak zaś okazyi do poprawienia tej, z premis wynikającej wprawdzie, ale niesłusznej opinii, zmusza nas na razie korzystać z cudzego doświadczenia i cieszyć się powodzeniem tej gałęzi chirurgii poza granicami naszej działalności.

A tam, *ut fama fert*, operują nietylko częściej, ale i we wcześniejszych okresach tego cierpienia. Te zaś wcześnie podejmowane zabiegi wyszły, jak nas zapewniają autorowie licznych, bardzo licznych rozpraw, na zdrowie chorych i, w co uwierzyć możemy nawet bez osobnych zapewnień, na korzyść nauki.

Od chwili, kiedy Naunyn począł głosić naukę o „kamieniotwórczym nieżycie pęcherzyka", rozpoczęto szereg doświadczeń, które naukę ową umocowały faktami realnymi i wyjaśniły szczegóły. Z długiego szeregu badaczy wymienić należy nazwiska F. E. Italiego, Kettera i Duclauxa, Ehreta i Stolza, Miyakiego, Mignota, pomijając inne, równie zasłużone, nie mające jednak dość szczęścia, aby „utrzeć się" w piśmiennictwie.

Dzięki tym badaniom, potwierdzonym obrazami *ex autopsia in vivo* na chorym człowieku, wiemy, że dla wytworzenia się kamyków żółciowych potrzeba dwóch głównych, niejako zasadniczych warunków:

1) zastoju w krążeniu żółci;

2) zakażenia dróg żółciowych, zwłaszcza pęcherzyka, drobnoustrojami o małej jadowitości. Żółć, dawniej uważana za pewnego rodzaju substancyę antyseptyczną, okazała się wcale dobrą pożywką dla bakteryi. W warunkach fizyologicznych w żółci, wziętej z dolnego odcinka przewodu żółciowego wspólnego, stale wykazywano pewne drobnoustroje (Mieczkowski), przeważnie z rodziny prątka okrężnicowego i laseczníka kartoflanego *(b. coli, b. mesentericus).* Kiedy jednak przez przewód żółciowy wspólny przepływa aseptyczna żółć ciągłym prądem, trudno drobnoustrojom tym, ciągle spłókiwanym, przedostać się wbrew prądowi do głębszych dróg żółciowych. Niech jednak tylko prawidłowa chyżość i wydatność prądu żółci z jakiejkolwiekbądź przyczyny zostanie zwolnioną i ścieśnioną, a zwłaszcza niech tylko światło przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*) zwęzi się, choćby z powodu obrzęku błony śluzowej, wnet z tych bakteryi — „jagniąt" — stają się „wilki" mnożą się szybko i zwiększają stopień swej jadowitości. Wyścielająca drogi żółciowe błona śluzowa zostaje zajętą nieżytem. Zmieniać się ma wówczas oddziaływanie żółci z zasadowego na kwaśne, z roztworu wypada choleastearyna i węglan wapniowy, porywając ze sobą barwiki żółciowe; wydzielany zaś w nadmiarze przez chorą błonę śluzową śluz, wypadłe drobiny zlepia w skupienia i kamyki.

Nieustający niemal ruch w przewodzie wątrobowym i jego rozgałęzieniach, jak niemniej w przewodzie żółciowym wspólnym, ruch, sprawiony prądem przepływającej żółci, stanowić musi bardzo niekorzystny czynnik dla wytwarzania się kamyków, skoro z reguły spotykamy je, przynajmniej w początkach choroby, w pęcherzyku żółciowym. Wyjątkowo zaś tylko inne odcinki dróg żółciowych bywają gniazdem tych złogów. Z pęcherzyka dopiero, w którym w przeciwieństwie do przewodów wątrobowego i żółciowego wspólnego *(ductus hepaticus* i *choledochus)* tak łatwo o spokój, dłuższy czas niczem niezakłócony, kamyki żółciowe, niby z gniazda wędrują ku największemu utrapieniu chorych w inne okolice.

Tak się zapatrując na sprawę powstawania kamicy żółciowej, wytłómaczyć sobie umiemy, dlaczego cierpienie to trzy do pięciu razy częściej pojawia się u kobiet, niż u mężczyzn. Zwyczaj sznurowania się, umocowywania sukien w pasie, nadto ciąża, rodzaj zajęcia i t. d., przemieszczając wątrobę, załamują przewód pęcherzykowy, co powoduje zastój w tym zbiorniku, zastój zaś ze swej strony ułatwia zakażenie z jelit przez zastawkę Vatera i przewód żółciowy wspólny. Tem się też tłómaczy, dlaczego z żółci zakażonej, czy też z samych kamyków, najczęściej wyhodowywano bakterye z rodziny prątka okrężnicowego, rzadziej zaś gronkowce, paciorkowce, prątki duru itd.

W pęcherzyku [wyjątkowo bowiem, jak już wspomniano, przewód wątrobowy i jego rozgałęzienia w wątrobie bywają pierwotną siedzibą kamyków], tworzy się kamyk jeden, kilka, kilkadziesiąt, a nawet kilkaset, a jak ich liczba, tak i rozmiary, bywają różne. Po kształcie jednego kamyka odgadnąć można do pewnego stopnia ich liczbę, a nawet położenie topograficzne w stosunku między sobą. Kamyk samotny miewa kształt morwy; na całej powierzchni pokryty inkrustacyami, w różnych czasach się osadzającemi; kamyk zaś, który przebywał w pęcherzyku w licznem towarzystwie, miewa kształty trójgrańca, lub wieloboku z dokładnie zeszlifowanemi płaszczyznami, jako świadectwem długi czas toczonej walki o byt z niewygodnymi sąsiadami.

Równie cechujące znamiona zdarzają się na kamykach, stojących na czele gromady, lub też zamykających szereg. Mianowicie na tej części ich powierzchni, którą wnikały do światła przewodu, lub którą przylegały do ścian pęcherzyka, spotykamy świeże inkrustacye.

Zwykle kamyk, leżący najwyżej w pęcherzyku, a więc w jego szyjce lub przewodzie, bywa największym i najczęściej tak dużym, że żadną miarą przez drogi żółciowe sposobem przyrodzonym przejść nie może. Riedel nazywa ten kamyk kluczowym, lub naczelnym i uważa go za praojca licznych młodszych pokoleń, zamieszkujących sam pęcherzyk.

Także pod względem swego składu chemicznego kamyki żółciowe nie grzeszą jednostajnością. Na ogół wykazano w ich składzie; cholestearynę, wapno związane z bilirubiną lub kwasem węglowym, ślady żelaza i miedzi.

Długie lata, czasami przez znaczną część wieku ludzkiego, przesiedzieć mogą kamyki w pęcherzyku, nie zdradzając niczem swej obecności. Aż zdarzy się jakiś uraz, wysiłek fizyczny, błąd dyetetyczny, gwałtowny afekt psychiczny, zwłaszcza gniew itp., który ujawnia obecność tych intruzów w sposób arcyniemiły dla chorego, gdyż kolką żółciową.

Czem jest kolka żółciowa, ów napad gwałtownych bólów, pozbawiający zmysłów swej ofiary? Dawniej wszyscy, dziś jeszcze bardzo wielu, zwłaszcza internistów, uważa go za efekt przesuwania się kamyków ku przewodowi pęcherzykowemu, ewentualnie nawet dalej. Siłą popychającą obok ruchów robaczkowych pęcherzyka, jego szyjki i przewodu, ma być napór żółci prawidłowej, nagromadzonej i wylewającej się obficie z pęcherzyka na szczycie trawienia (w 4 godziny po obiedzie), w którym to czasie kolka ta, uważana przez laików z reguły, a przez lekarzy bardzo często, za „kurcze żołądkowe“, tak często się pojawia. Riedel jednak kolkę żółciową tłómmaczy inaczej, a tłómaczenie jego przyjęło wielu bardzo chirurgów, zwłaszcza obznajomionych z anatomią patologiczną tego cierpienia, dzięki licznym operacyom. Otóż wedle tego modernistycznego zapatrywania „kolka żółciowa“ jest synoninem zapalenia ścian woreczka *(cholecystitis)*. Do wywołania procesu zapalnego wystarcza sama obecność ciała obcego (ściśle kamyka) w pęcherzyku, bez interwencyi bakteryi, a więc bywa to najczęściej *„perialienitis“*, lub poprawniej *„perixenitis“*. Istnieje wreszcie teorya trzecia, teorya ugodowców, którzy balansując między dwoma poprzedniemi, przyjmują, że najpierw i przedewszystkiem kamyki wędrują, a wędrując zażegują po drodze proces zapalny.

Jakkolwiekbądź rzecz się ma, faktem jest, stwierdzonym bakteryologicznie, że *cholecystitis* bardzo często bywa sprawą zapalną aseptyczną, bez współudziału bakteryi. Odpowiednio też do tego w zapalonym pęcherzyku znachodzimy wysięk surowiczy, lub surowiczo-ropny, nieżytowy *(hydrops ves. fel.)* Rzadziej już zdarza się nam spotkać z wysiękiem ropnym *(empyema ves. fel.)*, a bardzo rzadko, skutkiem energicznego współdziałania drobnoustrojów, *cholecystitis* przybiera charakter wprost groźny dla życia. W tej formie najostrzejszej, analogicznej ze *skolekoiditis gangraenosa perforativa*, ścianki pęcherzyka ulegają częściowo lub całkowicie zgorzeli, a przez wypadły otwór wylewa się z wnętrza pęcherzyka płyn posokowato-ropny do jamy otrzewnowej, zanim ta zrostami zdołała odgraniczyć się.

Żadna jednak, choćby najłagodniejsza *cholecystitis*, nie mija bez pozostawienia śladów po sobie. Zmiany te dotyczą:

a) kamyków samych;

b) ścian pęcherzyka i przewodów;

c) narządów sąsiadujących z pęcherzykiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Co do rodzaju zmian w mózgu, wywołujących zaburzenia mowy, to mogą one być przyrody 1) organicznej, 2) zakaźnej, lub toksycznej, wreszcie 3) czynnościowej.

1) W przeważnej części przypadków przyczyną ośrodkowych zaburzeń mowy są zmiany organiczne, mianowicie uszkodzenie korowych ośrodków mowy, albo ich dróg. Zmiany głębiej leżące, np. w torebce wewnętrznej, lub zwojach ośrodkowych i na innych miejscach, mogą tylko przez ucisk na ośrodki mowy wywołać takie zaburzenia. Odwrotnie nie jest wykluczonem, że bodźce, wychodzące z ośrodków korowych, mogą innemi drogami przenieść się na inne części mózgu, np. przez spoidło na półkulę prawą. Takiemi zmianami organicznemi mogą być: udar mózgowy, wywołany wynaczynieniem w mózgu po stronie lewej, rozmiękczenie, zakrzep lub zator w tętnicy dołu Sylwiusza, ropnie mózgu, szczególnie pochodzenia usznego, nowodwory, gruzełki, zapalenie opon i mózgu, zranienia urazowe, porażenie połowicze strony prawej, zanik starczy i różne inne sprawy chorobowe, niszczące odpowiednią część kory mózgowej. Również przy zanikach i zwyrodnieniach w obłędzie postępującym, w stwardnieniu mózgowem, jakoteż wskutek niedokrewności tętniczej (ischemii), przekrwienia obocznego itp. zaburzeń w krążeniu zauważono zboczenia mowy. Sądząc ze spostrzeżeń klinicznych, zdaje się, że zaburzenia mowy po napadach udarowych (wynaczynieniach) są przeważnie natury ruchowej, po chorobach zaś usznych — czuciowej.

2) Do spraw zakaźnych i toksycznych, mogących prowadzić do zaburzeń mowy, zaliczamy: zapalenie płuc, zapalenie nerek (afazya mocznicowa), cukrzycę, dur, płonicę, ospę, odrę, różę, przymiot, ołowicę, zaparcie żywota, dnę. Oppenheim spostrzegał raz afazyę w zrakowaceniu ogólnem, inni w zatruciu santoniną i na szczycie napadu obłędu alkoholicznego.

3) Do przyczyn czynnościowych należą: strach, gwałtowne wstrząśnienie psychiczne (*mutismus hystericus*), pada-

czka, pląsawica. U dzieci powstają czasem zaburzenia mowy na drodze odruchowej, np. przy czerwiach. Nieraz afazya występuje po operacyi, po znieczuleniu chloroformowem, w stanach wyczerpania po znacznej utracie krwi. Utratę mowy spostrzegano dalej po nagłem zaziębieniu, przy tętniakach tętnicy podstawy czaszkowej, po urazie — przeważnie równocześnie z utratą słuchu. Afazya, towarzysząca padaczce, macinnicy i migrenie polega na skurczu naczyń mózgowych i niedostatecznem odżywieniu ośrodków korowych mowy. Tu zaliczyć należy może także afazyę wrodzoną z powodu niedorozwoju psychicznego u dzieci i osłabienie pamięci ruchowej i słuchowej u idyotów, głuptaków itp. Do tej kategoryi odnosi Ołtuszewski także omówioną powyżej afazyę amnestyczną Grasheya. Jeżeli Ołtuszewski twierdzi, „że najogólniejszym, a zarazem najważniejszym czynnikiem usposabiającym do zboczeń mowy jest zwyrodnienie w obszernem znaczeniu, poczynając od idyotów, a kończąc na niezrównoważonych“, to naszem zdaniem zapatrywanie to jest zupełnie uzasadnione, o ile się tyczy zboczeń mowy wogóle, a w pierwszym rzędzie zaburzeń dysartrycznych. Zdaniem Ołtuszewskiego zboczenia mowy zaliczyć należy do najważniejszych znamion zwyrodnienia.

Przebieg i rokowanie w afazyi ośrodkowej zależa w pierwszym rzędzie od rozległości i rodzaju zmian przyczynowych, szczególnie zaś od tego, czy są one przyrody czynnościowej, toksycznej czy też organicznej. Ucisk, krwawienie, przekrwienie, obrzęk i t. p. zmiany, często same z czasem ustępujące, lub też łatwo usunąć się dające, jak uciskający odłamek kości, nowotwory dobrotliwe, torbielaki łatwo przystępne dla chirurga, zapalenie opon natury kiłowej, kilaki, dalej różne zaburzenia w krążeniu, zatory, które się z czasem mogą wyrównać i t. p. przeszkody pozwalają na rokowanie dobre. Natomiast zniszczenie ośrodka mowy sprowadza zazwyczaj afazyę trwałą, a tylko u dzieci i osób młodych wyleczenie nastąpić może, jak tego dowodzą doświadczenia Gutzmana, Grasheya, Ołtuszewskiego i in. Prawdopodobnie wyleczenie w takich przypadkach następuje wskutek zastąpienia zniszczonych ośrodków półkuli lewej przez odpowiednie miejsca półkuli prawej, albo jako następstwo ćwiczenia i wprawiania pozostałych resztek ośrodków zajętych lub części sąsiednich po stronie chorej. Rzadziej taka restytucya przez zastępstwo może nastąpić u osób starszych, jak to pouczają niektóre spostrzeżenia (Pick). Warunki dla wyleczenia są wogólności korzystniejsze dla afazyi czuciowej, niż dla ruchowej, na co wskazał Wernicke. Skuteczność leczenia zależy zatem szczególnie od umiejscowienia ogniska, t. j. od tego, czy wyrównanie i zastąpienie go przez inne części mózgu jest możebnem, a w drugim rzędzie od wieku chorego. Dzieci mogą nieraz z bardzo rozległem zniszczeniem, a nawet z uszkodzeniem całego płaszcza lewej półkuli, z czasem uczyć się jeszcze mówić, podczas gdy u starszych już małe ogniska spowodować mogą trwałą i bezpowrotną utratę mowy. Ważną rolę w rokowaniu odgrywają również pojętność, stopień inteligencyi i wykształcenia chorej osoby. Stopień zaś afazyi nie daje pewnych wskazówek dla rokowania, gdyż ciężkie formy mogą szybko ustąpić, lżejsze zaś trwale pozostać. Im dłużej zaburzenia takie trwają, im więcej przytem umysł jest upośledzony, tem gorsze jest rokowanie, szczególnie jeżeli równocześnie zjawi się porażenie coraz więcej postępujące.

Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia twierdzi Ołtuszewski, że uleczalność zboczeń mowy z wyjątkiem zupełnych idyotów, uwarunkowana zwyrodnieniem, łączącem się nawet ze zmianami anatomicznemi, nie ulega żadnej kwestyi.

Leczenie ma być w pierwszym rzędzie przyczynowe, które wymaga zwalczania osłabiania ogólnego, zaburzeń krążenia, przymiotu, histeryi, ołowicy, alkoholizmu i usunięcia zmian miejscowych, o ile jest możebnem. W drugim rzędzie leczenie afazyi wymaga metodycznego uczenia się mowy, polegającego na systematycznych ćwiczeniach odpowiednich ośrodków mowy i pisania, względnie narządów artykulacyjnych, ćwiczeniach w wymawianiu głosek, zgłosek, słów i zdań, wreszcie ćwiczeniach w czytaniu i pisaniu. Gdy nawet w warunkach prawidłowych percepcya mowy odbywa się nie wyłącznie przez słuch, lecz po części także za pomocą wzroku i dotyku (Gutzman), to wciągnięcie do celów restytucyi mowy i innych zmysłów jeszcze utrzymanych i dobrze funkcyonujących odegra rolę pomocniczą, jak również systematyczne ćwiczenia słuchowe metodą Urbantschitscha, obok stosowania specyalnych metod, właściwych dla każdej kategoryi afazyi. W zboczeniach uwarunkowanych niedorozwojem, usiłujemy podnosić poziom zmysłowy, gdyż mowa stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencyi, a do jej powstania, względnie wytworzenia mowy prawidłowej, potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju sfery psychicznej. Dokładniejsze wyłuszczenie tych metod leczenia znajdzie czytelnik w pracach Gutzmanna i Ołtuszewskiego. Wyleczenia i poprawy w afazyi osiągnęli Kussmaul, Trousseau, Broca; w naszych czasach Gutzman, Ołtuszewski, Vidal, Liebman, Coën i inni. Nadmienić należy, że czasem po dłuższem trwaniu afazyi wyleczenie może nastąpić nagle pod wpływem silnego wzruszenia, strachu, przy wybuchu ognia, grożącem niebezpieczeństwie i t. p. jak w znanym przypadku syna Krezusa.

III. Oceny i sprawozdania.

Havelock Ellis. **Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie.** *(Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. H. Kurella. Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1903. Mk. 4. Str. XIV i 316).*

Ellis, znany autor dzieł z zakresu badań nad popędem płciowym, którego pracę „Popęd płciowy i uczucie wstydu“ (Geschlechtstrieb und Schamgefühl“ ibidem 1902) przed rokiem ocenialiśmy, zamieszcza nowe swe studya nad poczuciem płciowem w 11-tu rozdziałach i dwóch dodatkach. Rozdział pierwszy obejmuje analizę popędu płciowego, siedem następnych rozdziałów omawia wzajemny stosunek erotyki do uczucia bólu, trzy zaś końcowe rozdziały rozpatrują popęd płciowy u kobiety. W dodatkach zastanawia się autor nad popędem płciowym u ludzi pierwotnych i nad rozwojem tego popędu wogóle.

Ponieważ dokładne streszczenie w mowie będącego studyum jest w szczupłych ramach niemożliwe, przeto, polecając czytelnikowi goraco przeczytanie jego, pozwolę sobie przytoczyć tylko pokrótce wyniki, do jakich Ellis dochodzi w swych badaniach.

Zdaniem E. natężenie popędu płciowego jest u mężczyzn i kobiet jednakie. Mimoto jednak zachodzą pewne dość ścisłe różnice między popędem płciowym mężczyzn, a kobiet. Popęd płciowy kobiety odznacza się pewną większą zewnętrzną biernością, wymaga do swego obudzenia się zewnętrznej podniety i przeradza się powolniej, niż u mężczy-

zny w „orgasmus“. Rozwija się on u kobiety dopiero z chwilą, gdy ona rozpocznie się oddawać płciowej rozkoszy. Samoistne budzenie się popędu tego u kobiet okazuje wybitną skłonność do peryodyczności, a zarazem bywa u nich popęd płciowy więcej rozmaitym, niż u mężczyzn, to znaczy, bywa on różnym u różnych kobiet, a nawet różnym w różnych okresach życia jednej i tej samej kobiety. Ważną wreszcie różnicę popędu płciowego u kobiet, a u mężczyzn stanowi ta okoliczność, że u pierwszych o wiele trudniej jest zakreślić granicę między użyciem, a nadużyciem płciowem. Badania przejawów popędu płciowego u mężczyzn i kobiet uważa autor za nader ważne dla zrozumienia cech psychologicznych, które odróżniają mężczyznę od kobiety, a zarazem za ważne dla praktycznego zastosowania zasad higieny płciowej.

Całość dzieła, napisanego barwnie, a przystępnie, ilustruje nader rozległa literatura, oraz w dodatku „rozwój popędu płciowego“, zeznania 12-tu osób, tyczące się obudzenia się u nich popędu płciowego, z których zeznania 10 i 12 stanowią dzieje osób, dotkniętych fetyszyzmem płciowym.

Wachholz.

IV. Wyciągi.

Hutinel. **Leczenie ostrych nieżytów przewodu pokarmowego osesków.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1903. Sierpień). Autor streszcza w trzech punktach wskazania lecznicze, którym lekarz musi zadośćuczynić: 1) zatamować źródło wytwarzania się jadów; 2) uczynić przewód pokarmowy środowiskiem niekorzystnem dla rozmnażania się drobnoustrojów; 3) doprowadzić ustrojowi wodę, którą utracił. Zadania te spełnia w znacznej części wyłączna dyeta wodna. Autor radzi podawać czystą wodę starannie przegotowaną, lub łagodną wodę mineralną; wszelkie dodatki uważa za zbyteczne, a nieraz szkodliwe. Stosować najlepiej często, a niewielkie ilości. Ogólna ilość na dobę u dziecka 5—6-miesięcznego nie powinna przekraczać 1000 grm.; powyżej roku 1500 grm. i więcej. Woda winna być zimna, lub nawet w razie uporczywych wymiotów mrożona, ciepła zaś, lub gorąca, jeżeli grozi zapad. Podawanie w pierwszym okresie choroby mleka, nawet rozcieńczonego, uważa autor za nieodpowiednie i szkodliwe. Dyeta wyłącznie wodna ma trwać u osesków poniżej roku przynajmniej 12—15 godzin, niekiedy trzeba ją przedłużyć do 48 godzin. W większości przypadków sama dyeta wodna daje nam zadowalniające wyniki: pragnienie ustaje, gorączka opada, ilość moczu się zwiększa, stolce stają się rzadsze i zmieniają charakter wskutek zwiększonego wydzielania żółci; niekiedy jednak groźne objawy opierają się temu leczeniu i wtedy trzeba uciec się do przepłókania żołądka. Środek ten, doradzany przez Epsteina, Eschericha i innych cieszył się przed dwunastu laty ogromną wziętością; obecnie niesłusznie został nieco zarzucony. W przypadkach, gdzie w przebiegu ostrego nieżytu przewodu pokarmowego dopuszczono się błędu dyetetycznego i chodzi o szybkie opróżnienie żołądka, przepłókanie znacznie lepiej odpowie temu zadaniu, niż środki wymiotne, które zawsze grożą zapadem. Również tam, gdzie każda próba wprowadzenia do żołądka płynnego pożywienia powoduje wymioty, przepłókanie żołądka, zastosowanie dwa, lub trzy razy dziennie, pozwoli nam nieraz zwalczyć skutecznie tę trudność. Systematyczne płókanie dwa razy dziennie przez dwa, lub trzy dni, zapomocą wody Vichy stosuje autor przeciw pleśniawce i osięga znakomite wyniki. Dalszem zadaniem naszem będzie usunąć jady, wytworzone w jelitach, jak również zniszczyć znajdujące się tamże drobnoustroje. Zadania te mają spełniać środki czyszczące i odkażające. Środków czyszczących nie należy podawać, gdy stolce są częste, obfite i wodniste, podobne do cholerycznych; podamy je natomiast z dobrym skutkiem przy wypróżnieniach cuchnących, zmięszanych ze śluzem. Przepłókanie kiszek pod niewielkiem ciśnieniem (30—40 ctm.) może nam oddać niekiedy usługi; nie należy używać rozczynu kwasu borowego, który nie jest tak niewinnym środkiem, za jaki uchodzi i wprowadzony do przewodu pokarmowego oseska może już w ilości 500 grm. spowodować zatrucie. Również płókania czystą wodą nie są odpowiednie, gdyż działają drażniąco, a nawet niszcząco na przybłonek. Bardziej nadają się do tego celu środki klejowate, lub wreszcie fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Wogóle płókania jelit nie mają tych szkodliwych następstw, jakie przypisują im ich przeciwnicy; zbyt świetnych wyników nie należy się jednak po nich spodziewać. Jeżeli brzuch jest wzdęty i tkliwy, a dziecko niepokojem i krzykiem zdradza silne boleści, wówczas można z dobrym skutkiem stosować ciepły okład, lub kataplazm; odpowiedniejszym będzie okład zimny w razie wysokiej cieploty i znacznego wzdęcia przy równoczesnej atonii kiszek. Jedną z przyczyn gnicia, jakiemu ulegają pokarmy wprowadzone do jelit, jest zmniejszenie kwasoty soku żołądkowego. Wskazanem zatem będzie podawanie lemoniady z kwasu solnego (1·00 grm. na 1000 wody), lub lepiej jeszcze kwas mlekowy w ilości 5 grm. na 1000 grm. wody. Środek ten, wprowadzony przez Hayema, uchodził w swoim czasie za środek swoisty przeciwko cholerze dziecięcej. Liczne środki odkażające, zalecane tutaj, jak kwas borowy, salicylan sodowy, resorcyna, zdaniem autora niewielką mają wartość, gdyż ulegają wessaniu już w pierwszych odcinkach jelita cienkiego i chybiają wskutek tego celu. Inne, jak naftol, hemonaftol, salol, salicylan bizmutu, mające przechodzić przez całą długość jelit, jakkolwiek teoretycznie uzasadnione, w gwałtownie przebiegających przypadkach są bez wartości; po ustąpieniu ostrych objawów, w razie przeciągania się biegunki, mogą być stosowane z dobrym skutkiem. W razie, jeżeli stolce są bardzo częste i wodniste, kończyny zimne, a dziecko okazuje objawy zapadu, wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej oddają nieraz znakomite wyniki; nietylko bowiem wprowadzają do ustroju wodę, którą utracił, lecz równocześnie podnoszą parcie krwi i większe wydzielanie mocznika. U dzieci, ważących 4—6 klgr., wstrzykujemy 10, lub 15 ctm. dwa, lub trzy razy dziennie; u dzieci starszych, lub lepiej rozwiniętych, można dojść do 150, lub 200 grm. na dobę. Inne bardziej zgęszczone rozczyny, jak również wstrzykiwanie surowicy swoistej przeciw laseczników okrężnicy zostały dziś zarzucone. Wysoka ciepłota, przyspieszony oddech, niepokój dziecka dają wskazanie do kąpieli ciepłych, lub letnich, powtarzanych co cztery godziny; w razie zapadu można dodać do kąpieli nieco mąki gorczycznej. Z środków podniecających, stosowanych podskórnie, można użyć olejka kamforowego, lub eteru; kofeina mniej się tu nadaje, gdyż wywołuje u dziecka zbytni niepokój. Znaczne trudności przedstawiają się lekarzowi, gdy chodzi o rozpoczęcie na nowo przerwanego żywienia dziecka. Należy postępować niezmiernie ostrożnie i zwolna, a i tak nie zawsze da się uniknąć powrotu objawów chorobowych. U dzieci bardzo małych pierwsze próby robimy z rozcieńczonem mlekiem; u starszych próbujemy najpierw podawać kleiki i odtłuszczony rosół z kury. Z bardzo dobrym wynikiem stosował autor żywienie maślanką, która w ostatnich latach w Niemczech zyskała szerokie zastosowanie. Idąc za zdaniem Trousseaua, w przypadkach ostrych autor potępia podawanie makowca; w razie jednak, jeżeli biegunka się przeciąga, trudno się obejść bez tego środka. Przez czas dłuższy po przebyciu przez dziecko cierpienia przewodu pokarmowego należy kierować żywieniem z wielką ostrożnością; unikać zwłaszcza należy przeładowania żołądka i zalegania pokarmów po jelitach.

Dr. T. Żeleński.

Borde. **Praktyczny sposób podawania dzieciom chininy.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 9). Jak wiadomo, podawanie chininy dzieciom połączone jest ze znacznemi trudnościami. Dla zatarcia przykrego smaku rozpuszcza się zwykle ten środek w kawie czarnej, mleku, lub syropie; to jednak nie zapobiega, że dzieci bardzo często lekarstwa zwracają i przyjmują je z wielkim wstrętem. Nowsze przetwory chininy, wolne od przykrego smaku, mają tę niedogodność, że są nierozpuszczalne, w wodzie tworzą ciastowatą masę, wskutek czego podawanie ich małym dzieciom przedstawia znaczną niedogodność. Dr. Borde poleca sposób bardzo prosty, zapomocą którego możemy dzieciom każdego wieku podawać siarkan chininy. Jeden gram siarkanu chininy mięsza się z 8-ma gramami oliwy; 20 kropel tej mięszaniny zawiera 0·05 chininy. Jeżeli teraz do łyżki z ocukrzonem mlekiem wlejemy pewną ilość kropel tej mięszaniny, utworzy ona w mleku bardzo delikatną zawiesinę. Każda cząsteczka chininy, osłonięta oliwą, prześlizguje się przez wilgotną błonę śluzową jamy ustnej tak, że dopiero po upływie kilku minut dziecko doznaje uczucia lekkiej goryczy. Uczuciu temu można zapobiedz, podając natychmiast po zażyciu lekarstwa jakikolwiek płyn do popicia.

Dr. T. Żeleński.

Grunert. **Przyczynek do nauki o zakrzepie opuszki żyły szyjnej.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 57, 1903). Grunert uważa za wskazane odsłonięcie i otwarcie opuszki żyły szyjnej w tych przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej, w których po podwiązaniu żyły szyjnej i otwarciu zatoki poprzecznej stan chorego pozostaje bez zmiany, a leczeniem nieoperacyjnem nie da się usunąć zakrzepu z opuszki. G. uważa tę operacyę za *ultimum refugium.* W każdym przypadku zakrzepu zatoki poprzecznej radzi G. początkowo tylko podwiązać żyłę szyjną, otworzyć zatokę i następnie przepłókiwaniem i zapomocą łyżeczki starać się wydalić zakrzep z opuszki. W większości przypadków sposób ten wystarcza. Wystający wyrostek poprzeczny pierwszego kręgu szyjnego może

być znaczną przeszkodą przy odsłanianiu opuszki żyły szyjnej. W tych przypadkach, w których odsłonięcie zwykłym sposobem byłoby niemożliwe, G. proponuje dojście do tego celu przez wydłótowanie dolnej ściany przewodu usznego zewnętrznego i dna jamy bębenkowej. Oczywista rzecz, w tych przypadkach zawsze musimy wykonać operacyę doszczętną. G. tej ostatniej operacyi na chorych jeszcze nie robił; według jednak jego doświadczeń na zwłokach dostęp do opuszki ma być bardzo dobry. *Dr. Teofil Zalewski.*

Fraenckel. **Przyczynek do nauki o błonie wrodzonej w krtani.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 51). Zurhelle w roku 1869 pierwszy opisał błonę wrodzoną w krtani. Bruns, na zasadzie 12 przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie i jednego własnego, dał nam w r. 1893 możliwie dokładny obraz tej wady rozwojowej. Od tego czasu autor znalazł sześć nowych przypadków (Chiari, Laccoarret, Semon, Rosenberg, Kraus i Harmer). Błona wrodzona krtani, tak jak ją Bruns opisał, zaczyna się zawsze w przednim kącie krtani tuż pod strunami głosowemi, ciągnie się wzdłuż ich dolnych brzegów więcej lub mniej ku tyłowi i kończy się brzegiem kształtu ostrego sierpa. Utkanie jej składa się z zbitej tkanki łącznej; na powierzchni pokryta jest błoną śluzową. Grubość jej od tyłu ku przodowi powiększa się. Ku tyłowi sięga rozmaicie daleko: prawie przez całą długość więzadeł, lub do $^1/_3$ ich długości. Przypadek, opisany przez Chiariego, dotyczy 15-letniej dziewczyny, u której błona wypełniała tylną część krtani na wysokości strun głosowych; brzeg jej był też sierpowato wklęsły. Seifert spostrzegał cztery przypadki błony wrodzonej krtani w jednej rodzinie (ojciec i trzy córki). Zurhalle i Rosenberg widzieli przypadki z dwoma błonami: na wysokości strun głosowych i powyżej. F. opisuje dwa przypadki błony wrodzonej krtani; jeden dotyczył 22-letniego mężczyzny, u którego błona znajdowała się tuż pod strunami głosowemi w przedniej części krtani i sięgała mniej więcej do $^1/_3$ długości strun głosowych; w drugim przypadku u 16-letniego mężczyzny w przedniej części krtani na $^1/_2$—1 ctm. poniżej strun głosowych stwierdzono obecność błony, która ku tyłowi sięgała mniejwięcej do połowy długości strun głosowych. W obydwóch przypadkach brzeg był sierpowato wklęsły. Wielkich dolegliwości chorzy nie mieli i właściwie przypadkowo tylko odkryto błony. Żaden z przypadków nie był operowany.

Opierając się na drugim przypadku, który autor uważa stanowczo za wrodzony, przypuszcza F. możliwość błony wrodzonej nietylko na wysokości strun głosowych. *Dr. Teofil Zalewski.*

Fuchsig. **Przyczynek do sprawy rozległych krwawień żołądka w sprawach septycznych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1003, 25). Już Billroth zwrócił uwagę na krwawienia żołądka i dwunastnicy w przebiegu posocznicy. Dieulafoy zaś podał sześć przypadków krwawień w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Uważał on je za zakażenie ogólne toksynami, a przy sekcyach nie znajdował nigdy żadnych owrzodzeń na błonie śluzowej żołądka. Guyon podaje trzy przypadki krwawień żołądka przy ogólnem zakażeniu, którego punktem wyjścia był pęcherz moczowy; w jednym z tych przypadków, zakończonym śmiercią, nie znaleziono też żadnych zmian makroskopowych na błonie śluzowej żołądka i dwunastnicy. Są nadto jeszcze w tej sprawie spostrzeżenia Ewalda i Reicharda, a wszystkie one mają tę wspólną cechę, że krwawienie z żołądka nastąpiło w przebiegu jakiejś sprawy posoczniczej. Ujemną stroną tych spostrzeżeń jest to, że nie przedsięwzięto w nich badania histologicznego błony śluzowej żołądka. Dopiero w roku zeszłym ogłosił Nietzsche przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym trzeciego dnia po wystąpieniu choroby pokazały się wymioty krwawe, a piątego dnia chory umarł. Badanie żołądka przy sekcyi wykazało liczne owrzodzenia płaskie, pokryte po części skrzepami; przewody gruczołów żołądka zmienione przy ujściu, w tkance międzygruczołowej obfity drobnokomórkowy naciek, ilość jąder komórek tkanki łącznej i błony podśluzowej wzmożona. To wystąpienie krwotoków tłómaczy Nietzsche zmianami w gruczołach żołądka, które wydzielają toksyny, trucizny wchłonięte przez ustrój, przyczem same ulegają zmianom, mianowicie „komórki ich zostają zatrute i obumierają"; a więc nie jak w krwawieniach z innych części ciała, gdzie wskutek sprawy posoczniczej przychodzi do zmian w ścianach naczyń krwionośnych. Autor opisuje przypadek podobny; jednakże badania histologiczne tego przypadku doprowadziły go do innych wyników, niż Nietzschego. U chłopaka 13-letniego wystąpiło zapalenie wyrostka robaczkowego z następowem zapaleniem surowiczo-ropnem otrzewnej; ósmego dnia po operacyi pojawiły się wymioty i stolce krwawe. Sekcya wykazała na błonie śluzowej żołądka w okolicy dna punkcikowate, wielkości prosa, podbiegnięcia krwawe. Ubytków na błonie śluzowej nie było nigdzie, a badanie histologiczne wykazało tylko w kilku miejscach brak nabłonka, gruczoły zaś były niezmienione; drobnoustrojów też nie znaleziono. W przypadku tym przyszło zdaniem autora do rozległych krwawień z naczyń włosowatych, a powodem były zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, wywołane przez toksyny. W jaki się to sposób dzieje, pozostaje jeszcze kwestyą nie rozwiązaną; autor przypuszcza, że wskutek zmian w ścianach naczyń przychodzi do przepacania (*diapedesis*) ciałek czerwonych i że krwotok ten uważać należy za przepacanie wielkiego stopnia. *B. Żmigród.*

Prof. Politzer (Wiedeń). **Zabiegi zmierzające do wczesnego zamknięcia jamy po operacyjnem otwarciu wyrostka sutkowego.** (*Wiener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 30). Wiadomo, jak długotrwałem jest pooperacyjne leczenie otwartego wyrostka sutkowego, jak często wymaga ono od kilku tygodni, do kilku miesięcy i pozbawia chorego przez ten czas spełniania obowiązków swego zawodu. To też lekarze od dłuższego już czasu starają się o sposoby, mogące skrócić czas tego leczenia. Sposób taki podany został przez Politzera i polega na wypełnieniu jamy operacyjnej, wyścielonej już zdrową ziarniną, płynną parafiną i zespojeniu brzegów rany po stężeniu parafiny, klamrami, albo szwem. Do tego sposobu nadają się tylko takie przypadki, w których usunięto rozmiękczoną część wyrostka sutkowego, bez otwarcia jamy sutkowej, albo jeżeli jama ta, otwarta przy operacyi, już się zamknęła ziarniną. Wlewanie parafiny przy otwartej jamie sutkowej jest przeciwwskazanem, gdyż wówczas parafina dostałaby się do jamy bębenkowej, zkąd zaledwo z wielką trudnością dałaby się całkowicie usunąć. Zaraz po oddłutowaniu wyrostka, nawet bez otwarcia jamy wyrostkowej, metoda ta także nie daje się wykonać, gdyż doświadczenie poucza, iż mimo dokładnego i starannego wyczyszczenia schorzałego wyrostka sutkowego zostają nieraz resztki schorzałej kości, będące przyczyną długotrwałego ropienia w jamie pooperacyjnej. *Spira.*

Dr. L. Bornhaupt. **W sprawie wczesnych operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Archiv Langenbecka* Tom 70, Zeszyt 2, 1903). W prywatnej klinice i w oddziale szpitalnym Dra A. v. Bergmanna, w czasie od roku 1894 do 1900, leczono 268 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. W 42 przypadkach nie wykonano żadnego zabiegu operacyjnego i z tej liczby siedmiu chorych umarło z ogólnem zapaleniem otrzewnej, 35 zaś wyzdrowiało; 90 razy operowano między napadami, z tych 1 chory umarł, a 102 razy w czasie napadu, z 15 przypadkami śmiertelnymi; 35 razy wkraczano z powodu ogólnego zapalenia otrzewnej, stale bez powodzenia. Na podstawie doświadczenia, zaczerpniętego z tych przypadków, oraz zapatrywań innych autorów, kończy B. rozprawę następującemi zdaniami: 1) W leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego nie powinien istnieć zasadniczy rozdział między leczeniem wyczekującem, a operacyjnem. 2) Z chwilą, w której wykażemy wysięk ropny, nie powinniśmy zwlekać z zabiegiem operacyjnym. 3) Istnieje pewna postać zapalenia okołokątniczego, w której jedynie operacya, wykonana w pierwszych 24 godzinach, może chorego uratować. 4) Niestety postaci tych nie umiemy ściśle wyosobnić; ogólnie przypadki te odznaczają się tem, że od początku przebieg cierpienia bywa atypowym, odmiennym od szablonu. 5) Bardzo wysoka ciepłota, szybkie tętno, gwałtowne bóle, złe wejrzenie chorych, deskowato napięte powłoki brzuszne, przytem macalny wyrostek robaczkowy, oto są objawy ciężko przebiegającego zapalenia wyrostka robaczkowego, wymagającego możliwie szybkiej operacyi. 6) Ponieważ po wczesnych operacyach koniecznem jest tamponowanie rany (skąd w przyszłości rozwinąć się mogą przepukliny), usprawiedliwionem jest dążenie do operowania w okresie między napadami, a mianowicie w 4—5 tygodni po ostatnim napadzie. *Herman.*

Dr. O. Nordmann. **O śródbrzusznem skręceniu się sieci.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 28). Dwa własne spostrzeżenia, a ośm zestawionych z literatury wyczerpują kazuistykę tego przedmiotu. Rzecz ma się prawdopodobnie tak, że skutkiem urazów, działających długie lata na strzęp sieci, schodzący do worka przepuklinowego (pachwinowego), wytwarza się szypuła, łącząca sieć właściwą z częścią, mieszczącą się czasowo w przepuklinie i jak wiadomo, bardzo często ulegającą zwyrodnieniu. I znów z przyczyn mechanicznych (najczęściej podczas niezręcznego odprowadzania) ten odsznurowany płat sieci, wpadłszy do jamy brzusznej, ulega okręceniu około swej szypuły i uwięźnieniu. Ztąd zdarzeniu temu towarzyszą objawy częściowego uwięźnienia (stolec bowiem i wiatry utrzymują się), worek przepuklinowy staje się bolesny, a na odpowiednim talerzu biodrowym wyczuwa się opór. Leczenie proste: herniolaparotomia i odcięcie sieci. *Herman.*

Dr. E. Apolant. **O bezmoczu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 29). Mężczyzna 70-letni po trzechtygodniowem niedomaganiu z powodu grypy, przestał nagle oddawać mocz. Objawowi temu towarzyszyły niewyraźne odczucia w okolicy prawej

nerki. Mimoto stan ogólny był bardzo dobry. Próba cewnikowania moczowodów (prof. Nitze), nie powiodła się. Dopiero pod koniec siódmej doby wystąpiły lekkie objawy, zapowiadające zbliżanie się mocznicy. Ósmego dnia ponowiona próba wprowadzenia cewnika do moczowodu została uwieńczona pomyślnym skutkiem. Jakkolwiek cewnik nie wykazał nic patologicznego (specyalnie kamyka), chory bezpośrednio oddał nieco krwi, a następnie kolosalne ilości moczu (10 litrów w 24 godzinach), poczem wyzdrowiał. W wywiadach podał, że przed 8-ma laty przebył pierwszy napad bezmoczu, trwający 9 dni. *Herman.*

W. Alter. **Przypadek zropienia nerki.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 30). Dorosły mężczyzna zachorował śród objawów nieżytu pęcherza. Z dnia na dzień stan jego ogólny pogarszał się, przybrał wreszcie cechy stanu posoczniczego, zwalczanego skutecznie, ale przemijająco, śródżylnemi wstrzykiwaniami kolargolu. W trzecim tygodniu choroby oddał chory z moczem trzy strzępy tkanki, która pod mikroskopem okazywała wyraźną budowę nerki. Odtąd stan stawał się lepszy, wreszcie po kilku tygodniach nastąpiło wyzdrowienie. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Hymal. (Didym salicylowy). (*Therapie der Gegenwart*, lipiec, 1903), otrzymywany jako produkt uboczny przy fabrykacyi żarowych siatek auerowskich, jest proszkiem delikatnym, barwy różowawej, bez woni, dającym się dogodnie posypywać na rany. Kopp z Monachium zwrócił pierwszy uwagę na odkażające i wysuszające działanie dymalu; poleca go przeto jako proszek do posypywania ran, zwłaszcza w małej chirurgii i chorobach skóry, jak np. w wyprzaniu i nadmiernem poceniu się. W przypadkach odleżyn, zgorzeli skóry dymal usuwa przykrą woń z ran. Obok tych własności podnosi Munk jeszcze inną, a mianowicie, że proszek ten posypywany na rany cięte, lub miażdżone, ulegał bez szkody dla ustroju wessaniu z powierzchni, przyczem dno rany i proces jej gojenia z łatwością mogły być po zdjęciu opatrunku należycie ocenione. Pominąć wreszcie nie można nadzwyczajnej taniości tego przetworu. *S. P.*

Tanigen w leczeniu zaburzeń jelitowych w wieku dziecięcym. (*Heilkunde*, lipiec, 1903). W nieżycie jelita cienkiego u dzieci polecał A. Weiss w Wiedniu dawniej makowiec. Obecnie uważa za jodyny lek w takich przypadkach tanigen obok leczenia dyetetycznego. Przed innymi przetworami ma tanigen tę zaletę, iż garbnik prawie wcale w żołądku się nie wydziela, więc oszczędza żołądek i w jelitach uwalnia się bardzo powolnie tak, iż nawet w najniższych częściach jelita działa tanigen niejako *in statu nascendi*. Escherich powiada, iż tak szybkiego i pewnego działania, jakie posiada tanigen, nigdy dotychczas nie spostrzegał. Przeciętna dawka 0,3 na jeden raz. Takich proszków bierze dziecko cztery dziennie. Bezwarunkowo odradzają autorowie tak często ulubionego łączenia makowca z garbnikiem, względnie tanigenem, ponieważ kwas garbnikowy strąca alkaloid, więc się z nim nie zgadza. Jeżeli więc biegunka bardzo jest obfitą i koniecznie zwolnić należy ruch robaczkowy, lub z powodu gwałtownych bólów zamierzamy podać środek uspakajający, należy przepisać go oddzielnie od garbnika, względnie tanigenu. W przeważającej liczbie przypadków wystarcza podawanie samego tylko tanigenu. *Baschkopf.*

Podskórne stosowanie jodipiny. (*Aerztliche Rundschau*, Nr. 27, 1903). W wileńskiem Tow. lek. przedstawił Dr. Wolfson 25-letnią wieśniaczkę, leczoną w szpitalu podskórnemi wstrzykiwaniami jodipiny z powodu rozległych wrzodów kiłowych na ramieniu. Wstrzykiwano za każdym razem 10—30 ctm.³ 25% roczczynu jodipiny. Przez cały czas leczenia, które trwało jeden miesiąc, wstrzyknięto razem 500 ctm.³. Podczas, gdy dawniejsze leczenie było bezskuteczne, po tych wstrzykiwaniach nastąpiło szybko wygojenie wrzodów. Znakomicie poprawił się też stan ogólny. Jeszcze długi czas po skończeniu leczenia mógł W. stwierdzić jod w moczu. Korzystny wpływ leczniczy w tym przypadku należy bezsprzecznie przypisać osiągniętemu tym sposobem długotrwałemu działaniu jodu. *Baschkopf.*

Leczenie jodipiną przypadku rozedmy płuc i dychawicy u dziecka, powstałej w następstwie wybujałości gruczołowatych. (*Aerztliche Rundschau*, Nr. 28, 1903). Peano opisuje spostrzeżenie, tyczące się 4½-letniego dziecka, które od dwóch ulegało gwałtownym napadom kaszlu i duszności, które uniemożebniały sen. Długi czas leczono to dziecko wszelkimi uspakającymi środkami. W poliklinice rozpoznano: podostrą rozedmę płucną, dychawicę odruchową, wybujałości gruczołowate w przestworze nosowo-gardłowym. Leczono z początku wstrzykiwaniami 10%-owej jodipiny, później podawano dwie łyżeczki dziennie tego leku. Po trzech miesiącach znikły prawie zupełnie wybujałości, dziecko można było uważać prawie za zupełnie wyleczone. W rozedmie płuc, wikłającej się z wybujałości gruczolowatemi, wskazane jest leczenie jodem; 10%-owy roczczyn jodipiny jest przetworem stałym, nie wydzielającym jodu i to tem cenniejszym, iż można być pewnym zupełnego jego wessania. Według Dra P. Toretty, który leczył dzieci wstrzykiwaniami jodipiny, można skutecznie stosować ten lek w praktyce dziecięcej w przewlekłem zapaleniu płuc, zołzach i gruźlicy. *Baschkopf.*

VI. Kilka słów z powodu artykułu Dra Lachsa: „Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia Szkoły lekarskiej na Wołyniu. Studyum historyczne“.

Przegląd lekarski 1903, NN. 27—35).

Podał

Dr. Józef Bieliński.

Ważną bezwątpienia jest epoka 1803—1806 roku w historyi naszej umysłowości, a przedewszystkiem Szkoły polskiej w granicach Rzeczypospolitej pod trzema rozbiorczemi państwami. W zaborze pruskim widzimy silne dążenie do zgermanizowania szkoły. W tym celu najwybitniejszych nauczycielów zgromadzenia ks. Pijarów, jak ks. Szwejkowskiego, Falkowskiego, Czarneckiego i innych powołano do Berlina, aby tam wyćwiczyli się w zasadach pedagogicznych nowego kursu, nim przyjmą na siebie zarząd szkół pijarskich w południowych Prusach. W samej Warszawie urządzono Liceum pod kierunkiem Lindego; miało ono niemczyć dzieci polskie, a zdolniejszą młodzież przygotowywać do wyższych nauk w Uniwersytetach niemieckich. W całej tej organizacyi zachowano jednakże do czasu pozory, dzięki którym wybitniejsze miejscowe jednostki weszły do Eforatu. Austryacy byli mniej względni, gdyż nawet na pozory nie chcieli się zdobyć; — z bezwzględną bowiem surowością germanizowali młode pokolenie w Galicyi austryackiej, a w Krakowie Uniwersytet obsadzili niemcami; że zaś nie mieli tylu mężów zaufania pod ręką, aby oba wydziały lekarskie we Lwowie i w Krakowie obsadzić należycie, zwijają pierwszy i łaskawie z drugim go łączą. Nie tak się działo pod zaborem rosyjskim. Cesarz Aleksander, zaprowadzając ministerstwo oświecenia i dzieląc całe państwo na okręgi naukowe, — do okręgu wileńskiego przeznaczył wszystkie te prowincye, które skutkiem trzykrotnego podziału Polski przeszły pod panowanie Rosyi. Jako zasada przy urządzaniu szkół w państwie, a zatem i w granicach dawniejszej Polski, przyjętą była Ustawa „Komisyi Edukacyjnej Obojga Narodów“; a fundusze pojezuickie miały służyć dla utrzymania i rozwoju szkoły polskiej, polskiej powtarzam, w okręgu naukowym wileńskim. Cóż więc dziwnego, że historya szkolnictwa w okręgu wileńskim tak interesowała i po dziśdzień interesuje społeczeństwo polskie; pomimo bardzo bogatej literatury, której część przywodzi i Dr. Lachs w zakończeniu swej pracy, — ta historya nie stanowi bynajmniej księgi zamkniętej, a każdy nowy przyczynek, jeżeli podaje naturalnie, czy to nowe fakta, czy też dzięki odszukanym nowym materyałom rękopiśmiennym, nowe ich wyjaśnienie, — jest bardzo pożądanym. Że zaś Dr. Lachs, jak to z przypisków dowiadujemy się, oparł swą pracę, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie na rękopisach, znajdujących się w Muzeum XX. Czartoryskich i w Bibliotece Jagiellońskiej, źródłach dla niewielu dostępnych, ztąd zaciekawienie nasze było bardzo podniesione, a gdy praca wydrukowaną została w całości, poważamy się powiedzieć o niej kilka słów kompetentnych, do czego przyznajemy sobie mieć prawo. W „Studyum historycznem“, jak swą pracę Dr. Lachs nazywa, występują następujące osoby: kurator, rektor Uniwersytetu, wizytator, profesor Uniwersytetu. Są jeszcze dwie osobistości przygodnie działające, jak Jan Śniadecki i Kołłątaj. Dla nas działalność tych „figur“ w takiem oświetleniu, jak autor je przedstawia, jest wprost niezrozumiałą. Tymczasem w „Ukazie cesarskim“ role ich są jasno wykazane. Gdyby autor poprzestał tylko na zaznaczeniu ich działalności, bez swoich uwag i poglądów, nie mielibyśmy wprawdzie „Studyum“, natomiast porozumielibyśmy się z łatwością. Nie potrzebuję się rozpisywać, aby dowieść, że jedynem źródłem w tym przypadku jest ów „Ukaz cesarski“; niestety, nie znajdujemy go między źródłami przez autora podanemi. Dzięki więc temu, że autor nie zapoznał się z owym „Ukazem“, czy to w oryginale, czy w przedrukach u Balińskiego, lub u mnie („Uniwersytet wileński“), — nie wie, jaka była rola, zależność, inicyatywa itd. wspomnianych osób. Skutkiem braku tych wiadomości piszący „Studyum historyczne“ w ciągłej jest z sobą rozterce i dochodzi w konkluzyi do wy-

ników, jakich na względzie zapewne pierwotnie w założeniu nie miał. W szczegóły bawić się nie mogę, gdyż musiałbym się powtarzać, a ja właśnie tak niedawno i tak szczegółowo ten sam przedmiot opisywałem. Dziwnem się wydaje wyjaśnienie autora, pouczające czytelnika, w jaki sposób zreorganizowany został Imperatorski Uniwersytet, który autor mianuje „Szkołą Główną wileńską“, nie uwzględniając tego, że ta Szkoła zniknęła z widowni, gdy Uniwersytet powstał, mianowicie posiłkuje się urywkiem z listu Poczobuta do Jana Sniadeckiego pisanym, gdyż to tylko źródło wynalazł w kodeksie Nr. 3119 w Bibliotece Jagiellońskiej.

Również z nieodpowiedniego wyzyskania źródeł wypłynął następujący frazes autora: „Komisya Edukacyjna za mało zdziałała dla Wołynia i innych województw z nim przyłączonych do państwa rosyjskiego, gdyż kraje te zbyt krótko z Koroną były połączone od czasu utworzenia komisyi (str. 398, szpalta 1“). Twierdzenie to nie jest uzasadnione. Wołyń tyle korzystał z dobrodziejstw komisyi, ile i Korona, a nawet więcej, bo dłużej; gdy w Koronie austryacy i prusacy niemczyli szkołę, — na Wołyniu nauczyciele nominowani przez komisyę, oraz podręczniki szkolne, z ramienia tejże komisyi używane, doczekali się kuratoryi Czartoryskiego, bez żadnej zmiany. Szkoda, że autor nie zapoznał się z moim artykułem, poświęconym temu przedmiotowi, opartym na źródłach urzędowych rosyjskich, pomieszczonym w Zeszycie III Kwartalnika historycznego za rok 1902. To, co autor pisze o zakresie działania Szkoły Głównej wileńskiej, nie jest również oparte na dowodach, wobec nie wyzyskania źródeł, należących do tego przedmiotu. Czy potrzeba było tworzyć nowe ognisko w Krzemieńcu, ażeby wzmocnić słabo dochodzące promienie z Wilna, o tem miałoby się dużo do powiedzenia. W sądach swoich o Uniwersytecie wileńskim stanął autor na stanowisku Jana Sniadeckiego z przed stu laty; sąd ten opiera na wyjątku z listu Jana Sniadeckiego, pisanym z Paryża do Dmochowskiego. Nie uwzględnia autor tego, że Jan Sniadecki tyle tylko wiedział o Uniwersytecie, ile mu zakomunikował brat Jędrzej, lub Dmochowski, ten ostatni z drugiej ręki. Gdyby autor ten wyjątek cokolwiek rozszerzył o trzy wiersze, samby się o tem przekonał; Sniadecki bowiem dodaje: że chcąc powziąć dokładne pojęcie, co się dzieje w Wilnie, trzeba tam być i na miejscu rzecz zbadać. Tak pisze Sniadecki, a list jego, który autor przytacza z rękopisu, znajdujomy od lat 40-tu przedrukowany przez Balińskiego w „Pamiętnikach o Janie Sniadeckim“. Powtóre, jeżeli Sniadeckiemu rozbawionemu i zabawiającemu swą towarzyszkę podróży w Paryżu, wolno było wypowiedzieć zdanie krzywdzące Uniwersytet, w liście prywatnym, pisanym do przyjaciela, — to dziś, w sto lat później, gdy Uniwersytet od 70-ciu lat już nie istnieje, kiedy działalność jego przeszła do historyi, — dzisiejszemu historykowi nie wolno jest podobnego zdania wygłaszać bez narażenia się na zarzuty. Autor dowodzi dalej, że Strojnowski sprowadził zbyt dużo niemców, którym wychowania młodzieży polskiej nie można było powierzyć. Kogóż więc ten Strojnowski sprowadził? Langsdorfa technologa, który w ciągu jednorocznego pobytu w Wilnie napisał dwa ważne, jedyne podręczniki technologiczne, a gdy powrócił do Niemiec, został rektorem w Heidelbergu; sprowadził Bojanusa, którego prace z anatomii porównawczej dokonane w Wilnie wielką sławą, okryły Uniwersytet w Europie. Oto ci „dwaj niemcy“ są grzechem Strojnowskiego. Abichta przyjął, bo musiał, taki rozkaz przyszedł z Petersburga; Franków nie sprowadzał Strojnowski, chociażby mu to zaszczyt przyniosło. Specyalnie książe Czartoryski zajmował się tą sprawą. Przez dłuższy czas nie było pewności, czy Frankowie przyjadą. Coraz cięższe warunki podawali, wszystkie przyjmował kurator; zgadzał się na nie i Cesarz, żywo zainteresowany w tej sprawie. Parafrazując urywki z listów, dochodzi autor do błędnych wniosków: np. podaje z kodeksu 3446 (Muzeum XX. Czartoryskich) parafrazę listu Czackiego do księcia kuratora i Sniadeckiego Jana, listów według autora identycznych. „Czego jednak nie mógł (Czacki) wynurzyć wobec profesorów wileńskich, to czyni wobec księcia kuratora, użalając się na nieumiejętne prowadzenie szpitala wileńskiego przez Franka i na wielką śmiertelność kobiet przy porodach“. Listu do kuratora nie czytałem, list do Jana Sniadeckiego jest znany z przedruku u Balińskiego. Czy znający Czackiego, może chociażby na chwilę przypuścić, aby coś podobnego napisał? Bynajmniej. Czacki miał swoje drobne wady, ale był to człowiek rozumny, i nie dziwimy się wcale, gdy w inkryminowanym liście do Sniadeckiego, wspominając o Frankach, dodaje, że każda szkoła, chociażby najznakomitsza, uważałaby sobie za zaszczyt liczyć w swem gronie takie znakomitości. Powtóre, Czacki dobrze wiedział o tem, że 26 lipca 1804 roku (data listu) Frank „nieumiejętnie“ nie mógł prowadzić szpitala wileńskiego; Czacki wiedział dobrze, a i dzisiejszy historyk medycyny wiedzieć powinien, że w r. 1804 położnice w Wilnie miały swój szpital przez biskupa Massalskiego założony, szpital niezależny od Uniwersytetu, lecz od Izby powszechnej opieki; Czacki wiedział, że położnicami ani w lipcu 1804 roku, ani później, gdy Frank przyjechał do Wilna, zawiadywał nie Frank, lecz prof. położnictwa Matusewicz.

Przystępujemy nareszcie do głównego przedmiotu „Studyum“, do owej Akademii lekarskiej w Krzemieńcu, której protektorem miał być Cesarz, głową widomą Czacki, a która miała być niezależną od okręgu wileńskiego, a miała mieć wszelkie prerogatywy specyalnego zakładu naukowego najwyższej rangi. Lecz pozwolę sobie zatrzymać się jeszcze chwilę ze sprawozdaniem, aby zaznaczyć przedewszystkiem, że owe materyały rękopiśmienne, owe kodeksy tak często w przypiskach przez Dra Lachsa notowane, od lat przeszło czterdziestu są drukiem ogłoszone. Może autor to sprawdzić, rozpatrzywszy tom drugi „Pamiętników o Janie Sniadeckim“, poczynając od stronicy 203. Jeżeli listy Jędrzeja Sniadeckiego, pisane w sprawie owej Akademii do Czackiego, porówna autor z wyciągami przez siebie w „Studyum“ umieszczonymi, przekona się bez trudu, jak sądzę, że Jędrzej Sniadecki nie jest ani takim czarnym charakterem, ani intrygantem, ani egoistą, ani wreszcie sobkiem, jakim się w oświetleniu autora przedstawia.

Zięć Sniadeckiego, Michał Baliński, napisał biografię Jędrzeja. Z powyższej pracy korzystali wszyscy, piszący później o Sniadeckim. Kompilacya musiała wystarczyć, gdyż piszący byli pewni, że wyschło źródło, z któregoby można było zaczerpnąć bliższych szczegółów w takich kwestyach, o których Baliński z lekka wspomina, lub zupełnie przemilcza. Dobrze więc robią ci, którzy odszukawszy nieznane dotychczas listy, czy to Jędrzeja Sniadeckiego, czy do niego psane, ogłaszają je drukiem; tak robi np. Dr. Wrzosek i przyszli biografowie Sniadeckiego z pewnością będą mu wdzięczni za to. Projekt Sniadeckiego, aby w Krzemieńcu powstał wielki zakład specyalny wychowawczy i praktyczny (jak kliniki i szpital weterynaryjny) był z założenia swego niewykonalnym. Wielcy ludzie mają czasami dziwne fantazye. Taki np. Newton był przekonany, że jeżeli postawią mu kiedy pomnik, to z pewnością za rozprawę, w której podaje sposoby, jak należy pławić czarownice; również Jędrzej Sniadecki uroił sobie, że dość będzie, gdy poda projekt, a ten niezwłocznie wejdzie w życie. Baliński innego był zdania, we wzmiankowanym życiorysie ani jednem słowem nie zaznacza o istnieniu owego „projektu“, ale na gruncie neutralnym, bo w dodatkach do „Pamiętników o Janie Sniadeckim“, w całości go przedrukowuje. Że Dr. Lachs innego był zdania, dowodem „Studyum“, z którego mam zaszczyt zdawać sprawę. Że „projekt“ ten w zupełności pochłonął autora, to widać z tego zamieszania, jakie panuje w tej części artykułu, która specyalnie owemu „projektowi“ jest poświęconą. Czytelnik nie wie, czy autor mówi o Gimnazyum Wołyńskiem, czy o części tego Gimnazyum — Szkole lekarskiej. Zdawałoby się, że Gimnazyum nic autora nie obchodzi, bo o niem nie mówi, natomiast przywiedzione fakta i rozporządzenia odnoszą się li tylko do niego. W jednym tylko jest autor wiernym sobie: w hymnie pochwalnym podnosi Czackiego i Sniadeckiego, potępiając bez możności obrony tych wszystkich, którzy nie dostrajają się do owego hymnu. Niewdzięczna rola, bo gdyby Czacki i Sniadecki przeczytali „Studyum“ z zagrobu, jęknęliby z psalmistą: „broń nas Boże od naszych przyjaciół“. Nic dziwnego, jak to już zaznaczyłem powyżej; Sniadecki, dzięki wyjątkom z własnych listów, jest zwykłym intrygantem; Czacki zaś to chwiejny, niezdecydowany w przekonaniach i czynach, a nawet denuncyant wobec historyi. Czacki bowiem skarży się na księcia kuratora, że mu psuje szyki — bo, pisze Dr. Lachs, ks. kurator, „jako przedstawiciel rządu wobec Wołynian i pośrednik pomiędzy tymi, a pierwszym, nie mógł się w sprawie języka polskiego zanadto daleko posunąć, nie chcąc popaść w niełaskę u rządu... Jednem słowem obawiał się stworzenia kwestyi językowej, której załatwieniem mógł sobie i samej Szkole bardzo wielką szkodę wyrządzić“. Czy nie zadaleko zaszedł, a autor z powodu swoich twierdzeń! Więc książe kurator, jak utrzymuje Dr. Lachs, krzyżował Czackiego plany odnośnie do języka polskiego w Gimnazyum Wołyńskiem!?; niemniej kurator krzywo się patrzał na swego Wizytatora, podejrzywał go o separatyzm, o utworzenie w Krzemieńcu Uniwersytetu, niezależnego naturalnie od Wilna. Na potwierdzenie powyższego przytacza autor tylko wyjątek z listu kuratora do Jana Sniadeckiego. Szczęściem, że wszystkie to listy, które autor podaje z kodeksów dla nas w tej chwili niedostępnych, przedrukował Baliński, możemy więc sprawdzić prawidłowość cytat autora. Otóż ów list nie jest pisany przez księcia kuratora, ale przez Generała Ziem Podolskich. A to zmienia postać rzeczy, bo dalsze wyjaśnienia autora są zbyteczne. Dziwię się bardzo, że nie zwrócił autor na to uwagi. Listy Generała Ziem podolskich są tak charakterystyczne,

że z pierwszych wierszy łatwo je poznać; nie mówię już o tem, że pismo kuratora i jego ojca są zupełnie do siebie niepodobne.

Również nie ściśle są wiadomości autora odnośnie do zbierania funduszów na Gimnazyum wołyńskie. Oto co pisze autor: „Sprawa zebrania funduszu nie była łatwą, gdyż potrzeba było na to specyalnego zezwolenia, co udało się uzyskać przy pomocy ks. Adama Czartoryskiego, jako kuratora Szkoły Głównej Wileńskiej“. *Tempora mutantur!* dzisiejszym łokciem nie można mierzyć wydarzeń z przed stu laty. Zebranie funduszu z pewnością łatwem nie było, lecz nie dla powodów, że się tak wyrażę, policyjnych. Ówczesne gazety przepełnione są komunikatami urzędowymi, że takim to ofiarodawcom na Szkoły Cesarz Jegomość przesyła podziękowania monarsze, lub pierścień, order, a nawet rangę, lub odznaczenie dworskie. Powszechne było dążenie onego czasu, aby społeczeństwo popierało rząd i przyczyniało się ofiarnością do rozwoju szkół i szkółek. Ale nie przeszkadzajmy autorowi: „Popłynęły składki nadzwyczaj obficie, pisze autor, a fundusze zebrane tą drogą przekroczyły wkrótce najśmielsze oczekiwania. Takiemu zapałowi ludności nie mógł się oprzeć rząd (!) i przeznaczył na utrzymanie przyszłego instytutu bardzo poważną sumę, albowiem dochodzącą, nie wliczając licznych włości, będących niegdyś w posiadaniu OO. Jezuitów (tu dodam, że autor opuścił Starostwo krzemienieckie) rocznie do 105,000 rubli srebrem. Obok pieniędzy płynęły równie obficie cenne dary na rzecz biblioteki, gabinetu mineralogicznego... Czacki całą swoją bibliotekę przeznaczył na rzecz zakładu“. Zkąd to wziął autor? Pisze, że od Dra Majchrowicza (Muzeum, 1894). Nie czytałem tego artykułu, lecz na zasadzie cytat dotychczasowych wnoszę, że Dr. Majchrowicz nie napisał tego. A jeżeli napisał, to autor powinien był sprostować. Wszakże komentuje list Strojnowskiego, w którym ostrzega rektor Czackiego, aby się nie zagalopował w wydatkach, bo fundusze na składkach tylko oparte są kruchą podstawą. Również gdyby wynik składki był taki świetny, dla czegoż Rząd asygnuje 105,000 rubli i w dodatku do tej sumy przeznacza jeszcze i majątki po — jezuickie i Starostwo krzemienieckie, a zatem uposaża Gimnazyum wołyńskie bogaciej, aniżeli Uniwersytet wileński. Oto dla czego powątpiewam, ażali Dr. Majchrowicz uposażenia Gimnazyum do takiej wysokości podniósł. Powtóre, autor podaje *in extenso* z akt kuratoryi list Jana Śniadeckiego do kuratora, pisany po śmierci Czackiego, z którego dowiadujemy się, że wdowa pragnąc uratować cośkolwiek dla dzieci z majątku obdłużonego dzięki Szkole krzemienieckiej, postanowiła sprzedać bibliotekę. Bibliotekę, którą autor w imieniu Czackiego ofiarował Szkole krzemienieckiej, bibliotekę, którą książe kurator kupił w r. 1818 i do Puław sprowadził. A gdy zła wola sąsiada, którego imię zapisał Konopacki w swych „Pamiętnikach“, denuncyowała Czackiego przed Cesarzem, wówczas okazało się, że Czacki zaszargał osobisty majątek, bo ofiarność obywateli nie dopisała, a Czacki, mimo przestróg ks. kuratora, nie legalizował obietnic na słowach i dla tego takie tarapaty przeżywał. Miał więc racyę Strojnowski, gdy fundusze na papierze uważał za kruche źródło dla prowadzenia Instytutu. Całą tę sprawę szczegółowo opisuje Baliński, dokładnie również pisze o niej Chmielowski, a Konopacki, jakeśmy wspomnieli, nawet nazwisko denuncyanta podaje; o wszystkiem tem wiemy już oddawna. Żałować należy, że autorowi nie były znane wszystkie źródła do tej sprawy należące, przekonałby się bowiem wówczas o wielu bardzo wielu rzeczach, tyczących się historyi szkół pod zaborem rosyjskim. Jako dowód powyższego przytoczę urywek z rozprawy autora na str. 482: „Szkoła krzemieniecka nie wydała takich wyników, jakich po tak wielkim zakładzie i trudzie spodziewać się należało“... „pędziła (po śmierci Czackiego) żywot suchotniczy“. Coby na to powiedzieli „Krzemieńczanie“, gdyby ich doszły te twierdzenia o Szkole krzemienieckiej! Autor z pewnością nie zaczerpnął tego zdania z książek, opisujących tę sławną i znakomitą Szkołę.

Nie można też pozostawić bez zarzutu wiadomości autora o historyi politycznej owej epoki; pozwala on księciu Czartoryskiemu odgrywać dwuznaczną rolę. Czartoryski, według autora zdradza Czackiego. Gdy ten w r. 1807 wbrew Czartoryskiemu chciał z Krzemieńca utworzyć źródło oświaty narodowej, był przez Kutuzowa za to (!) aresztowanym; później, pod koniec r. 1807 zastępował kuratora, który jako minister spraw zagranicznych (!) był wówczas przy Cesarzu. A gdy w roku 1808 Czacki powrócił z wygnania „stwarza osobną Komisyę edukacyjną dla Wołynia“ (!!). Umiera Czacki ze zgryzoty, ponieważ Bagratian chciał w r. 1812 młodzież krzemieniecką zabrać do wojska.

Kończymy, nie dotykając już innych epizodów, aby się nie powtarzać. Na pracy Dra Lachsa zawiedliśmy się: nie podała ona nowych faktów, zasługujących na uwagę i niczego nie wyjaśniła.

---

*W odpowiedzi na krytykę **Dr. J. Bielińskiego** nadesłał nam **Dr. Lachs** następujące uwagi:*

W krytyce Dr. Bielińskiego rozróżnić muszę dwie części: jedną, poświęconą osobie autora ocenianej rozprawy i drugą, w której krytyk uderza na fakty, bądź rzekomo mylne, bądź źle zrozumiane, bądź wreszcie, jak krytyk mniema, przez niewiedzę pominięte: na część pierwszą odpowiadać nie zamierzam, kwestyonując tylko lojalność tej metody krytykowania, która posłużyła Dr. Bielińskiemu do ironicznego traktowania osoby autora „Studyum“, do zarzucania mu nie tylko elementarnej nieznajomości dziejów epoki, którą obrał za przedmiot swej rozprawy, ale pozbawiania go sumienności pisarskiej, do czego żadna „kompetencya“, o której pisze sam Dr. Bieliński, nie nadawała mu prawa: ograniczam się więc tylko do części drugiej krytyki, do sprostowania kilku faktów, trzymając się tego samego porządku, jakiego się trzymał Dr. Bieliński.

1) Co się tyczy zarzutu, że nie wiedziałem, jakoby w miejscu Szkoły głównej wileńskiej istniał jedynie Uniwersytet, to Dr. Bieliński chyba przeoczył to, co powiadam na str. 454.: „przepowiednie jego były tem więcej uzasadnione, że Szkoła główna wileńska, podniesiona dopiero co Ukazem cesarskim do rzędu Uniwersytetu . . . itd.“, a mógłbym przytoczyć wiele innych miejsc, w których często mówię o Uniwersytecie. Jeżeli zaś mimo to czasem mówię o Szkole głównej, to czynię to w celu określenia stosunku, w jakim ona pozostawała do Gimnazyum wołyńskiego.

2) Czy Wołyń stał pod względem oświaty bardzo wysoko, kiedy przeszedł pod panowanie rosyjskie i czy potrzeba było nowego ogniska w Krzemieńcu, to co do tego można się sprzeczać. W każdym razie nie rozstrzygnął tego jeszcze artykuł w „Kwartalniku historycznym“. Bez porównania pewniejszym dowodem są świadectwa spółczesnych, którzy się żalą na wielki brak szkół, jakoteż niemniej żądanie założenia gimnazyum krzemienieckiego, które było przecież wynikiem dyskusyi, prowadzonej przez tak wytrawnych znawców stosunków wołyńskich.

3) W sądach moich o Uniwersytecie wileńskim nie stanąłem bynajmniej na stanowisku Jędrzeja Śniadeckiego, lecz omawiając jego projekt, zmierzający do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu i mającej jego zdaniem stanowić pewną przeciwwagę dla Uniwersytetu wileńskiego, muszę przecież podać te motywa, które dla Śniadeckiego były miarodajne, a nie ten sąd jaki, sobie autor krytyki w 100 lat później wyrobił o Uniwersytecie. Wogóle nie podzielamy rutyny historycznej Dr. Bielińskiego, który do dziejów minionych każe przykładać skalę sądów i poglądów dzisiejszych i wyżej stawia wnioski historyków obecnych nad autentyczne dokumenta pisarzy spółczesnych opisywanym dziejom.

4) Czy profesorom obcym: niemcom, anglikom, francuzom itd. można było bez zastrzeżeń powierzyć wychowanie młodzieży polskiej, na to niechaj Dr. Bieliński sam sobie odpowie. Nikt nie wątpi, że Frankowie i inni słynni cudzoziemcy ujmy Uniwersytetowi nie przynieśli; lecz Śniadecki miał pewne skrupuły, które mu jego obawy o ducha narodowego w wychowaniu młodzieży podyktowały. Jeżeli zaś Bieliński jest odmiennego zdania, to niech stara się obalić to twierdzenie Śniadeckiego, który niedwuznacznie wyrażał się, że chciał mieć Uniwersytet czysto polski. Na zarzut, że przytaczam listy już znane, zapytuję. dlaczegoby mnie nie wolno było przy tej sposobności przytaczać tychsamych listów na dowód twierdzeń Śniadeckiego, które Dr. Bieliński w swem dziele o „Uniwersytecie wileńskim“ przytacza? Posłuchajmy jednak, jak się Dr. Bieliński zapatruje na żale Śniadeckiego: powiada on na str. 53. tomu III-go swojego dzieła, jak następuje: „W dalszym ciągu powyższego listu Śniadecki dowodzi, że cudzoziemcom za dodatkowe katedry osobno płacą, a gdy on, Śniadecki, za dodaną mu katedrę farmacyi żądał podwyższenia pensyi, odmówiono. Z tej więc strony mieli racyę Polacy, że się oburzali i poczytywali się za pokrzywdzonych przez cudzoziemców“. Przytoczony ustęp chyba przemawia za chwiejnością zapatrywań Dr. Bielińskiego i uznawania przez niego dwóch miar.

5) Co się tyczy wątpliwości, czy list parafrazowany z kod. 3446 (Muzeum XX. Czartoryskich) istnieje, to mogę tylko doradzić Dr. Bielińskiemu, ażeby się z nim zapoznał, a szkoda, że się to nie stało wcześniej, bo możeby się zawahał przed — bądź co bądź — uchybiającem mnie powątpiewaniem. Że Frank nie był kierownikiem szpitala dla położnic, wiedziałem to dobrze i tego ani Czacki nie twierdził, ani też ja za nim nie powtarzałem. Wszak ustęp zaczepiony przedstawia się w ten sposób: „Czego jednak nie mógł wynurzyć wobec profesorów wileńskich, to czyni wobec księcia kuratora, użalając się na nieumiejętne prowadzenie

szpitala wileńskiego przez Franka i na wielką śmiertelność kobiet po porodach". Tu już chyba trzeba być z góry uprzedzonym, żeby nie widzieć, że Czacki się użala na dwie rzeczy, t. j. na szpital wewnętrzny i na szpital dla położnic. Czy ja przez to zrobiłem Franka położnikiem, niech rozstrzygnie czytelnik.

6) Baliński nie wspomina wprawdzie w swoim „Pamiętniku" o projektach Sniadeckiego odnośnie do gimnazyum i ogranicza się tylko do przytoczenia kilku listów bez żadnego komentarza; nie sądzimy jednak, by pomijanie milczeniem mniej korzystnych stron było zaletą dziejopisarza. Jeżeli zaś mówimy często równocześnie o Gimnazyum i Szkole lekarskiej, to tylko dlatego, że Szkoła lekarska miała przecież być częścią nowo powstającej szkoły w Krzemieńcu. Osobnych ukazów lub rozporządzeń, odnoszących się li tylko do Szkoły lekarskiej, nie możemy przytaczać, bo takich nie było. Zamięszania z tego powodu nie obawiamy się.

7) Czy Sniadeckiemu jakąkolwiek intrygę zarzucałem, przekona się czytelnik, a może i Dr. Bieliński, z następującego dosłownie z mego „Studyum" przytoczonego ustępu. „ . . . . Co się tyczy człowieka przewracającego i szydzącego, przypuszcza Chmielowski, że rektor miał na myśli Jędrzeja Sniadeckiego. Być może, że tak jest. Na podstawie jednak opisu, podanego przez księdza Strojnowskiego, trudno by się nam było zgodzić. Że Sniadecki nic nie zmyślał w tym kierunku i zawsze tylko prawdę donosił, jakoteż niemniej, że o intrygi można było w Uniwersytecie wileńskim kogo innego posądzić, na to może jako dowód posłużyć . . . . ." Czy to znowu było przeoczenie Dr. Bielińskiego? Tu jednak pozwolę sobie zwrócić uwagę na sprzeczność, zachodzącą w obecnej ocenie Dra Bielińskiego; raz czyni on mi zarzut, że Jędrzej Sniadecki jest w mojem oświetleniu „czarnym charakterem", „intrygantem," „egoistą" i „sobkiem"; cokolwiek zaś niżej ku zdziwieniu naszemu zdanie wręcz przeciwne, które tu dosłownie powtarzamy. „W jednym tylko jest autor wiernym sobie: w hymnie pochwalnym podnosi Czackiego i Sniadeckiego, potępiając bez możności obrony tych wszystkich, którzy nie dostrajają się do owego hymnu". Jedno przeczy drugiemu, a obydwa przytoczone twierdzenia nie odpowiadają moim zapatrywaniom na osobę Jędrzeja Sniadeckiego.

8) Jeżeli się Drowi Bielińskiemu dziwnem wydaje twierdzenie, że Czartoryski miał skrupuły i obawy z powodu wprowadzenia języka polskiego, to niech przeczyta list Czackiego do Jana Sniadeckiego z d. 5. maja r. 1806 i list Jana Sniadeckiego, pisany z Krakowa, prawdopodobnie do Czackiego, (str. 482 kolumna druga) z tegoż samego roku. Dokumenty te są w tej sprawie rozstrzygające. A czegóż dowodzi list jenerała ziem podolskich? O to, że nietylko syn, ale i ojciec był dla nowych planów nie bardzo przychylnie usposobiony.

9) Mówiąc o trudnościach, na jakie trafiano przy zbieraniu funduszów, miałem na myśli trudności, że się tak wyrażę, fizyczne, a na dowód przytoczyłem okoliczność, że trzeba było odbywać uciążliwe podróże, zwoływać zgromadzenia, przemawiać itd. O trudnościach stawianych przez rząd nie mogłem mówić, skoro twierdziłem, że rząd sam w znacznej części do powiększenia funduszów się przyczynił. Mimo jednak znacznego wpływu pieniędzy byt Gimnazyum mógł być mocno zakwestyonowany, bo przecież na składki stale liczyć nie podobna, a tem mniej utrwalić byt szkoły na dochodach z tego źródła. Że zaś Dr. Bieliński nie czytał pracy Majchrowicza, może tego żałować; nasuwa się jednak uwaga: szanowny recenzent wytyka mi dosadnie nieznajomość n. p. aktów rządu rosyjskiego, a z nieznajomości znakomitej rozprawy Majchrowicza i dokumentów, z których moje wnioski wysnułem, rozgrzesza siebie z lekkiem sercem. Czy Szkoła krzemieniecka odpowiedziała nadziejom w niej pokładanym, jakoteż trudom i kosztom dla niej poniesionym, ja sądzę, że żywot jej był niestety zbyt krótki, ażeby mógł stać się bardzo wydatnym; Dr. Bielińskiemu wolno tego zdania nie podzielać.

Dr. Bieliński dłużej zastanawia się nad listem Jana Sniadeckiego do Adama Czartoryskiego z dnia 21 marca 1816 r., przytoczonym w przypisku naszej pracy na str. 482. Otóż pokazuje się, że Dr. Bieliński chyba tego listu nie znał. Jan Sniadecki najwyraźniej w tym liście powiada, że rękopisy biblioteki Czackiego są „własnością publiczną Polaków, pożyczoną tylko . . . . i o tę upomnieć się mogą". Z drugiej znowu strony nie jest dla nikogo nowością, że Czacki swoją bibliotekę darował przyszłemu zakładowi, a w naszej pracy wymieniamy to z pewnym naciskiem na str. 398, w drugiej kolumnie. W liście wspomnianym powiada Jan Sniadecki, że „należy do sprawiedliwości Monarchy nadgrodzić familii choć w części tak ogromne straty". Kupno to innemi słowy miało być pozorem, pod którym zamierzano udzielić pani Czackiej większej zapomogi. Czy jest tu dopuszczalne inne tłómaczenie?

10) Dowodów na to, że treść „Ukazu" nie była mi obcą, nie potrzebuję przytaczać, bo każdy, kto tylko raz, chociażby nawet pobieżnie, rzecz moję przeczytał, spotkał się z nim wielokrotnie.

11) Przystąpmy nareszcie do tylokrotnie czynionego mi zarzutu, że niektóre listy, przytoczone przezemnie z rękopisów, były już przedemną przez Balińskiego ogłoszone. Czy ja gdziekolwiek moje pierwszeństwo pod tym względem patentowałem? Przeglądnąwszy ponownie cały znajdujący się w Krakowie materyał, zamierzyłem ułożyć z tego całość i wolałem raczej ze względu na dawną pisownię odpisywać listy z oryginału, aniżeli z błędnych częstokroć publikacyi.

12) Co się tyczy faktów z r. 1807 i 1808, to śmiem zapytać Dr. B. gdzie ja powiedziałem, że Czartoryski zdradzał Czackiego? Twierdziłem jedynie i to powtarzam teraz, że Czartoryski hamował zapędy Czackiego. Gdzie on w mojej pracy wyczytał, że Czartoryski był w r. 1807 ministrem spraw zagranicznych? Przecież najwyraźniej na str. 482 w drugiej kolumnie pisałem, że „Czartoryski zastępował przy boku cesarza Aleksandra ministra spraw zewnętrznych".

Na zakończenie niech nam wolno będzie wyrazić zdanie, płynące z głębi szczerego przeświadczenia, że nie istnieje taki dziejopis, którýby miał uzasadnioną podstawę do twierdzenia, że na jego pracy zamyka się księga dziejów pewnej sprawy lub epoki, że on już wypowiedział ostatnie słowo i że wyzyskał ostatni dokument. Nie ma też tak „kompetentnego" historyka, któryby miał prawo uderzać całym zasobem ironii i zaczepek dla tego tylko, że autor zaczepionej przez niego pracy doszedł do wniosków odmiennych. Lojalna krytyka powinna mieć na oku fakta i wnioski, a nigdy osobę autora i pod tym względem zachodzi dyametralna różnica między zapatrywaniami mojemi, a Dr. Bielińskiego; może mniej różnimy się co do treści poruszonej sprawy, ile widocznie mamy niejednakie wyobrażenie o sposobie i tonie prowadzenia rozpraw i z tego powodu dyskusyę z mej strony ostatecznie zamykam.

Dr. Lachs.

VII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

14. Kader (Kraków): **Choroby wątroby i dróg żółciowych.** (Referat). Prelegent przechodzi historycznie operacyę wycięcia wątroby i jej znaczenie. Zupełne usunięcie wątroby, nawet mimo dobrze funkcyonującej sztucznej komunikacyi pomiędzy żyłą bramną, a żyłą główną dolną, powoduje śmierć. Co do jej działania fizyologicznego trzeba pamiętać, że stoi ona w bezpośrednim stosunku do wydzielniczej działalności nerek i uzupełnia je, a co za tem idzie, operacya na wątrobie przy nerkach chorych lub odwrotnie nie jest rzeczą pozbawioną niebezpieczeństwa. Ze stanowiska wskazań dzieli K. chirurgiczne choroby wątroby na takie, w których wskazanem jest 1) nacięcie (ropień, znaczna część przypadków bąblowca); 2) wycięcie kawałków wątroby przez całą jej grubość (nowotwory, wątroba sznurówkowa, zrosty); 3) wycięcie części chorej (*enucleatio*) z miąższu wątroby (nowotwory, wycięcie woreczka żółciowego); 4) zabiegi na drogach żółciowych; 5) zabiegi na innych narządach z powodu chorób wątroby (operacya Talmy, gastroenterostomia, cystoenteroanastomoza, operacya z powodu niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej, gdzie punktem wyjścia jest wątroba lub drogi żółciowe). Niebezpieczeństwo przy operacyach, wskazanych pod 2 i 3, polega na krwotoku miąższowym, dla usunięcia którego istnieje kilka sposobów. Drugiem niebezpieczeństwem jest występowanie zmian podobnych jak w zaniku żółtym; wtenczas pojawiają się w moczu substancye redukujące, nadto cukier, tyrozyna i leucyna. Najczęstszą z chorób dróg żółciowych jest kamica, która często przebiega bez żółtaczki i bez powiększenia wątroby. Wyleczenie następuje często samo przez się. Niebezpieczeństwo kamicy polega *a)* na wytwarzaniu spraw zapalno-zakaźnych dróg żółciowych i wątroby z następowem zakażeniem ogólnem; *b)* na zakażeniu otrzewnej; *c)* wytworzeniu się raka woreczka i dróg żółciowych; *d)* wytworzeniu się wrzodu żołądka i dwunastnicy; *e)* zamknięciu odpływu żółci z następstwami; *f)* na krwotokach z powodu nadżarcia naczyń krwionośnych; *g)* na zamknięciu światła żołądka i jelit przez kamienie i zrosty. Ostrych wskazań do operacyi stawiać nie można; trzeba działać stosownie do przypadku, w każdym razie z korzyścią dla chorego jest współdziałanie internisty z chirurgiem. Według prele-

genta należy operować: 1) po pierwszym napadzie, jeśli wystąpiły objawy zakażenia, albo długotrwałych silnych bólów i żółcicy (cholaemia); 2) przy żółtaczce trwającej dłużej niż 3 miesiące, nawet w braku ostrych podrażnień; 3) przy często powtarzających się silniejszych kolkach bez żółtaczki, bez obrzęku lub ropienia w woreczku żółciowym; 4) przy objawach często powtarzającego się zamknięcia przewodu wątrobowego wspólnego; 5) przy małym, ale twardo dającym się wyczuwać woreczku, ze względu na niebezpieczeństwo wytworzenia się raka. Można nie operować w przypadkach o lekkim przebiegu, nawet mimo częstego powtarzania się napadów. Chorzy zaś z powiększonym z jakiegokolwiek powodu woreczkiem powinni być oddani chirurgowi do zaopiniowania. W dalszym ciągu podaje prelegent statystyki: Kehra (patrz Sprawozd. moje z przeszłorocznego Zjazdu w Karlsbadzie) i Finka, nadto statystyki występowania raka w przypadkach kamicy (Kader na 16 przypadków trzy). Co do sposobu operacyjnego jest K. za wycięciem woreczka (*cystectomia*), w przypadkach zaś choledocho- lub hepatikotomii radzi nie zeszywać otworów w przewodach żółciowych. Zawsze jednak należy się przekonać zapomocą zgłębnika od wewnątrz, a palcem od zewnątrz, czy w przewodzie żółciowym lub w jego rozgałęzieniach niema kamieni, a także o drożności przewodów aż do dwunastnicy. Ze względu na statystyki Kehra, Körtego, Riedela radzi K. w przypadkach wątpliwych operować i to w ostrych z powodu niebezpieczeństwa zakażenia, w przewlekłych dla uniknięcia powstania raka. Na swoich 16 przypadków stracił Kader trzy: jeden z powodu ostrego żółtego zaniku wątroby, dwa z powodu zapalenia płuc.

Dyskusya:

Ziembicki (Lwów): Z przyjemnością może stwierdzić zwrot u internistów, którzy w tych przypadkach częściej już wołają chirurga. Gorączka, świadcząca o stanie zakaźnym w drogach żółciowych, daje mowcy miarę operowania. Przypadki te są bardzo trudne; Z. miał jeden, gdzie mimo gorączki 40° chora nie dała się operować i wyszła. Jeśliby rzeczywiście kamica żółciowa sprowadzała raka, to te przypadki stanowczo należałoby operować. Nie radzi szyć przewodu żółciowego, by w ten sposób ułatwić sobie sączkowanie dróg żółciowych; uważa sączkowanie przez przewód za lepszy sposób, niż sączkowanie przez woreczek żółciowy. Pierwszym, który nie radził szyć przewodu był Morisson, a nie Kehr.

Wehr (Lwów) zaznacza, że nie powinno być walki między chirurgiem a internistą. Z dwóch jego przypadków jeden operowany wyzdrowiał, drugiego nie pozwolił operować internista i ropa przebiła do jamy otrzewnowej, zarazem tam się kamienie wysypały; chory zginął.

Bogdanik (Biała) staje w obronie internistów; na jednym z poprzednich Zjazdów, kiedy mówił o chorobach dróg żółciowych, właśnie interniści byli za tem, żeby operować jak najwięcej. B. przytacza ogłoszone niedawno dwa przypadki niedrożności jelit, spowodowane zamknięciem przez bardzo duże kamienie żółciowe, chociaż ani jeden objaw nie wskazywał kamicy żółciowej.

Pruszyński (Warszawa) zapatruje się bardzo sceptycznie na wyniki po operacyi Talmy, w szczególności na statystykę amerykańską, która podaje 36% poprawy. Miał dwa przypadki, w których operacyę tę zastosowano, oba zakończyły się śmiertelnie. Prawda, że powstanie raka po kamicy dawałoby wskazanie do operowania każdego przypadku kamicy, lecz przecież nie operuje się każdego wrzodu żołądka mimo, że może wytworzyć się rak. P. nie radzi wycinać woreczka żółciowego, chyba że jest zupełnie zwyrodniały. Na kwestyę sporu, czy internista, czy chirurg ma być przy łóżku takiego chorego, P. zapatruje się w ten sposób, że powinien być internista, ale taki, który dużo operacyi dróg żółciowych widział, a nawet tenże powinien chirurgowi dawać wskazania co do samego sposobu operacyjnego. Chirurg powinien się starać przedewszystkiem o ulepszenie metod operacyjnych. Radzi w 25% przypadków operować; operowałoby się o wiele częściej, gdyby nie obawa przed późniejszemi przetokami.

Kader (Kraków) żali się na internistów, że zapóźno posyłają i dla tego odsetek śmiertelności tych przypadków jest tak wielki. Powodem tego stanu rzeczy jest to, że wskazania internisty i chirurga z sobą się nie zgadzają. Statystyka wykazuje, że w przeszło 90% przypadków raka woreczka były przedtem kamienie żółciowe, stąd wniosek, że kamica wywołać może raka. Woreczek należy wycinać, bo zazwyczaj jest zmieniony, ma blizny i wszelkie warunki, by się na nim wytworzył rak. Internista i chirurg powinni działać wspólnie, a nie przeszkadzać sobie; powinni się dopełniać, ale zastąpić się nie mogą. Co do siebie, to operowałby po drugim lub trzecim napadzie; tam, gdzie się życie waha, powinno się nawet zdobyć na laparotomię, choćby próbną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

11. Bloch (Zborowitz-Morawia): **Nowa metoda lecznicza, a zarazem rozpoznawcza w leczeniu cierpień gośćcowych.** Na zasadzie doświadczeń, przeprowadzonych w schorzeniach gośćcowych z rozczynami Schleicha (tylko tropakokainą), twierdzi autor, że 1) w przypadkach mięśnio- i nerwobólów pochodzenia gośćcowego, jednorazowe wstrzyknięcie w bolesną okolicę sprowadza zupełne i trwałe wyleczenie bez względu, czy to jest przypadek ostry, podostry lub przewlekły, o ile jeszcze nie doszło do drugorzędnych zmian chorobowych. Właśnie ten pomyślny wynik jest równocześnie dosadnym dowodem gośćcowego pochodzenia choroby; wyjątek stanowią analogiczne (rzadko zresztą występujące) cierpienia rzeżączkowe, które pod wpływem takiego leczenia również dobrze się kończą. Ujemny wynik leczenia, pomimo korzystnego na jakiś czas objawowego leczenia, wyklucza bezwarunkowo pochodzenie gośćcowe danego cierpienia. 2) Te same zasady odnoszą się także i do gośćcowych cierpień stawów i pochewek ścięgnistych w ogólności, w szczególności zaś nadmienić wypada, że tu wytworzone wysięki zapalne zdołają o tyle upośledzić ten sposób postępowania, że tylko lżejsze przypadki mogą być wyleczone. Nawet w najcięższych przypadkach zapaleń stawów i pochewek ścięgnistych spełnia tu leczenie tak dalece wskazania objawowe i choroby, że do zupełnego usunięcia choroby potrzebne są tylko jeszcze czynniki mniejsze, drugorzędne, jak n. p. ciepłe okłady, zewnętrzne stosowanie przetworów salicylowych, a szczególnie glikosal Merka; wobec tego stały się dotychczas używane zabiegi wodolecznicze, elektryczne, mechanoterapeutyczne zupełnie zbyteczne. Pamiętać jednak należy, że ilość stosowanego płynu winna być dość znaczną i przy wysokiem parciu wstrzykniętą pod skórę, do czego Bloch podał odpowiednią strzykawkę.

12. Roigé Ibanez (Valencia): **Uwagi o istocie gośćca.** Zapatrywania autora dadzą się pod tym względem ująć w następującą formę: Gościec nie jest ani cierpieniem, wywołanem przez drobnoustroje, ani chorobą zakaźną, lecz wynikiem nagromadzenia się w ustroju kwasu moczowego, sprowadzającego z biegiem czasu zaburzenia w części odżywcze, a w części nekrotyczne; w szczególności należy przyjąć za przyczynę gośćcowej dyskrazyi rozkład moczanu i fosforanu sodowego. Gorączka, czasami występująca, jest następstwem albo innego przypadkowego zakażenia, albo też powstaje skutkiem działania soli moczanowych na ośrodek naczynioruchowy. Wszystkie zresztą schorzenia gośćcowe począwszy od gośćca mięśniowego aż do zniekształcającego zapalenia stawów, są tylko odmianami jednej i tej samej choroby.

13. Singer (Wiedeń): **O cierpieniach gośćcowych pochodzenia kiłowego.** Po wyczerpującym historyczno-krytycznym przeglądzie dotyczącego piśmiennictwa, podaje Singer 5 przypadków chorobowych, spostrzeganych w ostatnich 3 latach: 4 przypadki cierpienia stawów wystąpiło w 3-cim okresie kiły, 1 z nich był nadto powikłany zapaleniem mięśni, kości i okostnej; w jednym przypadku wywiady nie stwierdziły pochodzenia kiłowego cierpienia. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. W pewnej mierze przemawia za istotą kiłową znamienny brak bolesności zajętych stawów, różnego rodzaju zgrubienia kości i okostnej, trwające czasami całemi latami, a nie prowadzące do cięższych zaburzeń czynnościowych (czego nie spotykać w przebiegu zwykłego gośćca), wreszcie swoiste leczenie, które jeszcze po latach daje pomyślne wyniki. Również bardzo ważnym objawem jest bezgorączkowy przebieg cierpienia, rzadkość zajęcia serca i większych naczyń, aczkolwiek przewlekłe sprawy rzeżączkowe mogą podobnie przebiegać. Pod względem rozpoznawczym ważne są znamienne zaostrzenia się bolów pod wieczór, wybitny wpływ jodu i rtęci, choć ostatnia dobrze działa i w innych cierpieniach, spowodowanych przez gronkowce. Ponieważ nawet bardzo długo trwające stany chorobowe z wyraźnemi zmianami destrukcyjnemi pomyślnie oddziaływują na energiczne leczenie przeciwkiłowe, należy także i tam zastosować to postępowanie, gdzie wywiady nie dają pewnych uchwytnych danych: możliwość bowiem znacznej poprawy lub nawet wyleczenia nie jest wykluczona.

14. Manuel Mariani (Madryd): **Wstrzykiwania krwi w przypadkach niedokrewności.** Od 20 lat stosuje autor w przypadkach niedokrewności wlewania przez odbytnicę odwłóknionej krwi baraniej w dziennych dawkach 300 ctm.^{3}, powtarzając to samo przez

10—30 dni według ciężkości przypadku. Liczne staranne badania krwi stwierdziły zawsze znaczny wzrost zawartości hemoglobiny, nie rzadko także i liczby ciałek czerwonych. Odpowiednio do tego znikają podmiotowe przypadłości chorych. To postępowanie okazało się nawet skutecznem i w takich przypadkach, w których wszystkie przetwory żelaza, chinina, pobyt na świeżem powietrzu i t. p. nie miały najmniejszego wpływu. Niema natomiast znaczenia w przypadkach objawowej i charłaczej niedokrewności.

15. Tenże: **Uleczalne postacie gruźlicy płuc.** Przypadki, w których cierpienie ogranicza się do jednej strony, okazujące zwolniony przebieg i nieznaczne objawy ogólne, szybciej dadzą się opanować, aniżeli rozlane nacieki z przebiegiem gorączkowym u młodych osobników.

16. Ceresoli (Bagnolo): **Liga przeciwko rumieniowi** (*pellagra*). Mowca proponuje, aby się w krajach, w których rumień endemicznie występuje, zawiązała międzynarodowa liga w celu zwalczania tej zarazy i ujęcia w swe ręce etyologicznych i zapobiegawczych badań.

17. Pawiński (Warszawa): **Zakaźna dusznica bolesna.** W 32 przypadkach miał autor sposobność spostrzegać dusznicę bolesną, powstałą skutkiem zakażenia, po większej części skutkiem zapalenia gardła. Bóle te dusznicowe znamionują się następującemi właściwościami: *a*) są usadowione na przedniej stronie klatki piersiowej i rozpromieniają się w okolicę splotu karkowo-ramieniowego; *b*) występują u osób, u których nigdy przedtem nie było choćby najmniejszych przypadłości ze strony serca i to po większej części w czasie spokojnego zachowania się. Pod względem rokowania można odróżnić dwie postacie tej zakaźnej dusznicy bolesnej: rzekoma i prawdziwa, polegająca na zmianach w tętnicach wieńcowych serca: ostatnia może być przyczyną cierpienia przewlekłego lub doprowadzić do śmierci. W przypadkach, w których pomimo zakończenia sprawy zakaźnej napady dusznicy dalej trwają, rozwinęły się prawdopodobnie — na tle jadów — zmiany wewnętrznej ściany tętnic wieńcowych serca.

18. Gonsalez Campo (Madryd): **Leczenie nadmiaru chlorków (hyperchlorhydria).** Ze względu na etyologię można odróżnić 3 postacie hiperchlorhydryi: 1) pojawiającą się na podstawie ustrojowej skłonności; 2) jako zboczenie czynnościowe pochodzenia nerwowego; 3) jako następstwo anatomicznego schorzenia błony śluzowej żołądka. Dlatego też leczenie w poszczególnych przypadkach jest bardzo trudne i może być tylko objawowe: wzbronić pokarmów drażniących (wyskok, korzenie i t. d.); najlepszym środkiem kojącym bóle są przetwory alkaliczne. W przypadkach, w których zachodzi także niedomoga mechaniczna z rozstrzenią żołądka, wskazana jest gastroenterostomia, zarówno jak i we wszystkich innych, w których nie następuje poprawa po stosowaniu środków wewnętrznych, łącznie z ścisłą dyetą.

W dyskusyi twierdzi Maragliano (Genua), że hiperchlorhydrya jest zawsze cierpieniem czynnościowem, zboczeniem wydzielniczem, dla rozpoznania którego bardzo przeceniano wartość ilościowego oznaczenia kwasu solnego. Zabieg operacyjny jest postępowaniem błędnem. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół z posiedzenia „kółka lekarskiego w Krynicy", z dnia 23-go września b. r.

Przewodniczący kol. Dr. Ebers, obecnych członków 8.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia i załatwieniu kilku spraw administracyjnych, odczytał kol. Dr. Grabowicz memoryał w sprawie ważniejszych inwestycyi w Krynicy. Nad tą sprawą, którą Zgromadzenie uważa za niecierpiącą zwłoki, wywiązała się bardzo obszerna dyskusya, w której wzięli żywy udział wszyscy obecni. Sprawa niezbędnych ulepszeń w zdrojowisku Krynicy wlecze się od długiego szeregu lat; liczne komisye ministeryalne i różne ankiety spisały foliały o tem, co jest koniecznem, aby Krynicę pod względem urządzeń balneotechnicznych i sanitarnych postawić w rzędzie pierwszorzędnych podobnych zdrojowisk. Niestety wszystkie dążenia i uchwały pozostają dotąd tylko projektami, co jest rażącą szkodą dla zdrojowiska. Wobec tego, wszyscy lekarze na posiedzeniu tem postanowili jeszcze po raz trzeci wystosować memoryał do c. k. Ministeryum rolnictwa, do c. k. Namiestnictwa, Wydziału krajowego, i co może najrychlej celowi odpowie, do Koła polskiego, które, zdaniem kółka lekarzy, zapewne sprawę tę w swą opiekę wziąć zechce, jako nader żywotną, a dla ekonomii naszego kraju ważną i korzystną.

Memoryał ten uchwalono wręczyć przez delegatów, a mianowicie J. E. Namiestnikowi i J. E. Marszałkowi krajowemu wręczy go kol. Dr. Dębicki — Kołu polskiemu zaś i Ministeryum rolnictwa, kol. Dr. Ebers.

Do najpilniejszych inwestycyi w zdrojowisku, od których dalszy byt tegoż zależy, a których zaniedbanie odstręcza od niego już teraz inteligentną i zamożną publiczność, nalożą:

1) Budowa łazienek borowinowych i Zakładu wodoleczniczego I-szej klasy.

2) Pozyskanie większej ilości wody mineralnej do kąpieli i wybudowanie drugich łazienek mineralnych na innem miejscu, w celu decentralizacyi zdrojowiska.

3) Rozszerzenie wodociągu wody słodkiej źródlanej na cały obszar zdrojowiska.

4) Zaprowadzenie kanalizacyi.

5) Oświetlenie elektryczne zdrojowiska.

Na tem posiedzenie zakończono i podpisano.

Za sekretarza: *Dr. Kmietowicz.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 października.

* Pod tytułem »O użyciu wód galicyjskich w Królestwie« zestawia p. Białobrzeski w nr. 19 »Wiadomości farmaceutycznych« liczby butelek wód mineralnych, sprowadzonych do Królestwa z Galicyi w r. 1901 z liczbami z r. 1902. Zestawienie to przedstawia się, jak następuje:

	1901	1902	różnica
Iwonicz . . .	6850	8340	1490
Krynica . . .	7400	8450	1050
Krościenko . .	—	2400	2400
Morszyn . . .	230	1180	950
Rabka	—	250	250
Rymanów . . .	100	700	600
Szczawnica . .	11750	17150	5400
Żegiestów . .	970	1410	440
	27300	39880	12580

Liczby te nie potrzebują komentarza, a przyczyna zwiększenia się w r. 1902 wywozu galicyjskich wód mineralnych do Królestwa jest wszystkim dobrze znaną. Jest to jednak dopiero początek, skoro się uwzględni, że dziś jeszcze polecanie w Królestwie wód mineralnych obcych jest bardzo znaczne, że tu tylko przytoczymy wodę emską, której Królestwo spotrzebowuje rocznie 16000 butelek, t. j. prawie tyle, co szczawnickiej.

* Prezydent m. Krakowa przesłał Izbie lekarskiej okólnik c. k. Namiestnictwa, którego treść w skróceniu przytaczamy: W styczniu b. r. zawiązało się w Wiedniu Stowarzyszenie dla niesienia pomocy chorym na gruźlicę w całej Austryi; główne usiłowania tego Stowarzyszenia skierowane być mają przeciwko szerzeniu się gruźlicy śród osób do niej usposobionych, lub na zakażenie gruźlicą narażonych. Dla przeprowadzenia tych zadań zarząd Stowarzyszenia postanowił w myśl statutu posiadać do życia we wszystkich krajach monarchii komitety miejscowe, w celu zakładania możebnie licznych filii, które w głównym zarządzie posiadać będą swoich przedstawicieli. Tym sposobem zamierza Stowarzyszenie zorganizować liczny zastęp ludzi z szerokich warstw narodu, powołany do zwalczania groźnego wroga społeczeństwa — gruźlicy; okólnik zwraca uwagę władzy krajowej na to Stowarzyszenie i poleca jej dokładne informowanie lekarzy o usiłowaniach i celach nowej organizacyi, a przy tem wzywa wszelkie władze, ażeby popierały nowe Stowarzyszenie w jego filantropijnych usiłowaniach.

* Wyszedł zeszyt VII, VIII i IX Biblioteki lekarskiej i zawiera: Dieulafoy: Podręcznik chorób wewnętrznych (c. d.). 2) Runge: Położnictwo (c. d.). 3) Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (c. d.). Zwracamy uwagę na to pożyteczne wydawnictwo, które za bezprzykładnie tanią cenę (8 rubli rocznie) przyswaja piśmiennictwu polskiemu na rok 12 tomów pierwszorzędnych podręczników.

* Wobec stanowczej postawy lekarzy zarząd Kasy chorych w Monachium postanowił z d. 1 stycznia 1904 r. zaprowadzić wolny wybór lekarzy.

* Węgierski minister spraw wewnętrznych rozpisał konkurs na najlepszą pracę na temat „Patologia i terapia jaglicy". Nagroda wynosi 2000 koron. Termin składania rękopisów kończy się 13 grudnia 1904

r. Wszystkie państwowe języki będą uwzględnione. Sędziów wyznaczy minister spraw wewnętrznych.

* Przyszły Kongres niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Wrocławiu.

* Zoolog Heller, który w latach 1858—1863 wykładał w Krakowie zoologię i anatomię porównawczą, obchodzi d. 25 b. m. w Insbruku 80-tą rocznicę swoich urodzin.

* Do Towarzystwa Samopomocy lekarzy przystąpili w miesiącu wrześniu następujący nowi członkowie: Koll: Cięglewicz (Jasło), Czarnecki (Stryj), Dulęba (Lutowiska), Dłuski (Zakopane), Dekański (Lwów), Dziembowski (Muszyna), Eisenstein (Rymanów), Feldmann (Jarosław), Friedberg (Brody), Fuchs (Lwów), Gluszkiewicz (Mikuliczyn), Gawlik (Sucha), Jankowski (Kraków), Jaciow (Magierów), Komorowski (Zwierzyniec), Kohn (Gorlice), Kozłowski (Dolina), Lewicki (Kołomyja), Landesberg (Założce), Leńko (Lwów), Mrazek (Strusów), Mayer (Lwów), Potochajło (Lubaczów), Porycki (Bukaczowice), Reiss (Lwów), Schneider (Kraków), Skowroński (Tarnów), Sennensieb (Lwów), Stupnicki (Kamionka Strumiłowa), Starus (Zborów), Świątkiewicz (Lwów), Schaff (Bohatyń), Uhma (Lwów), Ustrzycki (Podhamień), Woś (Sokołów), Wechsler (Lwów), Zadurowicz (Turka), Zakrejs (Lwów).

Dr. Langie I. sekretarz.

* Między 22 a 28 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXVII) (13—19—IX). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 68, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 17 (5 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 1 z płonicy (1 zam.), z duru brzusznego 1, z czerwonki 1 (zam.), z cholery dziecięcej 11 (1 zam.), z gorączki połogowej 1.

Mianowania i odznaczenia. Docenci wiedeńscy: Frühwald (pedyatria), Metnitz (dentystyka), Tandler (anatomia) mianowani profesorami nadzwyczajnymi; Grossman, Beer i Spiegler otrzymali tytuł profesorski. Docenci w Królewcu: Askanazy, Gerber, Hilbert i Lange mianowani profesorami. Dr. Marsch mianowany został profesorem kliniki chirurgicznej w Cambridge. Prof. Martin mian. został prof. kliniki lekar. w Londynie. Profesorowie: Gaglio (farmakologia) i Sciamanna (psychiatrya) mianowani prof. zwyczajnymi. Dr. Kuljabko mian. nadz. profesorem fizyologii w Tomsku. Moskiewscy profesorowie: Djakonow i Gubarew mian. zwyczajnymi. Dr. Philipps mianowany profesorem medycyny wewn. w Kairze.

Nekrologia. Zmarli: Adolf Święcicki, lekarz wojska ros., lat 42. Stanisław Bratanowicz, lekarz fabryczny w Jarosławiu (Rosya), lat 39. Dr. Pott, prof. nadzwyczajny pedyatryi w Halli, zmarł w wieku 59 lat. Dr. Władysław Bogdański zmarł we Lwowie w 65 r. życia. Dr. Samuel Asterblum, lat 44, zmarł w Warszawie. Dr. Rollet, profesor fizyologii, zmarł w Gracu, w 70 r. życia. Prof. E. Pflüger, berneński okulista, zmarł 29. z m.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 10. Pełczyński: W sprawie uporządkowania ochronnego szczepienia ospy. Zienkiewicz: Przeszłość i przyszłość kanalizacyi miasta Płocka. Weinzieher: Higiena, jako medycyna przyszłości. Milewska: Kołtun na wsi. Śląski: Ochrony warszawskie.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 9. Sterling: Dwa przypadki promienicy płuc. Koliński: O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej. Goldman: Przypadek gruczoło-mięsaka nerki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 39. Rydygier: Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. Saks: Przypadek niezwykłej przeszkody podczas porodu.

— *Medycyna* Nr. 39. Bossowski: O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego. Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Bregman: Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego. Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psychofizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 5, 6, 7. Riedel: Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej. (Przełożył na język polski Dr. W. Herman).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 39. Kuffner: Svévolný vzdor? Bakeš: Nástin operativní činnosti v nemocnici třebičské za první pololetí. Bezděk: Příspěvek ku kazuistice retrogradní inkarcerace. Kimla: Dnešní stav otázky poměru perlovіny ku tuberkulose lidské.

— *Lékařské rozhledy* Z. 9. Kukula: Prof. dr. Maydl a jeho dílo. Panyrek: Neobyčejný případ extragenitální nepřímé nákazy příjicí.

— *La Presse médicale* Nr. 76. Raymond: Krwiak urazowy opony twardej. Martinet: Rady uczniom, mającym do czynienia z eterem.

— Nr. 77. Nobécourt: Zakażenie jelit paciorkowcem, historya tej sprawy chorobowej, jej objawy i uszkodzenia. Soukhanoff: Opętania i popędy. Mesnard: Leczenie krwawnicowego zapalenia pęcherza moczowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Umber: Zmiana chemicznej istoty przez częściową odbudowę białka w ciele. Buschke: Dalsze badania doświadczalne nad łysiną i umiejscowieniem chorób skórnych. Brüning: Pożyteczność odżywczego cukru Soxhleta w leczeniu osesków. Rosenhaupt: Przyczynek kliniczny do sprawy guzów nasadki mózgowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Gruber: Sposób działania i początek czynnego pierwiastka w zapobiegawczej i antytoksycznej surowicy. Gersuny: Szew przegrodowy przy operacyach, wykonywanych z powodu opadnięcia (prolapsus). Friedländer: Przyczynek do operacyjnego leczenia nogi szpotawej, oraz płaskiej. Stangl: Przypadek przetoki moczowodu u dorosłego. Widowitz: Urotropina, lek zapobiegający płoniczemu zapaleniu nerek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 39. Ehrhardt: Operacya Müllera przy rozdęciu kości. Bielschowsky: Kliniczny obraz skojarzonego porażenia wzroku i jego znaczenie dla rozpoznania lokalnego. paet: Nagminne zapalenie płuc. Karewski: Chirurgiczne leczenie ropnia płuc, w szczególności trwałość jego wyników. Kuhn: Wydalenie kamieni żółciowych przez wypłókanie. Stiassny: Przyczynek do plastyki mięśnia czterogłowego. Polano: Opieka i żywienie osesków przedwcześnie urodzonych i słabowitych w pierwszych dniach ich życia. Plesch: Uwagi nad artykułem dr. Engla: »O oznaczaniu lewej granicy serca«. Fraenkel: Walka z chorobami płciowemi (dok).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 40. Schmidt: Uwagi nad rozpoznawaniem suchot płucnych. Golubow: Etyologia rozedmy płucnej. Heine: Ograniczona zgorzel opony twardej, ropień podoponowy w tylnej jamie czaszki w skutek przewlekłego ropotoku w uchu środkowem. Baermann: O patogenezie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza i o próbach jego leczenia zapomocą nakłócia.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 17 Października 1903. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wrodzone obustronne zamknięcie nozdrzy przednich.

Podał

Docent Dr. Aleksander Baurowicz.

Wada utworowa, którą miałem sposobność spostrzegać, należy do niezwykle rzadkich tak, iż dopiero w nowszem piśmiennictwie zdołałem odszukać kilka przypadków, nie podlegających wątpliwości, że zmiana trwa od urodzenia. Oczywiście przypadki tego rodzaju musiano już dawniej spostrzegać; a zdaje się, iż dopiero od czasu wyrobienia się działu chorób nosa, jako gałęzi specyalnej, zaczęto ogłaszać spostrzegane przypadki.

Na pierwszem miejscu w podręcznikach, a nawet w rozprawach omawianego przedmiotu, spotykamy przypadek, przytoczony jako przypadek Trendelenburga, opisany pokrótce przez tego autora w „Deutsche Chirurgie“ (1886, zeszyt 33, stronica 153), a zaczerpnięty z piśmiennictwa angielskiego bez podania nazwiska autora, który miał spostrzegać ten przypadek. Miała to być dziewczynka 5 letnia, u której nozdrze prawe przednie było zupełnie zamknięte; mimo jednak źródła, podanego przez Trendelenburga (Med. Times, 1864, I, Pag. 320), z którego on zaczerpnął wiadomość o tym przypadku, bliższych szczegółów, jak niemniej i nazwiska autora, który ten przypadek ogłosił, nie mogę przytoczyć. Zdaje mi się więc, że do chwili, w której ktoś inny zdoła dojść do bliższych szczegółów, dotyczących tego przypadku, na razie należy go wyłączyć z liczby przypadków, zanotowanych w piśmiennictwie, a w każdym razie nie przytaczać go, jako przypadku Trendelenburga, gdy to się nie zgadza z rzeczywistością.

Pierwsze pewne przypadki wrodzonego zamknięcia nozdrzy przednich odszukałem w piśmiennictwie amerykańskiem, mianowicie na kongresie Towarzystwa amerykańskich laryngologów w roku 1887 zdał sprawę Jarvis[1]) z dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków. Pierwszy dotyczył chłopca 18-letniego, u którego znaleziono zamknięcie obustronne, jako białe kieliszkowate wciągnięcie, przyczem po stronie lewej stwierdzono malutki otwór. Zamknięcie to było chrzęstne, w innym zaś, również obustronnym przypadku kostne, a w obu zabieg operacyjny przy użyciu świdra dał wynik dodatni. Co do przypadku drugiego, brak niestety w sprawozdaniu bliższych szczegółów.

Z roku 1888 mamy przypadek Voltoliniego[2]), dotyczący 2-letniej dziewczynki, u której lewe nozdrze przednie było zupełnie zamknięte; ponieważ jednak według podania matki już pierwiej jeden z lekarzy próbował wytworzyć otwór, pozostawia Voltolini nierozstrzygniętem, czy to już od urodzenia było zupełne zamknięcie, czy tylko znaczne zwężenie, które dopiero w następstwie jakiegoś zabiegu przeszło w zamknięcie zupełne. Voltolini galwanokauterem zyskał prawidłowy otwór nosowy, który przy użyciu tamponów dał się utrzymać w naturalnej szerokości; niestety po pewnym czasie, gdy dziecko usunęło się od dalszej kontroli, otwór ten miał zupełnie zarosnąć. To zwraca uwagę, by przypadki tego rodzaju nie za wcześnie wypuszczać z leczenia.

Z tego samego roku mamy przypadek Pottera[3]): dziecko 2-letnie, z kostnem zamknięciem lewego nozdrza przedniego Otwór ten przebito trójgrańcem, a następnie rozszerzono galwanokauterem.

Następny przypadek został przypadkowo przez Hovorkę[4]) znaleziony przy sekcyi zwłok mężczyzny 35-letniego, zmarłego z powodu gruźlicy płuc w c. k. szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu. Z niemałym trudem udało się Hovorce odszukać w Wiedniu brata, względnie matkę zmarłego, od których dowiedział się na pewno, iż zmiana, jaką znalazł na zwłokach, istniała od urodzenia. Nos w tym przypadku był krótki, płaski, zbliżony nieco do nosa siodełkowatego, choć siodełko to było bliżej końca nosa, aniżeli zwyczajnie w następstwie przebytych zmian kilowych. W głębokości 1 ctm. znaleziono w prawym otworze nosowym niepodatną, lejkowato zagłębioną błonę, porosłą włoskami. Nozdrze tylne tej samej strony znaleziono niezwykle małem, a wreszcie w samej jamie nosowej zrosty między ścianą boczną a przegrodą nosa. Na podstawie bardzo szczegółowych badań przychodzi autor do wniosku, iż wada ta utworowa odnosi się do późniejszego okresu rozwoju zarodka.

Dalej mamy przydadek Ricea[5]), który u dziecka 5-letniego spostrzegał zupełne zamknięcie prawego, a częściowe lewego, nozdrza przedniego

Przypadek Liebego[6]) dotyczył 18 letniego mężczyzny, który na pewno od urodzenia nie miał oddychać nosem. W obu otworach nosowych znaleziono rodzaj błon, lejkowato wciągniętych, jednak nie zupełnie zamkniętych tak, iż po obu stronach zgłębnik dał się przeprowadzić do jamy nosowej. Podniebienie w przypadku tym było wysokie i wązkie. Otwory te zostały rozszerzone cięciem krzyżowem; niestety mimo długiego leczenia następowego udało się utrzymać otwór w pożądanej szerokości tylko po stronie lewej; po stronie prawej natomiast przyszło do zwężenia. Chory ten zresztą w rok później zmarł z gruźlicy płuc.

Ostatni przypadek, lubo nie całkiem wolny od zarzutu co do pochodzenia zmiany od urodzenia, był spostrzegany przez Feina[7]). U dziewczyny 18-letniej znaleziono nozdrze lewe zamknięte ścianą lejkowatą, zbitości chrzęstnej; nos na zewnątrz okazywał kształt siodełkowaty. Ponieważ dziewczyna ta przebyła w pierwszych miesiącach swego życia ospę, a rodzice bezwzględnej pewności co do pochodze-

nia tej zmiany już od urodzenia nie mieli, zdaje mi się więc, iż mimo braku blizn na ściance, zamykającej nozdrze, względnie w najbliższej jego okolicy, przecież pochodzenie zamknięcia tego od urodzenia wydaje się nieco wątpliwem.

Mój przypadek natomiast nie przedstawia żadnych wątpliwości w tym kierunku, gdyż utworowa ta wada została natychmiast spostrzeżona po urodzeniu się dziecka i jeszcze w tym samym dniu stwierdzoną została przez lekarza. Przypadek mój dotyczył dziecka płci męzkiej, przedstawionego mi w dniu 22 maja b. r., a urodzonego tego samego roku w dniu 19 lutego, liczącego zatem dopiero ledwo trzy miesiące. Z opowiadania matki dowiedziałem się, że zamknięcie, które tu było obustronne, nie jest jednak zupełne, gdyż czasami mleko, dostawszy się podczas wymiotów do jam nosowych, przeciska się przez „błonki“ w kształcie malutkich kropelek.

U dziecka, źle rozwiniętego i wątłego, znalazłem nos krótki, szeroki, szczególnie w części miękkiej niezwykle rozdęty; oba nozdrza przednie daleko od siebie odległe, okazywały zamknięcie o wejrzeniu skóry, lekko wklęsłe, ułożone w miernej odległości od brzegu nozdrzy. Na szczycie zamknięcia po stronie lewej znalazłem zgłębnikiem otwór, przez który przeszedłem do jamy nosowej i mogłem stwierdzić charakter błoniasty zamknięcia nozdrza. Po stronie prawej najcieńszy z mych zgłębników przeprowadzić się nie dał, niewątpliwie jednak i tutaj musiał być malutki otworek, skoro matka stanowczo twierdzi, że czasami zauważyła występowanie pokarmu podczas wymiotów także w nozdrzu prawem.

Podniebienie w przypadku moim było wysokie i wązkie (*hypsistaphylia*).

W uśpieniu chloroformowem uzyskałem z łatwością zapomocą elektrokauteru prawidłowe otwory nosowe, które następnie rozszerzałem rurkami nosowemi podług A s c h a, dostarczonemi mi odpowiednio do wieku dziecka przez firmę Windler w Berlinie. W jamie nosowej prawej, zaraz w jej początku znalazłem nadto zrost, ciągnący się wzdłuż dna między muszlą dolną a przegrodą nosową, zresztą stosunki były prawidłowe; nozdrza tylne w szczególności, szerokością odpowiadały wiekowi dziecka

Dalszy rozwój dziecka postępował tak rychło, że już po tygodniu matka zapewniała mnie, iż dziecko podwoiło swoją wagę i rozmiary.

O ile zabieg w moim przypadku nie przedstawiał żadnych trudności ze względu na charakter błoniasty zamknięcia, leczenie następowe, które miało na celu utrzymanie uzyskanych otworów w potrzebnej szerokości, wlokło się bardzo długo i wymagać będzie jeszcze i nadal dłuższej kontroli.

Wada utworowa przypadków, przezemnie przytoczonych, należy według mego zdania do pierwszej połowy drugiego miesiąca w rozwoju zarodka, ponieważ w tym czasie tworzą się otwory nosowe przednie. Kol. docent Dr. A d a m B o c h e n e k, modelując w moich oczach rozwój jam nosowych u zarodka, wytłómaczył mi, iż zamknięcie nozdrzy w podobnych przypadkach odnieść należy do wstrzymanego przebicia się warstwy nabłonkowej, tworzącej dno tak zwanych kieszonek nosowych, które w początku drugiego miesiąca rozwoju zarodka otwierają się do pierwotnej jamy nosowej, stojącej na razie jeszcze w związku z jamą ustną. Do pozostałej tu warstwy nabłonkowej, z błony zarodkowej średniej (*mesoderma*) mogą bujać składowe jej części i w ten sposób wytworzyć ścianę, zamykającą nozdrza. Koledze B o c h e n k o w i wyrażam serdeczne podziękowanie za jasne przedstawienie mi tej sprawy.

Wysokie, wązkie podniebienie (*hypsistaphylia*), stwierdzone w moim przypadku również zaraz po urodzeniu się dziecka, uważać należy podobnie, jak i zamknięcie nozdrzy, jako płodowe zaburzenie rozwoju, wbrew zapatrywaniu K ö r n e r - W a l d o w a, którzy wysokie podniebienie odnoszą do utrudnionego oddychania nosowego. W przypadku obustronnego zamknięcia zupełnego nozdrzy tylnych, spostrzeganym w oddziale prof. P i e n i ą ż k a, a ogłoszonym przezemnie w „Archiwie F r ä n k l a“ (Tom XI, 1901, str. 130), podniebienie twarde zachowywało się zupełnie prawidłowo; podobnych analogicznych przypadków znajduje się więcej w piśmiennictwie, gdzie mimo utrudnionego oddychania nosowego podniebienie pozostaje prawidłowe i odwrotnie, wysokie podniebienie przydarzyć się może przy wolnem oddychaniu nosowem.

Gdy teraz zestawię wszystkie przypadki, odnalezione przezemnie w piśmiennictwie, z pominięciem przypadku nieznanego autora, a przytoczonego przez T r e n d e l e n b u r g a, to naliczyłem przypadków tego rodzaju, wraz z moim, dziewięć. Na 9 przypadków pięć razy zamknięcie było jednostronne, w resztujących zaś czterech obustronne; z pięciu jednostronnych zamknięć, dwa były po stronie prawej, a trzy po lewej. W siedmiu, względnie pięciu, przypadkach, wyłączając jeden przypadek J a r v i s a i przypadek R i c e a, gdzie zamknięcie zupełne było tylko po jednej stronie, po drugiej natomiast było niezupełne, zamknięcie znaleziono zupełne; w moim natomiast przypadku, bardzo zbliżonym do przypadku L i e b e g o, zamknięcie było niezupełne.

Wiek osób, u których spostrzegano tę wadę utworową, wahał się między drugim a 35 rokiem życia, a tylko w moim przypadku dziecko liczyło ledwo 3 miesiące.

Co się tyczy płci, to zdać mogę sprawę tylko z sześciu przypadków, wliczając i mój, mianowicie na sześć przypadków z dziewięciu, cztery razy wada ta dotyczyła płci męzkiej, dwa razy żeńskiej.

W każdym razie wada opisana należy do niezwykle rzadkich wad utworowych, gdyż wliczając nawet przypadek przytoczony przez T r e n d e l e n b u r g a, naliczylibyśmy wszystkiego przypadków dziesięć; mój przypadek daje bezwarunkową rękojmię co do wrodzonego pochodzenia tej wady utworowej.

Piśmiennictwo. 1) J a r v i s: Two cases of congenital occlusion of the nares. Journal of Laryng. 1887. Nr. 10. Referat w Centralblacie Semona IV, 1888, S. 331. — 2) V o l t o l i n i: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau, 1888, S. 105. — 3) P o t t e r: Report on a case of congenital bony occlusion of the anterior nares. Buffalo Med. and Surg. Journ., 1888, Nr. 9, w Centralbl. Semona V, 1889, S. 603. — 4) H o v o r k a: Angeborener Verschluss eines Nasenloches. Wiener klin. Wochenschrift, 1892. Nr. 40, S. 571. — 5) R i c e: Congenital occlusion of the anterior nares. Ann. of pediatr., 1894, przytoczony według Kaysera, podręcznik Heymana, Tom III, Część 1, S. 611. — 6) L i e b e: Angeborene Verwachsung der Nasenöffnungen. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1896, Nr. 4, Str. 179. — 7) F e i n: Ein Fall von angeborener vorderer Atresie des Nasenloches. Wiener klin. Rundschau, 1902, Nr. 9, Str. 161.

II. Z kliniki chirur. Prof. Kadera w Krakowie.

Topografia wyrostka robaczkowego [1]).

Podał

Dr. Lud. Filimowski,

elew kliniki.

Piśmiennictwo dotyczące wyrostka robaczkowego jest nader obfite, sięga bowiem 3000 publikacyi; trudno więc jeszcze coś nowego o niem powiedzieć. Stosunkowo najmniej może o nim pisano w języku polskim.

W ostatnich czasach zabierał bardzo szczegółowo w tej sprawie głos Dr. Wł. Krajewski z Warszawy, opierając się na swoim bogatym materyale. Sądzę jednak, że spostrzeżenia nasze mają istotny cel, gdyż wszelkie bliższe zaznajomienie się z topografią wyrostka robaczkowego może się tylko przyczynić do tem większej pewności chirurga przy laparotomii, przedsiębranej w celu usunięcia wyrostka. Niemniej wyjaśniają one poniekąd, dlaczego w niektórych przypadkach, pomimo nader silnie występującej sprawy zapalnej, nie mamy ogólnego zapalenia otrzewnej, nawet wobec przedziurawienia wyrostka robaczkowego, i odwrotnie: w innym przypadku występuje ogólne zapalenie otrzewnej i sprawa kończy się niepomyślnie.

Przystępując do rzeczy, poświęcimy przedewszystkiem kilka słów anatomii okolicy kiszki ślepej i prawidłowemu położeniu wyrostka robaczkowego, oraz uchyłków, jakie się koło niej znajdują. Według Sonnenburga prawidłowy wyrostek robaczkowy wychodzi z tylnej ściany kiszki ślepej, na grubość palca niżej ujścia jelita cienkiego do kiszki ślepej, dalej idzie równolegle do jelita cienkiego, przechodzi przez mięsień lędźwioudowy i końcem swym wchodzi do miednicy małej.

Co się zaś tyczy owych uchyłków, to mamy ich w okolicy kiszki ślepej cztery, a mianowicie:

1) *recessus ileococcalis superior*, leżący nad fałdem otrzewnowym, ciągnącym się od jelita biodrowego do ślepego;

2) *recessus ileocoecalis inferior*, znajdujący się między jelitem biodrowem a wyrostkiem robaczkowym; odgraniczony on jest przez krezki; w części przez drugi fałd, który wychodzi poniżej jelita biodrowego;

3) *recessus coecalis* jest zagłębieniem, znajdującem się przy końcu kiszki ślepej, które od boku jest ograniczone przez dwa fałdy, idące właśnie ku kiszce ślepej;

4) niejednokrotnie natrafiamy na przestrzeń (kieszeń) odgraniczoną bocznie, znajdującą się pod kiszką ślepą pod nazwą *recessus subcoecalis*.

Zachęcony przez prof. Kadera, podjąłem badania moje w Zakładzie anatomii patologicznej, dzięki życzliwości profesora Browicza; obu czcigodnym profesorom składam na tem miejscu szczere podziękowanie. Spostrzeżenia moje tyczą się stu sekcyi, wśród których główną uwagę zwracałem na rzeczy, dla chirurga najważniejsze, a więc: na długość wyrostka robaczkowego, drożność jego, kierunek, miejsce przyczepienia do kiszki ślepej, oraz na krezkę, na jej szerokość, unaczynienie i grubość ściany.

Oprócz tych stu przypadków posiadam zebrane szczegóły z przypadków, operowanych w klinice krakowskiej z powodu rozmaitych stanów chorobowych około wyrostka robaczkowego; jednak te, jako nie stojące w związku z moim tematem, pomijam na razie. Chodzi mi bowiem na tem miejscu o przypadki, w których klinicznie zapalenie wyrostka robaczkowego było wykluczone.

Nadmienić przytem muszę, że zdarzało mi się niejednokrotnie, iż w przypadkach chorobowych, w których nie było wcale klinicznych objawów, przemawiających za tem, że toczyła się jakaś sprawa chorobowa koło wyrostka robaczkowego lub w nim samym, mimo to znalazłem 18 razy znaczne zmiany chorobowe w wyrostku robaczkowym. Potwierdza to zatem zdanie wielu autorów (Sonnenburg, Steiner, Graser, Jalaguier i wielu innych), którzy podają, że przy objawach minimalnych mogą być zmiany *in situ* bardzo znaczne i odwrotnie: przy dużych zmianach klinicznych mogą zachodzić nader niewybitne lub żadne zmiany anatomo-patologiczne.

Przystępując do naszych przypadków, zwrócę przedewszystkiem uwagę na długość wyrostka. Wahała się ona od 3 do 18 ctm., jak to stwierdzić można na przytoczonej tablicy, w wyrażonych odsetkach. Z tego szematu widzimy, że stosunkowo najczęściej długość waha się między 6 a 8 ctm., jednak wniosków jakichkolwiek co do długości i wieku wyciągnąć z tego nie można, gdyż u ludzi 70-letnich znajdowałem długość 4 ctm. i 10 ctm. Tę ostatnią długość znajdujemy i u dziecka rocznego, a niewielka różnica, bo 9 ctm., u kilkagodzinnego płodu. Wiek zatem nie odgrywa roli rozstrzygającej i łatwo się omylić, sądząc, jak to podają, że w wieku starczym, może być wyrostek zanikły, gdyż najdłuższy, jaki znalazłem, sięgał do 18 ctm. długości i należał do 80-letniego starca, miał dobrze rozwinięte ściany, w całej swej długości był drożny i wypełniony przy samym końcu półpłynnym kałem. Co do długłości, to dodać jeszcze muszę, że znamy z piśmiennictwa przypadki, gdzie wyrostek był znacznie dłuższy, bo mierzył 20, a nawet 30 centymetrów.

Tablica.

Na sto wyrostków robaczkowych było:

Długość	Odsetek.	Kierunek.	Zmiany chorobowe.
3 ctm.	1%	1) Ku dołowi 28.	1) Zwężenia 9.
$3\frac{1}{2}$ »	3		
4 »	4	2) » » »	2) Zwężenia i owrzodzenie 5.
$4\frac{1}{2}$ »	3	Zwieszających się	
5 »	11	do miednicy małej było 16	
$5\frac{1}{2}$ »	2	3) w bok 30	3) owrzodzenia 3.
6 »	11		
$6\frac{1}{2}$ »	4		4) obrzmiały 1.
7 »	14	4) ku górze 18	
$7\frac{1}{2}$ »	8		5) wśród zrostów 5.
8 »	14	5) przyrośniętych do jelita ślepego 5.	
$8\frac{1}{2}$ »	1		
9 »	10	6) do poprzecznicy 1.	
10 »	5		
11 »	2		
12 »	3	7) z końca kiszki ślepej u dorosłego 2.	
13 »	1		
15 »	1		
$15\frac{1}{2}$ »	1		
18 »	1		

[1]) Według odczytu wygłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich.

Przechodzę do położenia wyrostka robaczkowego: 1) skierował się on ku dołowi 28 razy, z tego w 10 przypadkach był zagięty jeden raz, o końcu przyrośniętym do powięzi biodrowo-miedniczej. 2) Schodził ku dołowii zwieszał się do miednicy małej w 16 przypadkach, z tego 6 razy był ułożony całkowicie w miednicy małej. 3) Przypadków, w których wyrostek szedł w bok, było 30; w jednym koniec był przyrośnięty do jelita biodrowego, trzy zaś leżały tuż pod otrzewną w linii środkowej ciała, w okolicy pępka. 4) Ku górze szedł wyrostek w 18 przypadkach; jeden (u dziecka) leżał śród skrętów pod wątrobą. Naunyn opisuje przypadek zrośnięcia woreczka żółciowego z wyrostkiem robaczkowym.

Wyrostków przyrośniętych do kopuły kiszki ślepej było 5, do poprzecznicy 1. Z końca kiszki ślepej wychodził wyrostek w 2 przypadkach, był więc zachowany stan zarodkowy. Raz tylko wychodził po stronie zewnętrznej tak, że zastawka Gerlacha leżała wprost na przeciwnej stronie od zastawki Bauhina. We wszystkich przypadkach wyrostek odchodził od taśmy podłużnej *(taenia longitudinalis)*. Raz tylko jeden znalazłem, że zachowywał się pod tym względem odmiennie. W tym jednak przypadku szło ku wyrostkowi nieco włókien mięśnia podłużnego jelita.

Odsetkowo więc najczęściej wyrostek schodzi ku dołowi i w bok. Ponieważ zaś korzystnem jest tylko położenie w którymkolwiek ze wspomnianych uchyłków ze względu na to, że łatwiej może się wytworzyć odgraniczony ropień, a tem samem może nie przyjść do ogólnego zapalenia otrzewnej, przeto w przeważnej liczbie naszych przypadków (30 + 16) wyrostek robaczkowy znajdował się w położeniu dla osobnika niekorzystnem.

Co się tyczy przejścia wyrostka do jelita ślepego, to w 9% nie znalazłem zastawi Gerlacha, a tylko lejkowate zagłębienie; naturalnie w obliczeniu tem pomijam przypadki chorobowe ze zwężeniami.

Krezka wyrostka robaczkowego była tylko w 20 przypadkach bardzo wązka, zresztą dość szeroka i prawie zawsze (oprócz 6-ciu przypadków) istniało przyrośnięcie wyrostka do ściany kiszki grubej i ślepej; w 2-ch przypadkach koniec wyrostka był przyrośnięty do jelita cienkiego.

Przystępuję wreszcie do zmian chorobowych, jakie wśród naszych przypadków znalazłem. Osobniki te, mimo bardzo dokładnych rozpoznań i obserwacyi klinicznej, nie miały nigdy cierpieć na zapalenie wyrostka i napadom nie ulegały, a mimo to sekcya wykazała u nich zmiany chorobowe, daleko posunięte.

Wyżej podana tablica wykazuje dziewięć zwężeń światła wyrostka; dalej 5 zwężeń z towarzyszącem owrzodzeniem gruźliczem, 3 owrzodzeń gruźliczych bez zwężenia światła.

Odsetkowa ilość zmienionych wyrostków jest bardzo duża i daje nam pojęcie, jak w materyale, w którym zgoła tych zmian nie szukamy, jest o nie łatwo.

Wnioski zatem, jakiebym mógł z moich badań wysnuć, są następujące:

1) Wyrostek robaczkowy prawie zawsze wychodzi z taśmy podłużnej *(taenia longitudinalis)* i to z bocznej ściany jelita ślepego, nie biorę bowiem pod uwagę dwóch tylko przypadków, gdzie u osobnika dorosłego kiszka ślepa była kończysta i wyrostek wychodził z samego końca.

Idąc więc w czasie operacyi wzdłuż taśmy podłużnej, najłatwiej znaleźć wyrostek robaczkowy.

2) Nader często znajdujemy nieoczekiwane sprawy chorobowe, co stwierdza, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą częstszą, niż ją rozpoznajemy.

3) Położenie wyrostka robaczkowego w przeważnej liczbie badanych przypadków miało kierunek dla osobnika niekorzystny, schodząc już to do miednicy małej, już też ku jelitom cienkim.

W bardzo dużej ilości przypadków zapalenie wyrostka przebiega nierozpoznane, z powodu minimalnych dolegliwości. Powinniśmy zwracać tem baczniejszą uwagę na rozpoznawanie tego cierpienia, a rozpoznawszy je, doradzać jak najrychlejszą operacyę, by módz ją wykonać *à froid*, kiedy ona wobec dzisiejszego stanu aseptyki niebezpieczeństwa dla chorego wcale nie przedstawia.

Piśmiennictwo. Kaufmann: Lehrbuch d. spec. pathol. Anat. 1901. — Birch-Hirschfeld: Lehrbuch d path. Anat. II T. — E. Ziegler: Lehrb d. spec. path. Anat. — Aschoff u. Gaylord: Kursus d. path. Histologie. Wiesbaden. 1900. — Ribbert: Beitr. z. normal. u. path. d. Wurmfortsatzes. Virch. Arch. CXXXII. 1893. — Graser: Wurmfortsatz. peritonit. v. Langenbeck's Arch 41 Bd. 1891. — Sonnenburg: Path u. Therap. d Perityphlitis. — H. Joy u. F. Wright: Rokowanie w zapal. wyrost. rob. Med. News-The Lancet 26/4 1902 (referat w »Przegl. lekar.»). — Jalagnier: (Virch. u. Hirsch. Jahresbericht. XXXV, T. — Klemm: Tamże. Strona 683. — Steiner Zur path. Anat. d. Wurmforts. — Kraussold: Krankh. d. Proc. vermiform. Volkm. d. klin. Vorträg. — Dr. A. Müller: 100 Fälle v. Perityphlit. (Arch. f. klin. Chir. Berlin 1902). — Monks i Blake: Der normale Appendix. Centrbl. f. gesammte Mediz. Nr. 34, 1903.

III. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Celem ostatecznym kolki żółciowej (jeżeli wogóle wolno na sprawy patologiczne zapatrywać się ze stanowiska teleologicznego), jest doszczętne usunięcie kamyków, środkiem, wiodącym do tego celu, parcie wysięku zapalnego częściowo może także ruchy robaczkowe ścian przewodów. Niestety niestosunek między pojemnością dróg żółciowych, a wymiarami kamyków, rzadko bardzo pozwala *vi medicatrice naturae* na osiągnięcie tego celu. Zdaniem Riedla napad taki, nazwany przezeń całkowicie skutecznym, ma miejsce zaledwie w 5% wszystkich przypadków kolki żółciowej. Kamyczki muszą być bardzo drobne, aby się zdołały przesunąć przez przewód pęcherzykowy, żółciowy i brodawkę dwunastnicy *(papilla duodni)* do jelit.

Częściej, (niestety dla chorych), napad bywa tylko „skutecznym“. Wówczas kamyk, zajmujący w pęcherzyku lub jego szyjce miejsce naczelne, czy to z prawa urodzenia, czy też z przypadku, zostaje wysunięty do przewodu żółciowego wspólnego, aby tam utkwić nieraz na długie czasy.

Do najczęstszych należą napady „bezskuteczne“, tj. takie, w których konkrement naczelny, czyli kluczowy nie zostanie przesuniętym poza przewód pęcherzykowy.

Różnym od trzech poprzednich jest napad czynny, który możemy uważać za pewnego rodzaju odmianę nieregularną, lub patologiczną napadu skutecznego, względnie całkowicie skutecznego. Skutkiem spraw zapalnych pęcherzyk żółciowy zrasta się z przednią ścianą powłok brzusznych, z żołądkiem, lub dwunastnicą, z poprzecznicą, lub

z wątrobą, i to w zrastaniu bierze udział dno, cały trzon, szyja, lub przewód pęcherzyka; w miejscu zrostu powstaje przedziurawienie i przez ten otwór wydostają się kamyki częściowo, lub całkowicie poza ścianki pęcherzyka.

Jednak napad, nawet bezskuteczny, nie mija bez śladu. Skutkiem przebytych spraw zapalnych na błonie śluzowej woreczka tworzą się owrzodzenia o różnej rozległości, a ścianki w całej swej grubości ulegają najpierw naciekowi zapalnemu, potem zbliznowaceniu. Następstwem tych zmian anatomicznych jest zmniejszenie się podatności i elastyczności woreczka i jego rozciągliwości, a z wrzodów na błonie śluzowej tworzą się z czasem blizny. Blizny zaś te, kurcząc się, powodują znaczne zmiany w kształcie pęcherzyka; o ile zaś owrzodzenie obrączkowe zajmowało cały obwód szyjki lub przewodu pęcherzykowego, może w tem miejscu nastąpić całkowite zarośnięcie światła. Rzadziej już widujemy owrzodzenia i zbliznowacenia w przewodzie wątrobowym lub żółciowym wspólnym, a prawie nigdy całkowite zarośnięcie. Proces zapalny nie kończy się oczywiście nagle na powierzchni pęcherzyka, przenosi się na najbliższą okolicę i stąd powstają zrosty z narządami sąsiednimi: z żołądkiem [w okolicy odźwiernika], z dwunastnicą, poprzecznicą i jej krezką, z siecią dużą, nerką prawą, z powłokami brzusznemi, lub też sprawa zapalna wprost jako taka przenosi się na miąższ gruczołowy trzustki. Zrosty te są nie bez pewnych korzyści, chronią bowiem do pewnego stopnia jamę otrzewnową przed ogólnem zakażeniem, powodują jednak cały szereg dolegliwości, niekiedy znacznych, jak np. wynikłych ze zwężenia odźwiernika, lub dwunastnicy, zaciśnięcia poprzecznicy, przemieszczenia nerki itd. Dziwnem jest, że najczęściej objawy kliniczne nie pozostają w żadnym stałym stosunku do rozległości i jakości dopiero co opisanych zmian anatomicznych. Tak np. powolne przedziurawienie pęcherzyka do żołądka lub jelita odbywa się tak „podstępnie“, że o fakcie dokonanym dowiadujemy się dopiero, gdy niespodzianie chory zwymiotuje kamyki, lub gdy wystąpią objawy ostrej, całkowitej niedrożności przewodu pokarmowego przez zatkanie światła jelita dużym kamykiem, lub zlepem mniejszych. A bywa też odwrotnie: małym zmianom anatomicznym towarzyszą przykre i dolegliwe objawy kliniczne.

Jedynie *cholecystitis acutissima gangraenosa,* zagrażająca bezpośrednio życiu chorego, przebiega zwykle wśród odpowiednio ciężkich objawów klinicznych, których powagę najczęściej potrafimy dobrze ocenić. Zresztą każda inna *cholecystitis calculosa* przebiega szybko, nie sprawiając na razie większej szkody choremu. Faktem jest bowiem, stwierdzonym niezliczoną ilość razy, że jak długo kamyki nie przejdą poza przewód pęcherzykowy, tak długo kamica żółciowa pozostaje cierpieniem miejscowem, wywołującem mały tylko odczyn w reszcie ustroju. Kolka, większe lub mniejsze wzdęcie brzucha, napięcie powłok i zależnie od stopnia napięcia, wyraźnie lub mniej wyraźnie wyczuwalny guz elastyczny, odpowiadający pęcherzykowi, obok podniesionej ciepłoty i zaledwie w 10% (najwyżej 20%) (Kehr) wyraźnej żółtaczki, to główne objawy, cechujące ten okres cierpienia i napad bezskuteczny. Kiedy nastąpi drugi napad i jaką mieć będzie formę, nigdy ani w przybliżeniu przewidzieć nie możemy. Czasami, zaledwie chory miał czas odetchnąć po pierwszym, pojawia się już drugi i trzeci itd. Kiedyindziej po pierwszym napadzie następuje okres utajenia, mogący trwać choćby lata całe. Tak samo brak wszelkiej reguły co do jakości, czyli formy napadu. Po kilku napadach bezskutecznych, pod formą *cholecystitis serosae*, pojawić się może ni stąd, ni zowąd *cholecystitis acutissima gangraenosa*, albo też po całym szeregu napadów bezskutecznych, które dosłownie żółcią poiły chorego przez lata całe, pojawia się wcale nieoczekiwany napad skuteczny, a za nim tuż w tropy, zakażenie dróg żółciowych, wiodące chorego krótką drogą do grobu!

Z chwilą przejścia kamyka w przewód żółciowy wspólny, nagle zmienia się obraz. Dzięki wcześnie i częściej podejmowanym zabiegom chirurgicznym przekonano się, że przewód żółciowy obdarzony jest zadziwiającą zdolnością do szybkiego nietylko rozszerzania się, ale i do proporcyonalnego pogrubiania swych ścian. Riedel opisuje przypadek, w którym podczas operacyi, podjętej 13 go dnia od wejścia kamyka do przewodu żółciowego, znalazł ten ostatni tak gruby, jak palec, o odpowiednio tęgich ścianach; Griffon zaś notuje spostrzeżenie, w którem przewód żółciowy był drożnym dla dwóch palców. Tę jednak niewątpliwie wysoce korzystną dla chorego właściwość przewodu żółciowego obniża ogromnie mała podatność brodawki dwunastnicowej (Vatera) i nie o wiele mniejsza sztywność tego miejsca, w którem przewód żółciowy wstępuje w ściany dwunastnicy. Te dwie przeszkody sprawiają, że kamyk łatwiej może wejść w ten przewód, niż zeń wyjść. I kamyk spocząć tu może na długie czasy, choćby na lata (przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego). Przez pierwszych parę, czy kilka dni kamyk wypełnia szczelnie światło przewodu, którego dziewicze ściany obkurczają się wokoło intruza, zaklinowując go. Po krótkim już czasie, w miarę postępującego przerostu ścian, skurcz ustępuje i obok kamyka przepływa żółć do jelit, jakkolwiek nie bez pewnych trudności (Fengen, Riedel, Kehr). Zwolniony jednak i utrudniony przepływ żółci ułatwia zakażenie dróg żółciowych, które szerząc się od obwodu ku wątrobie, zajmuje wreszcie włosowate naczynia żółciowe, lub, co gorzej, przejdzie i poza te aż na miąższ wątrobowy. I mamy wówczas do czynienia z *cholangitis infectiosa,* o rozmaitym stopniu natężenia, powodującą niekiedy wyraźne ropnie wątrobowe. To jest jedno z najgorszych i bynajmniej nie wyjątkowych powikłań kamicy żółciowej, które tak często towarzyszy kamykowi w przewodzie żółciowym, a które niemal nigdy nie wydarza się, póki kamyki pozostają w pęcherzyku.

Nie brak w tym okresie choroby i innych powikłań. Skutkiem zastoju żółci rozszerza się przewód wątrobowy i jego rozgałęzienia; w rozstrzeniach tych gromadzi się żółć więcej, lub mniej zakażona. Są zatem wszelkie warunki do tworzenia się nowych, następowych złogów, które też wytwarzają się niekiedy w ilości i rozmiarach nie do uwierzenia. Powikłanie to jest również ogromnie nieprzyjemnem, rzadko bowiem udaje się usunąć doszczętnie kamyki, ukryte głęboko w miąższu wątrobowym.

Wreszcie tak tu (t. j. w przewodzie żółciowym wspólnym), jak i w pęcherzyku, przyjść może, prawdopodobnie skutkiem ciągłego drażnienia mechanicznego, do rozwinięcia się raka. Z tą chwilą chory jest niemal bezwarunkowo stracony, trzebaby bowiem idealnych warunków, aby módz nowotwór usunąć doszczętnie.

Ale i w najszczęśliwszych przypadkach, t. j. w takich, w których wszystkie poprzednio wymienione powikłania zostaną chorym oszczędzone, nie obywa się bez wielkich dolegliwości. Pomijając niebezpieczeństwa z przesycenia krwi żółcią, a braku żółci w jelitach przez pierwsze czasy po wstąpieniu kamyka do przewodu żółciowego, w okresie utajenia ciągle grozi niebezpieczeństwo mogącego w każdej chwili wystąpić zakażenia dróg żółciowych i powtórzenia się ostrego napadu. Jak w pęcherzyku, tak i tu wokoło kamyka wybucha od czasu do czasu *perixenitis* z kolką, żółtaczką (której jednak zdaniem Kehra brakować może w 33%), powiększeniem wątroby i znacznym upadkiem stanu ogólnego. W czasie tych napadów pęcherzyk bywa niemacalny. Po krótkim czasie dolegliwości te mijają, jedynie żółtaczka ustępuje powoli. Zdarzyć się jednak może, że zanim żółtaczkowe zabarwienie miało czas ustąpić po poprzednim napadzie, już nowy się pojawia, który ustępującą żółtaczkę znów do pierwotnego tonu podmalowuje. Te wahania się w natężeniu żółtaczki są cechujące niemal dla przewlekłego zamknięcia kamykiem przewodu żółciowego wspólnego. Jeżeli żółtaczka przez dłuższy czas utrzymuje się na jednym stopniu, lub co gorzej z biegiem czasu się wzmaga, musimy podejrzywać ciężkie powikłanie, czy to w formie *cholangitis infectiosa* (Ehret i Stolz), czy też jako *pancreatitis interstitialis fibrosa*, czy wreszcie w najgorszej formie, jako *epithelioma ductus choledochi*. W pierwszym razie stwierdzimy klinicznie objawy ogólnego zakażenia w formie ostrej lub przewlekłej, zależnie od stopnia jadowitości zakażających bakteryi. W dwóch następnych przypadkach, zwłaszcza zaś w ostatnim, w odróżnieniu od *cholangitis infectiosa*, znajdziemy pęcherzyk żółciowy wyraźnie macalny, wypełniony i rozszerzony płynem surowiczym (Kehr) obok postępującego charłactwa i pojawiającego się płynu wolnego w jamie otrzewnowej. Największe trudności rozpoznawcze przedstawia *pancreatitis chronica fibrosa*. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Erste ärztliche Hülfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. In Verbindung mit Bergmann, Gerhardt, Liebreich und Martin herausgegeben von Prof. G. Mayer. *(Berlin 1903. August Hirschwald.* Opraw. 8 M.).

Udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach znacznie się rozwinęło w ostatnich czasach i prawie we wszystkich miastach istnieją dziś wzorowe towarzystwa dla niesienia doraźnej pomocy. W połączeniu z tem prawie wszędzie odbywają się pouczenia laików w udzielaniu pierwszej pomocy i istnieją już do tego celu liczne broszurki i wydawnictwa, opracowane dla różnych sfer i zawodów. Lecz mylnem było zapatrywanie, że pouczenie w niesieniu pierwszej pomocy potrzebne jest tylko dla laików, albowiem nie wszystkie przy wypadkach wymagane czynności i zabiegi każdemu medykowi i lekarzowi są znane. Książka, z której sprawę zdajemy, przeznaczona jest wyłącznie dla lekarzy i posiada dla nich o wiele większą wartość, niż wszelkie inne tego rodzaju wydawnictwa. Materyał podzielony jest na pięć części, z których pierwsza, najobszerniejsza, opracowana przez Bergmanna, traktuje o pierwszej pomocy w wypadkach chirurgicznych; w drugiej części ś. p. Gerhardt podał wskazówki dla niesienia pomocy w nagłych zachorzeniach wewnętrznych; trzecia część, opracowana przez Liebreicha, zajmuje się ratowaniem otrutych; Martin omawia pierwszą pomoc lekarską w chorobach kobiecych i w położnictwie, a w ostatniej, piątej części wydawca, Prof. Mayer, omawia pierwsze zabiegi lekarskie przy ratowaniu nieprzytomnych i w przypadkach śmierci pozornej. Dla ożywienia treści książka jest trzymana w formie wykładów.

Wielce pouczająca treść posiada istotną wartość nietylko dla uczniów medycyny, lecz i dla lekarzy, którzy w pewnych wypadkach mogą się w tej książce łatwo zoryentować. Wykłady chirurgiczne Bergmanna są szczególnie zajmujące; omawiane są w ogólności zabiegi i czynności, wymagane od lekarzy stacyi ratunkowych, a nie n. p. pomoc w polu i t. p. Nie jest on za zbytniem zalewaniem ran środkami przeciwgnilnymi, lecz za suchem wytarciem wacikami jałowymi i opatrunkiem po dokładnem zatamowaniu krwi, gdyż krew skrzepła jest najlepszą glebą dla zarodków ropotwórczych. Ma on większe zaufanie do świeżo wyprasowanej bielizny z szafy dobrej gospodyni, niż do pakunków opatrunkowych żołnierzy. Dla leczenia oparzeń poleca opaskę bizmutową Bardelebena, którą przy oparzeniach twarzy zastępuje się posypywaniem proszku z bismutu i mączki w równych częściach. W bezwzględnej niedrożności cewki moczowej, w uszkodzeniach i ciałach obcych w cewce, których wyjęcie jest bardzo utrudnione i wymaga operacyi, a cewnikowanie w żaden sposób nie jest możebne, poleca B., jako pomoc doraźną, nakłócie włosowate (*Capillar-Punction*) pęcherza nad spojeniem łonowem igłą Pravaza lub cieniutkim trójgrańcem, poczem bóle i parcie natychmiast ustają i chory może być przewieziony do zakładu lub czekać na operacyę. Ranka po nakłuciu natychmiast się zamyka i jeśli to okaże się konieczne, to można ten zabieg kilkakrotnie powtarzać. W piątej części dokładnie przedstawione są oznaki śmierci i zajmujący jest przegląd historyczny o tanatologii (nauka o śmierci) i o ratowaniu nieszczęśliwych. Dowiadujemy się, że w dawnych czasach nie wolno było ratować tonących bez poprzedniego zezwolenia zwierzchności, a różne przesądy wzbraniały ratowania samobójców, gdyż ich dotknięcie czyniło człowieka nieuczciwym. Dopiero z końcem wieku XVIII ukazują się wszędzie rozporządzenia rządowe, nakazujące ostro ratowanie nieszczęśliwych, podające zarazem odpowiednie zabiegi i wyznaczające premie dla ratujących.

Kilka drobnych braków powinno być uzupełnione w następnem wydaniu. Niema bowiem wzmianki o wyjęciu ciał obcych z pod skóry, paznokci i t. p., o bezpośredniem wyciąganiu ciał obcych z oskrzeli, o udarze elektrycznym, o możebności przenoszenia chorych po krwotoku płucnym i kilka innych. Ponieważ książka przeznaczona jest dla lekarzy, nie ma tych różnych rycin, zdobiących wydawnictwa popularne (na 438 stronic jest tylko 5 rycin), lecz w piątej części ryciny ułatwiłyby znacznie zrozumienie mniej znanych przyrządów dla ratowania uduszonych i t. p.

Dr. Fels.

V. Wyciągi.

F. Umber, (Berlin). **O zmianie istoty chemicznej białka wskutek jednostronnego rozpadu w organizmie.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 39. 1903). Jeżeli wskutek zaburzeń w przemianie materyi, n. p. w ciężkiej cukrzycy, pewne grupy w drobinie białka zostaną w nadmiernej ilości usunięte, wówczas należałoby się spodziewać, że pozostałe w organizmie białko będzie się różnić od normalnego, n. p. w cukrzycy powinno stawać się uboższe w grupy cukrotwórcze. Pierwszy Kraus udowodnił doświadczalnie, że w sztucznej cukrzycy (florydzynowej) zjawia się w organizmie białko o typie chemicznym jednostronnie zwyrodniałym, mianowicie zubożałe w pewne grupy atomów, które stoją w związku z tworzeniem się cukru, w szczególności zubożałe w leucynę. Podobnie Blumenthal starał się udowodnić, że białko krwi w cukrzycy florydzynowej staje się uboższem w grupy węglowodanowe, chociaż dowód ten, jako polegający jedynie na reakcyach barwnych, jest bardzo nieścisły.

Autor używał do swoich doświadczeń trojga kociąt jednego rzutu, z których jednemu wytwarzano głód glikokolowy przez podawanie benzoesanu sodowego; u drugiego tak samo, a w dodatku

pod koniec doświadczenia głodzono; trzecie zaś karmiono normalnie. Dwoje kociąt innego rzutu głodzono z podaniem i bez benzoesanu sodowego. Po padnięciu, względnie zabiciu kocięcia oczyszczano jelita i pęcherz, następnie zwierzę siekano, suszono odtłuszczone przez ekstrakcyę alkoholem i chloroformem, a w ten sposób otrzymaną jednostajną mieszaninę rozkładano przez kilkogodzinne gotowanie z kwasem solnym. W mieszaninie aminokwasów, będących produktami opisanej hidrolizy całego zwierzęcia, oznaczano ilość węgla, azotu, a następnie szczegółowo ilość kwasu glutaminowego, glikokolu, wreszcie innych aminokwasów, które po zesteryfikowaniu ich rozdzielano przez cząsteczkową destylacyę w próżni. Stosunek węgla do azotu C: N wynosił u kota normalnego 3,36, u wszystkich zaś innych, czy to głodzonych bezwzględnie, czy też wystawionych na głód glikokolowy, stosunek ten obniżał się na 2,27 — 3,25, nigdy jednakże nie schodził poniżej tej ostatniej wartości. Otrzymany rezultat badania świadczy bezsprzecznie, że białko ustroju może się stać w warunkach dla zwierzęcia niekorzystnych uboższem w węgiel; zubożenie to jednak dosięgnąć może co najwyżej wartości C: N 3,25. Stosunek ten jest niższym niż w białku czystem, albowiem dla albuminy, a tak samo dla globuliny, wynosi stosunek C: N 3,33, a więc tylko nieco niżej niż u normalnego zwierzęcia. Niezależnie od stosunku węgla do azotu zmienia się ilość poszczególnych aminokwasów jak glikokolu, alaniny, leucyny i t. d. i to w granicach bardzo szerokich tak, że przez sztuczny jednostronny rozpad białka w organizmie można dojść do białek, które wprawdzie nie okazują zbyt wielkich różnic w stosunku węgla do azotu, a które jednak możnaby nazwać chemicznie zwyrodniałemi w porównaniu z białkiem normalnem. *Seńkowski.*

G. Klemperer. **Leczenie kamicy nerkowej. II** *). (*Die Therapie der Gegenwart*, 1903, wrzesień). Kolka nerkowa kończy się często wydaleniem kamyka i teraz dopiero rozpoczyna się leczenie ważniejsze, t. j. zapobieżenie nawrotom choroby. Kamyk nerkowy składa się zwykle z części krystalicznej i z jądra organicznego, powstającego z istoty śluzowej, która zdaje się pochodzić z prawidłowej błony śluzowej miedniczki nerkowej, względnie pęcherza i składa się z nukleoalbuminy. Ta organiczna istota jest składnikiem każdego prawidłowego moczu, a nie jak myślano dawniej, że nieżyt błon śluzowych wytwarza dopiero istotę podstawową dla kamyków nerkowych. A zatem leczenie zapobiegawcze polega na tem, by przeszkodzić wypadaniu kryształków z moczu w obrębie prawidłowych dróg moczowych; istota podstawowa bowiem zawsze istnieje. Oczywiście, że przez wypadnięcie jednego, lub kilku kryształków nie powstaje jeszcze kamyk, jeśli nie mają one sposobności dłuższego zatrzymania się i powiększania; dlatego drugiem zadaniem leczenia zapobiegawczego jest wydalanie i najmniejszych kryształków z dróg moczowych. To ostatnie zadanie polega na przepłókiwaniu narządu moczowego. Gdzie bowiem mocz skąpo się wydziela, tam składniki mogą z stężałego moczu łatwiej wypadać, zatrzymać się i powiększać, dlatego kamyki nerkowe często się zdarzają przy oliguryi, a bardzo rzadko przy polyuryi. W białaczce i dnie np., mimo znacznej ilości wydzielonego kwasu moczowego kamyki są rzadkie, ponieważ ilość moczu zwykle jest obfita, u kobiet np., które z przyzwyczajenia, lub z obawy tycia niesłusznie mało piją, kamyki są częstsze. U wielu mężczyzn natomiast mogą powstać kamyki z powodu przejściowej oliguryi dziennej, bo piją tylko rano i wieczór, choć często wieczorny przypływ spłucze nagromadzone kryształki, które bez tej, skądinąd mniej chwalebnej ilości piwa i wina wyrosłyby do kamyka. To też dla zapobieżenia kamicy przyjmowanie napojów musi być dostateczne i nastąpić w regularnych odstępach, by zapewnić ciągłe przepłókiwanie narządu moczowego przez oddawanie co 3—4 godzin $^{1}/_{4}$ litra czystego i jasnego moczu. Dzienna ilość moczu powinna wynosić przynajmniej 1500—2000 ctm. sz., co ze względu na wydzielanie przez skórę, płuca i jelita wymaga wypicia $2^{1}/_{2}$ litra płynu na dobę. Zabronienie napojów wyskokowych wcale nie jest potrzebne, a piwo i lekkie wina pod pewnym względem mogą być pożyteczne. Najlepiej działa woda, szczególnie regularne picie naturalnych wód słabo alkalicznych i zawierających kwas węglowy; kuracyjne picie wody tylko przez cztery tygodnie nie wystarcza. Także czysta woda jest bardzo pożyteczna; dorastające dzieci i robotnicy tak rzadko cierpią na kamyki nerkowe, bo często piją wodę. Można zresztą do wody dodawać małe ilości dwuwęglanu sodowego, lub też sok cytrynowy ze skąpą domieszką dwuwęglanu sodowego daje napój równoważny wielu naturalnym szczawom alkalicznym. Autor zestawia szemat porządku napojów dla cierpiących na kamyki nerkowe: 7—8 godz rano $^{1}/_{2}$ litra kawy, herbaty, kakao, lub zupy; godz. 11, $^{1}/_{4}$ litra bulionu, limoniady, wody mineralnej, lub mleka; godz. 2 popołudniu, $^{1}/_{4}$ litra zupy, $^{1}/_{2}$ litra napoju, według przyzwyczajenia, lub wskazania wody mineralnej, limoniady, soku owocowego, piwa, lub wina; godz. 5, $^{1}/_{4}$ litra kawy, herbaty, lub wody; godz. 8, $^{1}/_{2}$ litra piwa, wody, mleka słodkiego, lub kwaśnego; godz. 11, wieczór $^{1}/_{4}$ litra napoju wyskokowego, lub wodnego, względnie wody ocukrzonej, soku cytrynowego, lub naparu kozłka.

By zapobiedz wypadaniu kryształków, musimy uregulować dyetę i to zależnie od tego, czy chory cierpi na kamyki moczanowe, szczawianowe, lub fosforanowe. Wogóle można powiedzieć, że każde jednostronne pożywienie może w połączeniu z nieregularnem przyjmowaniem napojów wywołać kamyki nerkowe, wyłączna dyeta mięsna daje powód do kamyków moczanowych, fanatyczny wegetaryanizm — kamyki szczawianowe, lub fosforanowe. Najodpowiedniejsza jest dyeta mięszana, składająca się z mięsa, jarzyn, owoców, mleka, jaj i legumin, a zbytnie dodawanie korzeni i soli do pokarmów powoduje albo nadmiar kwasu solnego w żołądku, szkodliwy dla cierpiących na kamicę nerkową, albo sole, przechodząc w większej ilości do moczu, ułatwiają wykrystalizowanie innych składników.

Ponieważ mięso, szczególnie narządy gruczołowe (grasica, wątroba, nerki i t. d.) tworzą obfity kwas moczowy, polecamy ludziom, którzy cierpią na kamyki moczanowe, lub wydzielają kryształki moczanowe, dyetę mięszaną, obejmującą mniejwięcej pół funta mięsa dziennie. Zabraniać im zupełnie mięsa, niema potrzeby; również niema różnicy między czarnem, a białem mięsem; rosołu nie trzeba zabraniać, rybę należy traktować, jak mięso. Drugiem ważnem zadaniem jest rozpuszczanie kwasu moczowego, tak samego, jakoteż jego rozpuszczalnych połączeń zasadowych. Pierwsze uskutecznia prawidłowy barwik moczu, urochrom, na który jednak dyetą nie możemy wywierać żadnego wpływu. Jest to regulacyą samego ustroju, że im więcej stężony jest mocz, temwięcej zawiera barwika, który utrzymuje wolny kwas moczowy w rozpuszczeniu. Rozpuszczalne zaś sole moczanowe są zależne od dyety roślinnej; dlatego najodpowiedniejszą dla tych chorych jest dyeta, polegająca przy średniej ilości mięsa na używaniu ryby i pokarmów strączkowych, dużo jarzyn i owoców. By zaś nie obciążać zbytnią ilością jarzyn i owoców, polecamy przetwory alkaliczne w formie dwuwęglanu sodowego, którego ilość musi być tem większa, im więcej mięsa, ryby i jarzyn strączkowych się spożywa. Sodę najlepiej zażywać dopiero w 3—4 godzin po spożyciu mięsa, gdyż bezpośrednio potem, z powodu zatrzymanego w żołądku kwasu solnego mocz jest uboższy w kwasy. Najodpowiedniejszym sposobem podawania alkaliów są wody mineralne (2—3 razy dziennie po $^{1}/_{4}$ litra), obfitujące w wolny kwas węglowy, który jeszcze powiększa rozpuszczalność moczanów. Naturalne wody mineralne dają się zastąpić odpowiednimi rozczynami dwuwęglanu sodowego, a szczególnie rozcieńczone soki owocowe z małym dodatkiem dwuwęglanu sodowego dają korzystne wyniki. Wszelkie leczenia owocowe (winogrona, cytryny), wchodzą tu również w rachubę. Przy skłonności więc do wypadania kwasu moczowego dyeta powinna się składać z średnich ilości mięsa, obficie jarzyn i owoców bez szczegółowego wyłączenia innych potraw i z codziennym dodatkiem $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ litra alkalicznej wody mineralnej.

Szczawian wapniowy moczu pochodzi po największej części z pożywienia roślinnego, szczególnie ze szpinaku, herbaty i kakao, w mniejszej ilości z innych jarzyn, owoców i piwa; mięso zawiera mało kwasu szczawiowego. Kwas szczawiowy z nierozpuszczalnych soli wapniowych pokarmów dopiero przez kwas solny żołądka staje się rozpuszczalny i wessalny; im kwaśniejszy jest sok żołądkowy, tem więcej kwasu szczawiowego może przejść do moczu. Dlatego przy skłonności do wypadania szczawianu wapniowego z moczu dyeta powinna się składać z mięsa, pokarmów strączkowych, legumin, kartofli, z średnich ilości jarzyn i owoców (jabłek), z zaniechaniem szpinaku, jaj, herbaty, kakao, tudzież większych ilości mleka. Podczas jedzenia poleca się picie wód alkalicznych, by przez osłabienie kwasu żołądkowego alkaliami nie dopuścić do wessania małych ilości kwasu szczawiowego, zawartych w pożywieniu.

Kryształki fosforanu wapniowego wypadają z moczu, jeśli oddziaływanie jego jest alkaliczne; oddziaływanie to występuje, jeśli wskutek zakażenia bakteryjnego moczu mocznik rozkłada się na kwas węglowy i amoniak; wtedy należy leczyć przyczynowo, względnie stosować dezinfekcyę i przepłókiwanie dróg moczowych. Lecz tu idzie o t. zw. „alkalinuryę stałą“, t. j. alkaliczność, spowodowaną przeszkodą dostawania się kwaśnych drobin ze krwi do moczu. O tej alkalinuryi wiemy tylko, że często jest ona połączona z obfitością kwasu solnego w żołądku; dlatego u ludzi zdrowych występuje przejściowo podczas trawienia tem wybitniejsze oddziaływanie alkaliczne moczu, im obfitszy był posiłek. Skoro zaś kwas solny wraca do krążenia krwi, t. j. 3—5 godzin po większym posiłku, to powraca także oddziaływanie kwaśne moczu. Ta alkali

*) Pierwszy wykład. patrz »Przegl. lek.« 1903, str. 113. Autor zapowiada na przyszłość jeszcze trzeci wykład o środkach leczniczych i higienie i o rzadszych formach kamyków nerkowych.

nurya zostaje jednak stałą, jeśli kwaśna treść żołądkowa przez wymioty lub wypłókanie dostaje się na zewnątrz, oraz u ciężkich neurasteników, którzy równocześnie cierpią na nadkwaśność żołądka, gdyż może skurcz odźwiernika zbyt długo zatrzymuje kwas solny w żołądku. Doświadczenia też pouczają, że leczenie alkalinuryi polega przedewszystkiem na poprawie stanu nerwowego i usunięciu istniejących zaburzeń w narządzie pokarmowym, a dyeta musi być mięszana, składać się z mięsa, legumin, potraw mlecznych i jaj. Zaniechać należy nadmiaru jarzyn i owoców, jakoteż soków owocowych i oczywiście wód alkalicznych. Obfite moczenie osiąga się przez picie czystej wody, najlepiej nasyconej kwasem węglowym.
Dr. Fels.

Fuchs. **Uwagi anatomiczne i kliniczne o naparzaniu (waporyzacyi) macicy.** (*Arch. f. Gyn.* T. 69, Z, 1, 1903). Rozprawę poprzedza krótki rys historyczny, dotyczący powstania i rozwoju tej metody, poczem następuje opis techniki postępowania. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy działaniu parą o bardzo wysokiej ciepłocie, do 120° C., ale tylko przez krótki czas 30—45 sekund; przy tem postępowaniu bowiem wytwarza się bardzo szybko strup, który nie pozwala parze działać zbyt głęboko, podczas gdy przy dłuższem stosowaniu niższej ciepłoty działanie gorąca drąży wgłąb powoli, niszcząc zupełnie gruczoły i powodując zrośnięcie się przeciwległych ścian. W przeciwieństwie do wielu ginekologów radzi autor przed każdem naparzaniem wykonać skrobanie, działanie bowiem pary jest wówczas jednostajne, a zarazem można wyskrobane masy poddać badaniu drobnowidowemu, które w tych przypadkach jest ważne i nieraz naprowadza dopiero na istotne rozpoznanie. Sam zabieg należy, wbrew twierdzeniu Pinkusa (sprawozdanie „Przegl. lek.“ Nr. 21—1903), wykonywać w uśpieniu. Jama macicy powinna być o ile możności suchą, a samą rurką należy po wprowadzeniu jej do macicy wykonywać szybkie ruchy naprzód, wstecz i na boki w celu osiągnięcia jednostajnego działania na całej powierzchni. Wskazanie do śródmacicznego zastosowania gorącej pary występuje tam, gdzie obfite lub długotrwałe krwotoki zagrażają życiu chorej i opierają się wszelkiemu dotychczas znanemu leczeniu. Tu należą krwotoki maciczne, rzadkie na tle krwawiączki, krwotoki, występujące wskutek obecności mięśniaków macicy, do czego jednak nadają się tylko przypadki mięśniaków podsurowiczych i śródmięśniowych; w krwotokach na tle mięśniaków podśluzowych należy tej metody unikać. Wielkie i zasłużone zastosowanie zyskała ta metoda przy krwotokach w okresie przejściowym. Dalej w chorobach wyniszczających ustrój, np. gruźlica, gdzie idzie o stałe usunięcie krwawień miesięcznych; w tych razach mówimy o t. zw. „castratio uterina atmocaustica“ (Pinkus). Wreszcie tu należą przypadki krwotocznego zapalenia błony śluzowej macicy, o ile jednak cierpienie to dotyczy kobiet w pełni okresu płodzenia, radzi autor metodę tę ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzieby ona mogła zastąpić całkowite wyjęcie macicy. W końcu autor omawia anatomię i histologię kilku preparatów, otrzymanych w jakiś czas po zastosowaniu tej metody i podaje krótkie historye choroby 68 przypadków, w których metodę tę stosował zawsze w połączeniu ze skrobaniem i które miał sposobność oglądać w jakiś czas po zabiegu: z tych 60 = 88·2% okazywało stale dobre wyniki, pięć względnie dobre, a trzy złe.
Dr. E. Ehrenpreis.

Haug. **Ciało obce w okolicy trąbki Eustachiusza po poprzedniej operacyi doszczętnej.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 57, 1903). Chory, wyleczony po operacyi doszczętnej, zatykał sobie ucho watą, używając do tego szczypczyków. Pewnego dnia włożył sobie watę za daleko i nie mógł jej pomimo usiłowań wydostać. Po kilku dniach uczuł w uchu i w gardle po stronie operowanego ucha ból dość silny. Badanie wykazało zapalenie ucha, niedrożność trąbki Eustachiusza, która przedtem zawsze była drożną i zaczerwienienie łuków podniebiennych ponad migdałkiem. Siódmego dnia od wypadku utworzył się w miejscu zaczerwienienia ponad migdałkiem ropień, z którego po nacięciu wydobyto kawałek waty. H. tłómaczy sobie ten przypadek w ten sposób, że prawdopodobnie chory przy usiłowaniu wydobycia waty z ucha uszkodził ścianę jamy pooperacyjnej i wepchnął watę do części miękkich, otaczających trąbkę Eustachiusza. W wywiadach chory podaje, że po wypadku szła mu krew z ucha.
Dr. Teofil Zalewski.

Thost. **Objawy kliniczne gorączki siennej i jej leczenie.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, 25). Na podstawie 400 dokładnie spostrzeganych przypadków podaje autor przegląd objawów gorączki siennej i wykazuje statystycznie, że do tej choroby szczególnie skłonne są osoby, które przy natężeniach fizycznych i umysłowych przebywają dużo na wolnem powietrzu, (oficerowie, lekarze itp.). Leczenie polega przedewszystkiem na ogólnych środkach higienicznych (hartowanie, przebywanie w chłodnych miejscach zamkniętych, unikanie zbyt ciepłej odzieży itp.), dalej leczenie miejscowe (kokaina, adrenalina, płókania, przypalania). W 47-miu przypadkach zastosowano antytoksynę Dunbara; w 17 z nich wynik był zupełnie pomyślny, w 12 krótkotrwały, w 8 ujemny. Chorzy powinni środek ten wpuszczać sobie do nosa i do oczu 3—4 razy dziennie.
Spira.

Bourcart. **Badania nad obecnością prątków błonicy u ozdrowieńców i u osób zdrowych, stykających się z dotkniętymi tą chorobą.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1903. Wrzesień). Wyniki poszukiwań autora zgadzają się w ogólnym zarysie z pojęciami przyjętemi dziś przez większość badaczy. Dowodzą one, że: 1) prątek Löfflera może wprawdzie znajdować się w połyku osób, które nie przebywały świeżo błonicy, jednakże należy uważać obecność jego za wyjątkową. Nawet u osób stykających się bezpośrednio z chorymi na błonicę badania połyku lub jamy nosowej dają bardzo rzadko wynik dodatni i to najczęściej u dzieci (18 przypadków na 100); u dorosłych w tych samych warunkach (lekarzy, studentów, dozorczyń), na 30 badanych przypadków autor nie spotkał ani razu prątka błoniczego; 2) u osób dotkniętych błonicą i leczonych surowicą swoistą prątek Loefflera znika wraz z ustąpieniem błon w 65 przypadkach na 100; utrzymuje się przez kilka dni po ukończeniu choroby w 20 przypadkach na 100; po dłuższym czasie wykazać go można było w 15% przypadków; 3) badając w bliskich odstępach czasu jamę nosową i połyk tego samego chorego, można nieraz stwierdzić, że prątek, utrzymujący się po ustąpieniu błon, przybiera formy nietypowe, odznaczające się zwykle znacznem obniżeniem jadowitości. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. König. **Uwagi nad leczeniem i przebiegiem ran postrzałowych płuc w praktyce podczas pokoju.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 32). Na podstawie swego materyału, który później szczegółowo zostanie opracowany, przychodzi K. do następujących ostatecznych wniosków. Bezpośrednie czynne wkroczenie chirurgiczne przy ranach postrzałowych klatki piersiowej usprawiedliwione jest jedynie wówczas, jeżeli mamy pewne podstawy do przypuszczenia, że źródłem krwotoku, zagrażającego życiu, jest skaleczona tętnica międzyżebrowa, lub sutkowa wewnętrzna. Dalej, jeżeli 2-go, lub 3-go dnia po obrażeniu, ciepłota znacznie się podniesie, a tętno wybitnie się przyśpieszy i wystąpi duszność, wówczas otworzenie jamy opłucnowej staje się koniecznem. Te same objawy, występujące w dalszym przebiegu, wymagają również zabiegu operacyjnego, wskazują bowiem na zakażenie wylanej krwi wydzieliną oskrzeli. W każdym innym przypadku uważa K. torakotomię w 2-gim, lub 3-cim dniu wykonaną o tyle za pożyteczną, o ile wykonaną zostanie ściśle aseptycznie. W ten bowiem sposób uchronić możemy chorego od mogącego się zdarzyć późniejszego zakażenia krwiaka opłucnowego drogą oskrzeli i skracamy czas gojenia się. Przekonano się bowiem, że gdy wessanie krwi z jamy opłucnowej przewleka się miesiącami, skracamy znakomicie czas leczenia przez nakłócie klatki piersiowej.
Herman.

Dr. J. Elgart. **Dwa przypadki wgłobienia biodrowo-kątniczego u dorosłych, wyleczone operacyjnie.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 32). W pierwszym przypadku (dziewczyna 31-letnia) wgłobienie wystąpiło ostro. Operacyę wykonano 3-go dnia choroby. Po częściowem odgłobieniu, kiedy wgłobienie (już tylko na jelicie biodrowem) rozwinąć się dalej nie dało, wyciął E. część pozostałą całkowicie (około 60 ctm.) i jelito zespolił osiowo guzikiem Murphyego; nastąpiło wyzdrowienie. W drugim przypadku, tyczącym się również kobiety 33-letniej, wgłobienie miało charakter wybitnie przewlekły. Operacyę wykonano w 5-tym miesiącu choroby. Mimo zrostów odgłobienie udało się całkowicie. Kątnicę przyszyto do talerza biodrowego. Wyzdrowienie.
Herman.

Dr. H. Salomon. **W sprawie rozpoznawania raka żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). S. zauważył, że w wodzie, którą kilkukrotnie przepłókiwano czczy żołądek, dotknięty rakiem, wykazać było można odczynnikiem Esbacha białko, a N w 100 grm. tej wody wynosi więcej, niż 26 mlgr. Zjawiska tego nie stwierdził S. w innych przewlekłych cierpieniach żołądka, nie było go nawet w przewlekłym wrzodzie żołądka.
Herman.

VI Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie biegunki u niemowląt zapomocą żelatyny. (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 36). Prof. Weill z Lugdunu przeprowadził w tym kierunku szereg doświadczeń i otrzymał w wielu przypadkach dobre wyniki. Żeby żelatynę uczynić zupełnie czystą i nieszkodliwą, należy ją poprzednio poddać wyjałowieniu w autoklawie, lub przynajmniej gotowaniu przez 3 kwadranse. Weill wyjaławia rozczyn 10%, poczem rozdziela go do probówek. Każda probówka, zawierająca 10 sz. ctm., a zatem 1 grm. żelatyny, stanowi zawar-

tość, którą dodaje się wprost do jednorazowego posiłku dziecka. W razie potrzeby można ilość tę podwoić tak, że dziecko spożywa przez dobę 12—14 gramów żelatyny. Pod wpływem tego leczenia liczba stolców ma ulegać znacznemu zmniejszeniu; również charakter ich zbliża się stopniowo do typu prawidłowego. Zmiany te występują nieraz już po czwartej, lub piątej dawce. Naturalnie leczenie to, czysto mechaniczne, niema wpływu na stan ogólny, tam, gdzie mamy do czynienia z objawami zatrucia z przewodu pokarmowego. Również w przypadkach cholery dziecięcej nie należy spodziewać się dobrych wyników. *Dr. T. Żeleński.*

Teocyna, czyli **teotylina** (*Dimethylxantin*) według sprawozdań Dr. Riegla ma być wybornym środkiem moczopędnym, a działanie jej przypisać należy pobudzaniu miąższu nerkowego do większej czynności; to też przy obrzękach zastoinowych pochodzenia sercowego, lub puchlinie brzusznej, towarzyszącej marskości wątroby, podawana kilkakrotnie dziennie w dawkach do 0·25, zwiększa trójkrotnie, a nawet wyżej ilość dobową moczu. Działanie jej występuje szybko i trwa dwa do trzech dni. Pobudzając wydzielniczo miąższ nerkowy, nie drażni go wcale. W przewlekłych chorobach nerek skutek jej wydatniejszy, niż w ostrych. Dzieciom podaje się w rozczynach 0·1 na 75·00 wody 3·5 łyżeczek dziennie. Z działań ubocznych spostrzegano krótkotrwałą utratę łaknienia i mdłości, ale tylko wtedy, gdy ją się stosuje w formie proszków; dlatego radzą podawać teocynę tylko w rozczynie, po jedzeniu i w małych dawkach. Działanie aguryny i teobrominy przewyższać ma swoją wydatnością. Preparat dość drogi. *S. P.*

O leczniczej wartości reumatyny. (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 31, 1903). Między przetworami przeciwgośćcowymi, polecanymi w ostatnim czasie zamiast kwasu salicylowego, wymienić należy w pierwszym rzędzie aspirynę i reumatynę, t. j. połączenie kwasu salicylowego z chininą. W oddziale wewn. prof. C. A. Ewalda w Berlinie podawano reumatynę w 40-tu przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca stawowego. Reumatyna jest proszkiem, złożonym z białych kryształków, trudno w wodzie rozpuszczalna, bez zapachu i smaku, chorzy ją chętnie zażywają. Stosownie do wieku i ciężkości przypadku dawka dzienna wynosi 2—6 grm., średnio 3—4 grm., Powikłań ze strony serca i nerek nie zauważono nigdy; dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego po 3—4 grm. dziennie nie było. Wogóle objawów ubocznych nie spostrzegano. Reumatyna jest wskazaną: 1) we wszystkich przypadkach ostrego gośćca stawowego, szczególnie w tych, które łączą się już z wyraźnemi powikłaniami ze strony serca i nerek; należy ją jednak odstawić, jeżeli po kilkodniowem stosowaniu nie zmniejsza się gorączka, bóle i obrzmienie stawów; 2) w przypadkach ostrego gośćca stawowego, w których chorzy źle lub wogóle nie znoszą innych leków; 3) w przypadkach gośćca mięśniowego i stawowego, przebiegających podostro lub przewlekle, w których zależy na zmianie leku, ewentualnie na utrzymaniu wyniku, osiągniętego zapomocą kwasu salicylowego lub aspiryny. O ile reumatyna wchodzi w rachubę w bólach neuralgicznych i czysto nerwowych, nie zbadał S. jeszcze dostatecznie; wobec jednak jej nieszkodliwości można tę próbę zalecić w tych stanach chorobowych. *Baschkopf.*

Walidol. (*Klin.-therap. Wochenschrift* Nr. 29, 1903). Dr. Kerner poleca walidol, jako lek przeciw histeryi, skrzepiający ogólnie i poprawiający trawienie. W przypadkach nagłej potrzeby działa skutecznie, bądź zwalczając rzeczywiste osłabienie, uczucie lęku, bądź też łagodząc dolegliwości żołądka, nudności, ciśnienie, odbijanie, uczucie pełności; walidol obniża pobudliwość odruchową, choć podwyższa parcie krwi. Działa w zawrotach głowy, migrenie, w dychawicy nerwowej, w neurastenii nikotynowej, nie mniej w napadach macicniczych, neurastenicznych stanach rozdrażnienia. W tych ostatnich zaburzeniach podajemy zwykle brom, który, jeżeli wogóle działa, to tylko w wielkich dawkach, lecz jednocześnie upośledza trawienie. Walidol posiada oprócz szybkości działania tę zaletę, iż podaje się go w postaci kropel 10 do 15 na cukrze lub w łyżce wody ocukrzonej. *Dr. Baschkopf.*

VII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

15. Zieliński (Lwów): **O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.** (Odczyt ten wyszedł w „Przegl. lek.“ Nra 36, 37 i 38).

Dyskusya:

Zieliński (Lwów) dodaje na zapytanie Bujwida (Kraków), że na 267 przypadków było 26 zakażonych tężcem.

Bujwid (Kraków) sądzi, że byłoby wskazane, by do innych zabiegów dodawano zapobiegawczo jeszcze wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej.

Rudner (Czerniowce) jest zdania na mocy swego doświadczenia, że ran od kul zwyczajnych nie trzeba tykać, leczyć je tylko aseptycznie. Miał przypadek zajmujący postrzału w brzuch: jelito było w 10 miejscach przedziurawione; chory byłby uratowany, gdyby mógł być wcześniej operowanym (dopiero po 13-tu godzinach). Rany postrzałowe jamy brzusznej należy zawsze operować.

Markiewicz (Przemyślany) ma pod tym względem duże doświadczenie; zgadza się z Zielińskim. W jednym ze swoich przypadków stwierdził po postrzale siekańcami w brzuch i klatkę piersiową 7 ran. Po kilku tygodniach wystąpił nad kością krzyżową ropień, z którego po nacięciu wydostano siekaniec. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku miał miejsce postrzał kulą w okolicę kręgosłupa; wystąpiły potem objawy porażenia połowiczego, obecnie utrzymuje się tylko niedowład.

16. Krasowski (Stanisławów): **Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelit.** Chory doznał postrzału z rewolweru w brzuch. W 7 godzin potem K. otworzył jamę brzuszną i znalazł 13 otworów w jelitach, które kolejno pozeszywał, nie mogąc zrobić resekcyi. Chory wyzdrowiał. W przypadku tym stwierdził prelegent kurczowe napięcie powłok brzusznych, które nie ustąpiło nawet w uśpieniu.

17. Bogdanik (Biała): **O resekcyi stopy według własnej metody.** Cięcie prowadzi się 1 ctm. poniżej kostki i przecinając części miękkie aż do kości ku tyłowi i dołowi i to w odległości 1 ctm. od podeszwy, okrawa się piętę, i przechodząc ku drugiej stronie stopy, prowadzi się cięcie ku górze i naprzód, a kończy się je 1 ctm. poniżej kostki, w miejscu odpowiadającem początkowi cięcia. Następnie przecina się kość piętową w kierunku do zatoki skokowej (*sulcus tali*). Równocześnie okręca asystent stopę ku podudziu. Po przepiłowaniu kości piętowej układa się grzbiet stopy na przedniej powierzchni podudzia. Mając dostęp wolny, można wyskrobać ogniska w kości piętowej i można dojść do kości skokowej pomiędzy płaszczyznami przepiłowanej kości piętowej. Aby uniknąć przecięcia naczyń, ścięgien, lub nerwów odciąga asystent hakiem tępym ścięgno mięśnia goleniowego tylnego, nerw i obok niego przebiegającą tętnicę i żyłę, a po drugiej stronie ścięgno mięśnia strzałkowego, jakoteż nerw i naczynia. Przez przedłużenie cięcia można sobie zrobić wygodny dostęp do kości czółenkowatej, sześciennej i klinowych. Po oczyszczeniu pola operacyjnego zeszywa się przecięte płaszczyzny kości piętowej i skórę. B. ma około 10 przypadków operowanych tą metodą z dobrym wynikiem.

Dyskusya:

Bossowski (Kraków) nie miał dobrych wyników po metodzie Bogdanika: u dorosłych skończyło się zawsze na resekcyi osteoplastycznej, lub amputacyi. U dzieci daje się ta metoda zastosować.

Rydygier (Lwów): Operujemy staremi metodami, bo te dają nam dobre wyniki. Metodzie Bogdanika zarzuciłby R. to, że się piłuje kość, co przy gruźlicy nie jest obojętne; a nadto późniejsza blizna przebiega przez piętę tam, gdzie jest największy ucisk i przeszkadza w chodzeniu i w noszeniu buta.

Bogdanik (Biała) leczy dzieci zachowawczo i nie operował niżej lat 10. U dorosłych trzeba często robić amputacye, bo nie można bawić się leczeniem zachowawczem, a w takich razach Bogdanik próbuje swej resekcyi, która mu daje dobre wyniki. Co do zarzutu, że blizna późniejsza jest przeszkodą przy chodzeniu, utrzymuje, iż go doświadczenie pouczyło inaczej

18. Kader (Kraków): **Przedstawienie chorego po trepanacyi czaszki.** Chory 15-letni był operowany z powodu ropnego otoku wyrostka sutkowego, a w parę dni potem trepanowano z powodu zakrzepu w zatoce poprzecznej i esowatej. Podwiązano żyłę szyjną, wytrepanowano zatokę i wyjęto zakrzep. Chory ma się dobrze. W ostatnich trzech latach robiono w klinice Kadera 37 trepanacyi, z tego umarło 10, a więc 28% śmiertelności. Najczęściej trepanowano z powodu guzów mózgu (8 razy).

19, Bogdanik (Biała): **O zbrodniczem spędzeniu płodu** (z demonstracyą przedziurawionej macicy). Prelegent został wezwany do przypadku zapalenia otrzewnej ze stanem zakażenia posocznicznego. Sekcya wykazała posokowate zapalenie otrzewnej, której punktem wyjścia była macica, przedziurawiona w dnie po stronie

prawej. B. sądzi, że należałoby się starać uniknąć takich przypadków, kończących się zwykle śmiercią z powodu spędzenia płodu, wykonanego przez kobiety na sobie, lub na innych, a to przez zmianę ustawy o tyle, by spędzenie płodu, dokonane przez lekarza aseptycznie, nie było za zbrodnię uważane.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów) i Bogdanik (Biała). Oświadczenie Bogdanika przyjęto oklaskami.

20. Borzymowski (Warszawa): **Demonstracya** *a)* **przyrządu do podwiązek i** *b)* **nowego zamykadła do irygatorów.**

a) Przyrząd ten do podawania podwiązek jest to zwijadełko z jedwabiem, przyczepione do gumki, którą można na rękę założyć prostopadle, a ma tę zaletę, że podwiązka nie przechodzi przez ręce podającego.

b) Zamykadło składa się z drenu dość grubego, zgiętego pod kątem, którego ramiona połączone są cienką gumką, pozwalającą ten dren wyprostowywać.

W dyskusyi zabierał głos Rydygier (Lwów).

21. Borzymowski (Warszawa): **Szemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV-go roku medycyny.**

22. Borzymowski (Warszawa): **Trzy przypadki zeszywania rany serca, oraz kilka modyfikacyi przy operacyach na sercu.**

B. zeszywał rany serca w trzech przypadkach, z tych jeden chory żyje już pięć miesięcy po operacyi. W przypadku tym wystąpił w 12-tym dniu choroby szał, który trwał dwa dni. Arytmia trwała miesiąc, tętno najliczniejsze dosięgało 120 uderzeń; w $2^1/_2$ miesiąca po operacyi odszedł szew, założony na serce. Chory od miesiąca chodzi i czasem tylko ulega podwyższeniu ciepłoty. Prelegent spostrzegał nadto jeszcze trzy przypadki, na podstawie więc 6 wyprowadza następujące wnioski: 1) ważnym objawem w przypadkach drążącej rany serca jest różnica tętna w obu tętnicach sprychowych, szczególnie w lewej; 2) nieścisłe jest twierdzenie, że przy ranach serca tętno staje się drobne, przeciwnie, może ono być dobre i regularne; 3) rana drążąca serca może nawet nie krwawić (jak to miało miejsce w III-cim przypadku prelegenta); 4) ranę drążącą od niedrążącej można odróżnić w ten sposób, że przy ranie drążącej krew przy skurczu wypływa, nie wypływa zaś przy ranie nie drążącej; 5) prawa komora jest pod IV-tem żebrem; lewa nad IV; 6) morfina uspokaja chorych; 7) nie należy zupełnie ruszać chorego po operacyi. W dalszym ciągu notuje prelegent w ostatnich pięciu latach w Warszawie 20 przypadków ran kłóto-ciętych serca, z których w 13-tu natychmiast nastąpiła śmierć, siedem było operowanych, ale wyszedł tylko jeden chory, powyżej wspomniany pacyent prelegenta. Powodem śmierci było zakażenie, sekcya wykazywała ropne zapalenie osierdzia. B. twierdzi, że ranę pierwotną trzeba przy operacyi stanowczo obejść, uważać ją bowiem należy *a priori* za zakażoną. Dostęp musi być poza granicami opłucnej, gdyż jej dotychczas szyć nie umiemy. Radzi robić cięcie półkoliste od chrząstki V-go żebra do chrząstki III-go, po wycięciu chrząstki oddzielić osierdzie i dostać się do serca. Przy szyciu serca trzeba uważać, by nie trzeć nitką o osierdzie, wogóle trzeba osierdzie ustalić, by tego tarcia uniknąć. Szyć należy szwem ciągłym; worek osierdziowy wymywa się solą; po zeszyciu zakłada się sączek od osierdzia do jamy opłucnowej i potem na zewnątrz.

Dyskusya:

Kader (Kraków) miał trzy przypadki ran serca: dwa razy od wbicia igieł, a raz ranę zadaną nożem. W pierwszych dwóch wystąpiła silna arytmia, a prócz tego były tony głuche; objawy te minęły po wyjęciu igieł. W trzecim przypadku podwiązał przeciętą tętnicę sutkową, wysączkował ranę w sercu (było to w roku 1894, kiedy o szyciu rany mowy nie było). Z powodu następowego otoku ropnego opłucnej robił torakotomię; chora mimo znacznego rozszerzenia serca wyzdrowiała. K. radzi nie zważać na opłucnę, odsłonić serce cięciem, dającem dwa płaty skórnokostne, podobne do poziomo postawionych skrzydeł drzwi. Mostek tylko częściowo resekować, tyle, ile potrzeba.

Rydygier (Lwów) jest zadowolony ze swego cięcia, które czyni zadość wszelkim stawianym wymaganiom. Operując swoim sposobem, nie naruszył nigdy opłucnej, ani tętnicy sutkowej. Charakterystyczną cechą tych przypadków jest występowanie ropnego zapalenia opłucnej; a zdarza się przecież tyle skaleczeń opłucnej, przy których do ropienia nie przychodzi. Zdaniem R. przyczyna leży w niedokładnem myciu się z powodu pośpiechu. R. nie zgadza się z Borzymowskim co do nietykania rany zadanej; rozszerzenia jej nie uważa za tak niebezpieczne. Nie radzi sączkować z osierdzia do opłucnej.

Ziembicki (Lwów) miał trzy przypadki: dwa postrzałowe serca, a jedną ranę ciętą. Ranę zeszył, chory jednak umarł.

Wehr (Lwów) ma doświadczenie co do zachowania się po otwarciu opłucnej; robił to doświadczalnie na psach i musiał zawsze psy przed przecięciem opłucnej tracheotomować, inaczej ginęły. Udało mu się cztery psy utrzymać przy życiu przez dłuższy czas, a kilka psów w ciągu 48 godzin. U człowieka otwarcie opłucnej jest bardzo niebezpieczne. Częste występowanie zakażenia w tych przypadkach tłómaczy W. zmniejszeniem się odporności ustroju na działanie drobnoustrojów z powodu osłabienia go przez utratę krwi. Należy jeszcze pamiętać o porażeniu nerwów naczynioruchowych w sercu. Doświadczenie pouczyło W., że wszelkie manipulacye, nie ostrożne chwycenie serca, sprowadzić mogą śmierć przez porażenie ośrodków nerwowych. Swoje cięcie oparł Wehr na topografii opłucnej i stara się o ile możności obrażenia jej uniknąć: cięcie poprzeczne po prawej stronie mostka nad trzecim żebrem, dalej łukowato aż do przyczepu wyrostka mieczykowatego i przecina się chrząstki. Nie zgadza się z Borzynowskim co do nierozszerzania rany zadanej; owszem, lepiej sobie rozszerzyć i ma się dobry dostęp. W końcu dodaje Wehr uwagę, że szyć serca nie powinien każdy lekarz; należy to zostawić zawodowym operatorom.

Borzymowski (Warszawa) uważa operacyę Rydygiera za idealną, jednak ma ona tę wadę, że podstawa płatu jest za szeroką; na chrząstce operuje się, jak na sprężynie. Co się tyczy rozszerzania rany skórnej, to ranę tę uważać musimy za zakażoną, a aseptyka musi wszędzie być tą samą. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

19. Friedel Pick (Praga): **O nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego.** Korzystając z grasującej epidemii zapalenia gruczołu przyusznego przeprowadził Pick swoje badania nad tą chorobą. Po uwzględnieniu więc wyników, otrzymanych w tej sprawie przez Laverana, Leydena i Michaelisa, donosi, że z płynu, dobytego przez nakłucie powiększonych gruczołów przyusznych, oraz jąder (*orchitis*), udało mu się wyhodować pewnego rodzaju koki, które na bulionie zwolna się rozrastały i przez swoje zachowanie się na innych pożywkach okazywały podobieństwo do drobnoustrojów, pojawiających się w zapaleniu opon mózgowych. Próby przeniesienia ich na zwierzęta nie udawały się. Zauważyć należy, że przez nakłucie pozornie twardo obrzękłych jąder otrzymywano po większej części kilka ctm.^{3} czystej żółtawej surowicy. Dalsze badania odnosiły się do liczby ciałek białych we krwi podczas zapalenia gruczołu przyusznego, przyczem stwierdzono zupełnie prawidłowe liczby nawet przy wysokiej gorączce, powikłanej z zapaleniem jądra i przyjądrza. Okoliczność ta ma ważne znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe ze względu na sprawy rzeżączkowe, w przebiegu których występuje wyraźna hiperleukocytoza, a powtóre, że brak hiperleukocytozy przemawia za cierpieniem, nie łączącem się z nadmiernem przenikaniem ciałek białych (*diapedesis*), lecz bardziej za surowiczą przesączyną.

20. Lorand (Karlsbad): **Stosunek cukrzycy do raka i gruźlicy.** W następstwie cukrzycy pojawia się bardzo często gruźlica, lub też niekiedy rak; na odwrót jednak, by przewlekle chorzy na gruźlicę lub raka zapadali na cukrzycę, należy do rzadkości. Skoro tylko po cukrzycy wystąpi gruźlica, znika czasami zupełnie cukromocz, lub też ilość cukru znacznie opada. Podobny objaw, jakkolwiek w mniejszym stopniu, można napotkać w raku. Także i objawy choroby Basedowa zupełnie ustępują, lub znacznie się zmniejszają, jeśli po niej nastąpi gruźlica, gdyż po wzmożonej czynności gruczołu tarczykowego może się pojawić stan jego wyczerpania, który wielce się przyczynia do rozwoju gruźlicy, na dowód czego służy znany fakt, że gruźlica prawie systematycznie powstaje na tle osłabienia, lub ogólnego wyczerpania się gruczołu tarczykowego (stany niedostatecznego rozwoju, zwyrodnienia, dziedzicznej kiły, zołzów itd.).

Roger i Garnier znaleźli we wszystkich przypadkach przewlekłej gruźlicy stwardnienie i zanik gruczołu tarczykowego, a tylko w jednym przypadku stwierdzili sklerotyczny jego przerost; tu jednak szło o cukrzycę i gruźlicę. Rak pojawia się zazwyczaj w podeszłym wieku, a więc wówczas, kiedy się rozpoczyna zanik gru-

czołu tarczykowego. Przy badaniu szyi u chorych na cukrzycę można stwierdzić mniejszy lub większy obrzęk gruczołu tarczykowego, którego niema w przebiegu gruźlicy, lub raka, — w przewlekłej natomiast gruźlicy są tylko resztki gruczołu, nierzadko także objawy obrzęku śluzakowatego, jak charłactwo, niedokrewność itd., nadto objawiają tacy chorzy niechęć do wszelkiej dyety mięsnej, jak wogóle w przebiegu chorób gruczołu tarczykowego; także i dla chorych na cukrzycę jest niebardzo korzystna dyeta obfita, lub wyłączna mięsna. Mowca dochodzi wreszcie do wniosku, że rak i gruźlica stanowią przeciwieństwo do cukrzycy, wykluczając ją zarazem. Nieczynność (wyczerpanie) gruczołu tarczykowego zmniejsza odporność ustroju przeciw drobnoustrojom z zewnątrz i jadom z wewnątrz, powiększając skutkiem tego skłonność do gruźlicy lub raka.

21. Hassan Madmond Basza (Cairo): **Sok cytrynowy i jego zastosowanie w medycynie.** W przebiegu zapaleń migdałków i błonicy zaleca mowca płókanie 20% roztworem kwasu cytrynowego, lub też wewnętrzne jego użycie, niemniej przy nieżytowych, błoniczych, ropnych zapaleniach spojówek pod postacią obmywań i okładów. Dalej w cierpieniach żołądkowych (niestrawność, spotęgowana kwasota), połowę cytryny po każdem — lub wśród jedzenia. W różnego rodzaju biegunkach, zwłaszcza cholerze, można stosować 30% roztwór, łącznie z kwasem z cebuli; w przebiegu rzeżączki pochwy (20%) wraz z przekroploną, lub przegotowaną wodą, w gnilcu wewnętrznie, lub do obmywania błony śluzowej ust, wreszcie w przebiegu przewlekłego nieżytu oskrzelowego, gośćca mięśniowego i stawowego.

22. Doléage (Vichy): **Działanie wód mineralnych Vichy na chemizm żołądka.** Na zasadzie licznych badań, przeprowadzonych klinicznie i chemicznie, zaleca autor picie wód Vichy przedewszystkiem w hiperchlorhydryi, następnie także w przypadkach zmniejszonego wydzielania kwasu solnego i wogóle we wszystkich postaciach niestrawności bez uchwytnej podstawy anatomicznej. Alkaliczne te wody działają bowiem dobrze, regulując siłę wydzielniczą żołądka.

23. Gnezda (Berlin): **Salokresol.** Przetwór ten przedstawia się w postaci oleistej mięszaniny fenolów z kwasem salicylowym, łatwo i szybko wessalnej przez skórę. Liczne doświadczenia, przeprowadzone z salokresolem wykazały, że działa on bardzo skutecznie miejscowo w przebiegu róży, gośćca stawowego, zniekształcającego zapalenia stawów, w ostrem i przewlekłem zapaleniu gruczołów chłonnych różnego pochodzenia. W zapaleniach migdałków nacierania lub pędzlowania salokresolem chronią od ropienia. W końcu podaje autor liczne opisy przypadków chorobowych.

24. Dyce Duckworth (Londyn): **Przypadek zakaźnego zapalenia śródsierdzia, uleczonego wstrzykiwaniami do odbytnicy surowicy przeciwpaciorkowcowej.** Przypadek ten odnosił się do 15-letniego chłopca, który z uczuciem ogólnego rozłamania i wysypką, podobną do rumienia wielokształtnego został przyjęty do kliniki Duckwortha; choroba rozpoczęła się na 10 dni przed przyjęciem do oddziału codziennymi dreszczami i gorączką. Narządy wewnętrzne, oprócz kurczowego szmeru nad koniuszkiem serca, zmian nie przedstawiały. Dreszcze powtarzały się nieregularnie; na ciele i w okolicy stawów pojawiła się nowa wysypka, później także obrzęk surowiczy na prawem kolanie; hodowle z tego płynu kolanowego nie wydały żadnego dodatniego wyniku. Z biegiem czasu zaczął się chory skarżyć na bolesność w innych stawach, nie stwierdzono atoli ani obrzęku śledziony, ani zmian w nerkach; ciepłota ciała była wysoka. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca zmieniał często swoją jakość, a nad tętnicą płucną i główną również stwierdzono szmery. Łaknienie w pierwszych tygodniach było dość dobre, później jednak podupadło, skutkiem czego wielce ucierpiał ogólny stan chorego, tembardziej, że od czasu do czasu występowały i wymioty. Leczenie salicylanem sodowym, chininą, świeżemi drożdżami piwnemi, kalomelem nie wydało żadnego wyniku, — także podawanie drożdży w pełnych dawkach, zarówno jak i podskórne wstrzyknięcie 10 ctm.^{3} surowicy przeciwpaciorkowcowej nie sprowadziło polepszenia, skutkiem czego postanowiono podawać tę surowicę codziennie w lewatywie po 10 ctm.^{3}. Już w ciągu 10 dni znać było znaczną poprawę, która raźno postępowała naprzód. Łaknienie znacznie się poprawiło, a po 14-tu dniach gorączka zupełnie znikła; osutka się więcej nie pojawiła, natomiast szmery skurczowe ciągle się utrzymywały. W lipcu wyjechał chory na wieś, a po powrocie we wrześniu cieszył się najlepszem zdrowiem, tony serca stały się zupełnie prawidłowe. Rozpoznanie opiewało początkowo: *Erythema multiforme majoris gradus*, skutkiem zakażenia gośćcowego. Dopiero gorączka wykazała złośliwą i zakaźną istotę cierpienia. Na pytanie, czy też mała zakażona ranka na ramieniu, lub śródsierdziu nie była źródłem zakażenia, nie można odpowiedzieć stanowczo: — stan serca nie dawał dostatecznego wyjaśnienia. Dopiero skutkiem codziennych wlewań surowicy nastąpił widoczny zwrot w chorobie ku poprawie.

25. Singer (Berlin): **Wpływ kąpieli słonecznych na wolnem powietrzu na ustrój ludzki.** Najważniejsze własności skóry, jak parowanie i promieniowanie, okazują się najlepiej w kąpieli na wolnem powietrzu. Promieniowanie reguluje ciepłotę ciała; drogą parowania ulatniają się z ustroju wszystkie autotoksyny. Kąpiel słoneczna jest na pół naturalną, na pół sztuczną fizyologiczną gorączką bez przedmiotowych objawów. Im mniej skóra chorego przez kąpiel słoneczną ulega przypaleniu, tem gorsze jest rokowanie; promienie chemiczne wchłaniają się w skórę i jej naczynia krwionośne; ciepło promieniste szybciej wywołuje poty, aniżeli przewodzące i nie wytęża mięśnia sercowego. Chemiczne promienie powiększają przemianę materyi ogólnie i miejscowo, ich siła zaś bakteryobójcza wyjaśnia wartość leczniczą. Kombinowanie kąpieli na wolnem powietrzu ze słonecznemi ułatwia ulatnianie się potów i działa skrzepiająco na ustrój ludzki. Pomyślne wyniki po kąpielach świetlnych występują w przebiegu chorób krwi, serca, skóry, układu nerwowego, zołzów, gruźlicy, a szczególniej w neurastenii. Jako przeciwwskazanie uważać należy osłabienie serca i przekrwienie mózgu. (Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 października.

* Ważne miał zadanie tegoroczny Wiec austryackich Izb lekarskich, który się odbył w Lincu 6 i 7 b. m. Blizko 10-letni okres istnienia Izb lekarskich w Austryi przekonał lekarzy, a może i rząd, że Izby nie spełniają pokładanych w nich nadziei, a nie spełniają dla tego, że z jednej strony ustawowy zakres ich działania jest skąpo, jakby zazdrośnie, przez rząd wymierzony, a powtóre zrażona i zawiedziona społeczność lekarska nie jednoczy się z Izbami, w szczególności zastrzega się przed uchwaleniem wkładek na fundusz żelazny, bez którego istnienie pod jakąkolwiek formą ubezpieczenia lekarzy i ich wdów jest wprost wykluczone. W uznaniu więc potrzeby szukania nowych dróg do poprawy bytu materyalnego lekarzy wiele czasu poświęcił Wiec sprawie „wzajemnej pomocy“, wniesionej pod obrady przez Izbę dolnoaustryacką; wniosek ten łączy się rzeczowo z wnioskiem Izby bukowińskiej, która zażądała od Wiecu konkretnej uchwały, jak mają zachować się Izby wobec propozycyi wiedeńskiego »Instytutu zapomogowego«, istniejącego przy »Związku austryackich Towarzystw lekarskich«. Honorowy prezydent „Instytutu zapomogowego“, Dr. Löw, wyjaśnił zasady administracyi »Instytutu« i oznajmił że otrzymał od prezydenta ministrów, Dr. Körbera, pismo, w którem ten ustanawia przez szereg lat rządową subwencyę dla wdów i sierót po lekarzach, oraz przyrzeka wydatny udział w dochodach z loteryi państwowej. Po dłuższych rozprawach Wiec uznał powzięcie doraźnej uchwały w sprawie, bądź co bądź ze stanowiska prawnego dla Izb zawiłej, za rzecz niemożebną i na razie ograniczył się do wybrania Komitetu, który ma wypracować i oznaczyć główne zasady i zdać sprawę na następnym Wiecu Izb.

Drugą ważną sprawą, którą się Wiec zajmował, była zmiana »ordynacyi lekarskiej«, zwłaszcza w kierunku rozszerzenia praw dyscyplinarnych Rady honorowej; § 43 projektu nadaje Radzie honorowej prawo wykreślenia lekarza czasowo lub na zawsze z listy upoważnionych do praktyki lekarskiej; czasowe (do 1 roku) wykreślenie nastąpić może po trzech ważnych przekroczeniach kolidujących z pojęciami o czci i etyce lekarskiej; wykreślenie stałe może mieć miejsce, jeżeli po wykreśleniu czasowem lekarz dopuści się jeszcze raz czynu karygodnego. Skazanemu przez Radę honorową przysługuje prawo rekursu do pełnej Izby; skazany przez pełną Izbę może rekurować do ministerstwa spraw wewnętrznych, ściślej do »senatu dyscyplinarnego« przy ministerstwie, w skład którego wchodzi trzech delegatów Izb i dwóch członków ze stanu urzędniczo-sędziowskiego, wyznaczonych przez ministerstwo. Członek instytucyi niższej, który brał udział w skazaniu lekarza, nie może być czynnym w instytucyi wyższej, przy rozprawie rekursowej. Po długich debatach, na 18 mandataryuszów Izb, za przyjęciem § 43. głosowało 11, przeciw 7; wkońcu Wiec powziął następującą uchwałę: »Przyjęty projekt ordynacyi lekarskiej ma być przesłany wszystkim Izbom, wraz z opinią mniejszości, a następnie Komitet Izb ma go przedłożyć wraz z umotywowaniem rządowi i parlamentowi«.

Dla braku miejsca nie zapisujemy na razie innych uchwał Wiecu; przyznajemy im jednak ważne, nieraz pierwszorzędne znaczenie dla stanu lekarskiego.

* Trzeci z rzędu zeszyt dzieła zbiorowego p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych« opuścił prasę i obejmuje 10 arkuszy druku. Zawiera choroby narządu oddechowego, opracowane przez prof. Pieniążka i Doc. Ludomiła Korczyńskiego. Znajduje się na składzie w księgarnach H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie. Cena zeszytu 3 K. Czwarty zeszyt ukaże się z początkiem listopada.

* Królewskie holenderskie ministerstwo kolonii w Hadze zamierza w celu uzupełnienia korpusu lekarskiego w wojsku holendersko-indyjskiem, przyjąć prowizorycznie do służby pewną liczbę młodych lekarzy, pod warunkami, które przejrzeć można w Dziekanacie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

* Do d. 10 b. m. wpisało się na medycynę w Uniw. Jag. 34 kandydatów, 32 mężczyzn i 2 kobiety; jest to liczba znaczniejsza w porównaniu z kilku latami poprzedniemi, w ciągu których zaznaczał się stały spadek.

* XXV Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Akwisgranie w marcu 1904 r.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Bererowski (Lwów); doc. Gabryszewski (Lwów); Heftler (Ustrzyki Dolne); Jastrzębski J. (Wojniłów); Mahl (Lwów); Pelczar (Drohobycz); Richter (Stanisławów); Rosmarin (Jabłonica na Bukowinie); prof. Schramm (Lwów); Udziela (Przemyśl); Zduń (Skawa). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Między 29 września a 5 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (3 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), zaleszczyckim (3 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXIX) (27—IX—3—X). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 21, urodziło się dzieci 72, zmarło osób 61, mianowicie: z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 6 (3 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 1, z duru brzusznego 4 (3 zam.), z cholery niemowląt 10 (2 zam.)

Mianowania i odznaczenia. Prof. Specht mian. został kierownikiem kliniki psychiatrycznej w Erlandze. Doc. Walter mian. prof. dyagnostyki lekar. w Odessie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Fochier, profesor kliniki położniczej w Lugdunie. Dr. Gallet, prof. kliniki chirurgicznej w Brukseli.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Pawiński: Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznem. Hanicki: O wartości ilościowego określania kwasu moczowego metodą Ruhemanna. Malinowski: O działaniu renadenu w zapaleniu nerek po płonicy.

— *Medycyna* Nr. 40. Bossowski: O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego (c. d). Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 10 Rakowski: O leczeniu gorączki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejże zapomocą metody Fochiera.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Bakeš: Nástin operativní činnosti v nemocnici třebíčské za první pololetí. (c. d.) Kuffner: Svévolný vzdor (c. d.). Kimla: Dnešni stav otázky poměru perloviny ku tuberkulose lidské. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 79. Nobécourt: Łańcuszkowcowe zakażenie jelit. Habel i Humbert: Wartość metody Sahlego dla klinicznego badania czynności żołądka.

— Nr. 80. Widal i Javal: Chloruremia i leczenie choroby Brighta za pomocą dechloruracyi. Działanie dechloruracyjne niektórych leków moczopędnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Seiffer: Porażenie nerwu przydatkowego w wiądzie rdzenia. Sommer: O bezpośrednim i trwałym skutku świetlnych i cieplnych promieni na ciepłotę ciała. Trolldenier: Badanie na zwierzętach podskórnego żywienia odżywczymi płynami, zawierającymi białko. Jacobson: Białkomocz ortotyczny. Singer: Wpływ kąpieli powietrznych i słonecznych na ciało ludzkie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Gruber: Czy higiena prowadzi do zwyrodnienia rasy? Fromherz: Znaczenia higerglobulii w wrodzonych chorobach serca. Reisinger: Ostre zapalenie jelita ślepego. Gnopf: Kazuistyczny przyczynek do nauki o bakteryouryi. Reissner: Przyczynek do działania solanek ciepłych, zawierających kwas węglowy, podług badań, wykonanych w zdrojowisku Nauheim. Spaet. Epidemiczne zapalenie płuc. (dok.) Karewski: O chirurgicznem leczeniu ropni płucnych, zwłaszcza o trwałości jego wyników (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Föderl: »Circulus vitiosus« po gastroenterostomii. Lorenz: Przyczynek do chirurgii modzelowatych przenikających wrzodów żołądka. Stolz: Znieczulenie morfinowo skopolaminowe. Hoffmann: Osobliwy przypadek niedrożności wskutek zaciśnienia jelit w dwóch miejscach.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 41. Kirsch: O postępowaniu Cambiera w celu wyosobnienia prątka durowego. Weigert: Uwagi nad rozprawą Behringa: »O suchotach płucnych i zwalczaniu gruźlicy« Elsner: Przyczynek do sprawy krwotocznych nadżerek w żołądku. Schuster: Przyczynek do kiły serca w szczególności w związku z wiądem rdzenia. Bukofzer: Oddziaływanie błony śluzowej nosa i krtani na wyciąg z nadnercza (adrenalina). Gutmann: O pośpiesznem ustalaniu i zatapianiu. Krüger: Przeobrażenie ciał purynowych w ustroju. Golubow: Etyologia rozedmy płucnej. (dok.).

Redakcya otrzymała. Schweinburg: Handbuch der allgemeinen und speziellen Hydrotherapie (1904). Pruszyński: Powstanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dobrowolski mówić będzie „O florze pochwy fizyologicznej".

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie w niedzielę 1 listopada b. r., ***w sali Kopernika (Collegium novum),*** o godzinie 10 rano. Na porządku dziennym: 1) Zmiana statutu. 2) Wnioski. Ze względu na ważność sprawy Wydział uprasza o jak najliczniejszy udział. *Dr. Langie* I sekretarz.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 24 Października 1903. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Dra Serkowskiego w Łodzi.

Nowa własność prątków gruźliczych i innych bakteryj kwasoodpornych.

Podał

S. Piątkowski.

Odróżnienie prątków gruźliczych od innych podobnych do nich bakteryi kwasoodpornych jest niezmiernie ważnem ze stanowiska lekarskiego. Dotychczas używane do tego celu sposoby zasadzają się na swoistem barwieniu się prątków Kocha, na szczepieniu podejrzanego materyału na zwierzętach i spostrzeganiu zmian w nich zaszłych. Jednak jedno i drugie nie zawsze daje zupełnie pewne wskazówki co do gatunku bakteryi, z którym mamy do czynienia. Dowiodły tego badania lat ostatnich. Przytoczę je tutaj w krótkości.

Prątki mazidła napletkowego *(bac. smegmatis)* mogą łatwo stać się powodem mylnego rozpoznania gruźlicy narządu moczopłciowego, zarówno u mężczyzn, jak u kobiet. Już nieraz chirurg na zasadzie znajdowania na preparatach, barwionych sposobem Ziehl-Gabbeta, lub innym, prątków gruźliczych, w dobrej wierze wyłuszczał nerkę, a potem okazało się, że miał do czynienia nie z gruźlicą, lecz z kamieniami nerkowymi (Mendelson), lub z ropniami (Bunge i Trautenroth), lub też z nowotworami (König). Lecz to jeszcze nie wszystko: już nieraz znajdowanie w plwocinie *bac. smegmatis* prowadziło do mylnego rozpoznania gruźlicy płuc, jak tego dowiodły sekcye (Fränkel, Pappenheim). Dodać jeszcze trzeba, że prątki bardzo podobne do gruźliczych z wejrzenia i z własności trudnego barwienia się i uporczywego utrzymania barwnika przy odbarwianiu kwasami, były znalezione w śluzie z nosa, z jamy ustnej i w wydzielinie małżowiny usznej (Laabs, Gottstein).

Ze względu na podobieństwo do prątka Kocha również zajmującym jest prątek Rabinowiczównej *(bac. pseudotuberculosis* Rabinowicz), znaleziony przez tę ostatnią w maśle i dość w niem pospolity (około 30% badanych prób). Prątek ten morfologicznie i z zachowania się względem barwików i środków odbarwiających nie różni się wiele od gruźlicy; co więcej, jest on dla morskich świnek, używanych do badań rozpoznawczych, chorobotwórczy i przy pewnych warunkach wywołuje objawy i zmiany powierzchownie bardzo podobne do gruźlicy; tylko przy badaniu preparatów histologicznych widać, że taki gruzełek rzekomy ma charakter wysięku, lub ropnia, lecz niema w nim zmian typowych dla gruźlicy: zserowacenia, gniazd z komórek nabłonkowatych i tworów olbrzymich.

Przytoczone własności prątka Rabinowiczównej sprawiają, że do wykazania prątków gruźliczych w maśle i mleku nie wystarcza obraz mikroskopowy i szczepienie świnek, ale trzeba twory chorobowe (tj. gruzełki u świnek) zbadać histologicznie i pasorzyta wyhodować. To ostatnie jest tem więcej konieczne, że Korn niedawno znalazł w maśle prątka (*myobacterium lacticola S friburgense*), który wywołuje u królika zmiany, nawet histologicznie właściwe gruźlicy.

Tam więc, gdzie ani preparaty mikroskopowe i szczepienie na zwierzętach nie dają nam wskazówek co do gatunku znalezionych prątków kwasoodpornych, trzeba się uciec do otrzymania czystych hodowli tych ostatnich. Własności zaś i wejrzenie tych hodowli są tak dalece różne od hodowli gruźlicy, że już samo porównanie prowadzi do celu, t. j. odróżnienia od prątków Kocha.

Prócz wyszczególnionych jest jeszcze więcej kwasoodpornych bakteryi, wyosobnionych z nawozu i traw pastewnych, z morfologicznych i chorobotwórczych własności podobnych do prątków gruźlicy; *bac. timothei* np. wywołuje u zwierząt tworzenie się rzeczywistych prosówkowatych gruzełków. Wszystkie te rzekomogruźlicze bakterye, dostawszy się do badanego materyału, n. p. do plwociny przy zgorzeli płuc i innych chorobach narządów oddechowych, mogą być przyczyną mylnego rozpoznania sprawy gruźliczej.

Jak wyżej wspomniałem, wszystkie sposoby odróżniania prątków gruźliczych od innych kwasoodpornych zapomocą najrozmaitszych metod barwienia są mało pewne już dla tego samego, że odporność prątków Kocha względem przetworów odbarwiających jest nie zawsze jednakową i nie zawsze większą niż u innych kwasoodpornych bakteryi. Prócz tego sposoby barwienia nie mogą służyć do określenia gatunku kwasoodpornych bakteryi, z któremi mamy do czynienia, lecz tylko do stwierdzenia, czy są one prątkami gruźliczymi, czy też nie, i to nie zawsze.

A ponieważ i szczepienie podejrzanego materyału na zwierzętach nie zawsze daje nam odpowiedź na to, z czem mamy do czynienia, potrzeba więc wyszukać łatwy sposób określenia gatunku kwasoodpornych bakteryi, który w danym razie nas zajmuje.

Rozumie się, że tylko otrzymanie danego gatunku bakteryi w czystej hodowli, jej wejrzenie morfologiczne i własności biologiczne mogą doprowadzić do celu, (zresztą to nie jest nowością w bakteryologii). Lecz otrzymać czyste hodowle bakteryi kwasoodpornych nie jest rzeczą wcale łatwą (np. czystą hodowlę prątków Kocha z plwociny).

W ostatnich czasach Spengler[1]) podał łatwy sposób otrzymywania czystych hodowli prątków gruźlicy z materyału je zawierającego. Autor ten na zasadzie licznych

[1]) Zeitschrift für Hyg. 1903, Nr. 1, str. 90.

doświadczeń przekonał się, że zapomocą formaliny przy odpowiedniej metodyce można zabić wszelkie bakterye bez ujemnego wpływu na żywotność prątków gruźlicy. Stosuje się to zarówno do mięszaniny bakteryi w ropie, zawartości jam w płucach itp., jak i do plwociny z wielką lub niewielką ilością prątków gruźliczych. Ponieważ więc prątki gruźlicy są odporniejsze na działanie formaliny od innych bakteryi i ponieważ nie tracą zdolności rozmnażania się, mamy więc możność zapomocą dezynfekcyi formołowej wyosobnić i wyhodować prątki gruźlicze z mięszaniny innych bakteryi.

Według zdania Spenglera podany przez niego sposób hodowania prątków gruźliczych jest bardzo ważnym środkiem rozpoznawczym. Metoda formalinowa jest do tego stopnia pewną, że może spółubiegać się nawet z doświadczeniami na zwierzętach, a przy pewnych warunkach ma przewagę nad niemi, ponieważ przy szczepieniu zwierzętom materyału podejrzanego o gruźlicę, często ma miejsce zakażenie wtórne, które może zabić zwierzę prędzej, nim wystąpią zmiany swoiste, właściwe gruźlicy.

Obecnie wiadomo z wielu prac [2]), że prątki Kocha są odporniejsze od wielu innych bakteryi nietylko na działanie formaliny, lecz i innych środków bakteryobójczych i nieprzyjaznych wpływów zewnętrznych (np. fenolu, sublimatu, mleka wapiennego, pary wodnej, światła słonecznego i t. d.).

Co się tyczy innych bakteryi kwasoodpornych, to ich zachowanie się względem barwików i przetworów, odbarwiających i odtłuszczających, ich fizyologiczne i biologiczne własności, jednem słowem wszystkie swoiste cechy tej grupy naprowadziły mnie na myśl, że ich zachowanie się względem środków bakteryobójczych wogóle i w szczególności względem formaliny jest takiem samem, lub bardzo podobnem, jak u prątków gruźlicy.

Doświadczenia, przeprowadzone przezemnie w tym kierunku potwierdziły moje domysły i naprowadziły na sposób wyosobniania kwasoodpornych bakteryi z mięszaniny z innemi. Dla otrzymania czystych hodowli prątków gruźlicy Spengler działał na wilgotny materyał, zawierający te prątki, formalinową parą przy ciepłocie pokojowej, po pewnym czasie (od 45 minut, do dwóch godzin) przeszczepiał ten materyał na specyalne podłoże, przez niego wynalezione, lub też na zwyczajny agar glicerynowy i zawsze otrzymywał dodatnie wyniki, t. j. czyste hodowle prątków gruźliczych.

Lecz formaldehyd, jak stwierdziły prace Peerenbooma i M. Rubnera, jako taki działa odkażająco w bardzo nieznacznym stopniu, a dezynfekcyjne znaczenie posiada li tylko jego roztwór wodny. Na tej to zasadzie uważałem za stosowne przy doświadczeniach używać formaliny nie w stanie pary, ale bardzo rozcieńczonego roztworu.

Wypracowany przezemnie na zasadzie licznych doświadczeń sposób wyosobniania kwasoodpornych bakteryi z mięszaniny innych zasadza się na tem, że niewielką ilość materyału, zawierającego wzmiankowane bakterye, mięsza się z wodą, lub bulionem (10 ctm. sześc.), do tego dodaje się kilka kropel (2—3) formaliny, probówkę korkuje się, treść jej doskonale wstrząsa i po 30-tu minutach szczepi co kwadrans w kilka probówek na agar zwyczajny, lub glicerynowy. W jednej z nich, lub w kilku otrzymamy czystą hodowlę badanego kwasoodpornego gatunku bakteryi.

Na zasadzie przeprowadzonych doświadczeń nad otrzymywaniem czystych hodowli kwasoodpornych bakteryi z bakteryjnych mięszanin wyprowadziłem następujące wnioski.

Grupa kwasoodpornych bakteryi mniej jest wrażliwa na działanie rozcieńczonych roztworów formaliny, niż inne gatunki bakteryi.

Kwasoodporne bakterye przy dłuższem działaniu formaliny i przy odpowiedniem jej stężeniu giną, jak i inne; różnica jest tylko w czasie, jaki jest potrzebny do zabicia danego gatunku, (stosuje się to i do gruźlicy wbrew zdaniu Spenglera).

Bakterye wogóle, w szczególności kwasoodporne, wystawione choć przez czas krótki na działanie słabych roztworów formaliny, rosną z początku wolniej, odzyskując przy następnych przeszczepianiach swoje prawidłowe własności biologiczne.

Formalina, czy to w słabych, czy to w bardzo stężonych rozczynach, dostatecznych do niewątpliwego zabicia kwasoodpornych bakteryi, nie zmienia wcale ich morfologii i zdolności wykazywania „barwnego odczynu", t. j. barwienia się metodą Ziehl-Gabbeta, lub do niej zbliżoną.

Opisana metoda formalinowa może służyć do łatwego i dość szybkiego wyosobnienia kwasoodpornych bakteryi z mięszanin z innemi, a na zasadzie swoistego wejrzenia czystej hodowli i jej własności do określenia gatunku.

Taż sama metoda formalinowa może służyć do wyosobniania z mięszanin bakteryi gatunku najbardziej odpornego na działanie formaliny. (Tym sposobem wyosobniałem prątki durowe z mięszaniny paciorkowca i prątka durowego; paciorkowca z mięszaniny prątka ropy błękitnej i paciorkowca; z mięszaniny *b. prodigiosus* i *subtilis* — ten ostatni itd.).

Doświadczeń swoich nie uważam za ukończone. Metoda nie wydaje mi się zbyt prostą. Obecnie, mając na uwadze biologiczne własności bakteryi kwasoodpornych, pracuję nad otrzymaniem podłoża, na któremby tylko one rosły.

Szanownemu Drowi Serkowskiemu za wskazówki i łaskawy kierunek składam serdeczne podziękowanie.

[2]) Schill, Fischer, Ottolenghi, Walther, Pfuhl, Moeller, Musehold i inni.

II. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał
Dr. Adolf Wątorek.

Metody badania 3-go okresu porodowego.

Chcąc jaką kwestyę naukową jasno i stanowczo rozwiązać, należy przedewszystkiem rozpatrzyć się w metodach badania i zastanowić się nad ich wartością. Zrobiwszy przegląd ogólny metod, łatwo zobaczyć luki w dotychczasowym dorobku naukowym i łatwo zdobyć wskazówki do badań na przyszłość.

Badanie naukowe pewnego zagadnienia powinno być prowadzone, jak proces. Jak w procesie, zanim się wyrok wyda, należy przesłuchać wszystkich świadków, tak w badaniu naukowem nie wolno pomijać żadnej metody badania, ani lekceważyć jej wyników, bo wszelkie zeznanie świadka, choćby podrzędnego, byle prawdziwe, ma nieocenioną wartość i na najzawilszą kwestyę może rzucić wiele światła. Dalej: zeznania świadków należy porównać, a jeżeli tylko

można — skontrolować. Dopiero ukończywszy śledztwo i postępowanie dowodowe, wolno przystąpić do zgrupowania faktów i wydania wyroku. Niedość na tem: jak w procesie trybunał nie opiera się bezkrytycznie na materyale, zebranym przez sędziego śledczego, ale sam osobiście przesłuchuje świadków i bada sprawę, tak samo badacz, który ma zamiar postawić naukową syntezę danego zagadnienia, powinien sam osobiście wyczerpać wszystkie metody badania, a wszelkie dane z piśmiennictwa, które ma zamiar spożytkować przy budowie syntezy, sam osobiście skontrolować. W ten sposób najłatwiej i najszybciej dojść można do poznania bezwzględnej prawdy.

Jakkolwiek spory między zwolennikami czynnego a biernego stanowiska w dyetetyce 3-go okresu wzbogaciły ogromnie literaturę o 3-cim okresie i dały pochop do badań mechanizmu, to zdaniem mojem kwestya ciągle jeszcze pozostaje otwartą, głównie z powodu nieukończenia postępowania dowodowego i braku wyczerpującej syntezy.

Przejdźmy zatem do omówienia metod badania 3-go okresu i ich wartości. Zapytajmy się, do jakiej kategoryi czynności należy zaliczyć trzeci okres. Trzeci okres porodu jest czynnością ustroju, mającą za cel do reszty odkleić i wydalić z wnętrza kanału rodnego bezużyteczny po urodzeniu się płodu popłód. Jestto więc czynność ustroju ruchowa, którą należy badać metodami, stosowanemi do wyjaśnienia czynności ruchowych.

Pierwszym warunkiem poznania mechanizmu danej czynności ruchowej jest otrzymanie dokładnego anatomicznego wyobrażenia o poszczególnych fazach tejże czynności. Głównym więc narządem, którym się w celu badania posługujemy, jest wzrok. Kąt widzenia powiększamy dowolnie lupą, czy mikroskopem; czas spostrzegania przedłużamy, utrwalając sztucznie wyobrażenia wzrokowe poszczególnych faz danej czynności ruchowej zapomocą najrozmaitszych metod graficznych lub fotografii momentalnej, która w połączeniu z kinematografem pozwoli nam dowolnie szybko odtwarzać bieg danej czynności. Ruchy narządów wewnętrznych uprzystępniamy oku zapomocą wiwisekcyi, gdzie zaś wiwisekcye nie dadzą się przeprowadzić, palpacya musi nam częściowo wzrok zastąpić.

Odnośnie do czynności 3-go okresu porodowego, to wiwisekcye na zwierzętach, zwykle do doświadczeń używanych, nie dadzą nam niestety tak pewnej analogii z faktami, spostrzeganymi u człowieka, jak przy innych narządach np. sercu, pęcherzu moczowym lub żołądku. Trzebaby badać wiwisekcyjnie chyba małpy antropomorficzne, coby atoli było połączone z ogromnymi kosztami, a więc rzecz niepraktyczna. Nie mniej atoli szereg wiwisekcyi, przedsięwziętych na zwierzętach kręgowych niższych gatunków, jakkolwiek nie byłby ze względu na człowieka rozstrzygającym, albowiem znachodzimy co do budowy macicy, charakteru jej skurczów, anatomii popłodu warunki odmienne, mógłby na wiele ważnych szczegółów dużo rzucić światła. Jest jednak przypadek, gdzie wiwisekcyi dokonujemy na kobiecie, a mianowicie przy operacyi „cięcia cesarskiego“, gdzie bezpośrednio wzrokiem możemy spostrzegać zachowanie się żywej macicy, jej skurcze, ściąganie się przy wypełnionej jamie macicy i po jej opróżnieniu. Jeżeli przypadek zdarzy, że łożysko umiejscowione jest na tylnej ścianie macicy, możemy wprost przez ranę operacyjną spostrzegać zachowanie się łożyska. Sądzę, że bez uszczerbku zdrowia dla kobiety dałoby się tę przygodną metodę wiwisekcyjną umiejętnie wyzyskać dla rozstrzygającego wyjaśnienia praktycznie najważniejszej 1-ej fazy mechanizmu 3-go okresu. Kończąc cięcie cesarskie „modo Porro“ zyskujemy cenny materyał anatomiczny dla dokładnego zbadania 2-ch najwyższych części macicy, dalej zachowania się popłodu przyczepionego do maksymalnie ściągniętej macicy. Badanie przekrojów zwłok kobiet, zmarłych nagle w 3-im okresie lub wogóle w czasie porodu, umiejętnie wykonane, jest niewątpliwie bardzo ważne i przekonywające i jak dotychczas zostało częściowo przeprowadzone; niestety nie może się nawet równać co do wartości z metodą wiwisekcyjną; przekrój bowiem demonstruje nam tylko jeden moment czynności ruchowej i to z reguły patologicznie zaburzony przez przyczynę, która śmierć wywołała. Znacznie większą wartość przypisać należy w badaniu toku mechanizmu 3-go okresu, metodom klinicznym pod warunkiem atoli, że w każdym przypadku wszystkie będą zastosowane, a więc tak badanie zewnętrzne, jako też i wewnętrzne czuciem i wzrokiem. Wartość tej metody równa się prawie wiwisekcyi, a pod niejednym względem nawet ją przewyższa, a mianowicie pod tym, że codziennie na dużym materyale może być przeprowadzaną, a ostrożnie i rozsądnie wykonana, zupełnie w niczem nie zaburza prawidłowego przebiegu 3-go okresu.

Wyżej wyliczone metody, należycie wyzyskane, zupełnie nam wystarczą do nabycia dokładnego anatomicznego wyobrażenia o przebiegu czynności 3-go okresu tak, że nawet uciekać się nie potrzebujemy do metody Röntgenowskiej, którejby być może można było użyć.

Wreszcie pozostaje nam do dyspozycyi potężny środek badania, a tym jest: rozumowanie, które pozwala nam wytłómaczyć przyczynę poszczególnych zjawisk na podstawie spostrzegania innych zjawisk (Zasada stosowana do rozwiązania równań o kilku niewiadomych w matematyce). Rozumowanie pozwoli nam pewną wiązankę faktów odnieść do wspólnej przyczyny, a po takiem zgrupowaniu faktów sprowadzić odnośne zjawiska do wspólnego mianownika. Faktów zaś, mających służyć jako podstawa rozumowania, dostarczyć nam mogą nie tylko wyżej wymienione metody, ale także: badanie anatomiczne popłodów, urodzonych siłami matki, a urodzonych przy pomocy zabiegów, anatomia macicy w czasie różnych okresów porodu i pierwszych chwil połogu, wreszcie cały zakres patologii ciąży i porodu ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń, dotyczących popłodu.

Teorya 3-go okresu będzie wtedy prawdziwą, jeżeli potrafi nam wszystkie odnośne zjawiska racyonalnie wytłómaczyć, a w następstwie, jeżeli opierając się na niej, jakby na pewniku, z góry będziemy mogli przewidywać wyniki doświadczeń sprawdzających, które na kobietach przedsięweźmiemy, czy to w celach czysto teoretycznych, n. p. w celu wyjaśnienia roli i doniosłości poszczególnych czynników mechanizmu, czy też leczniczych. Wszelkie bowiem zabiegi dyetetyczne i lecznicze, jakie zastosujemy w 3-cim okresie, mają wartość doświadczeń „*in viva*“, a dokładne spostrzeganie przebiegu 3-go okresu wobec nich, oraz skutków, jakie one ewentualnie pociągną za sobą, dostarczy nam do budowy hipotez materyału pierwszorzędnej wartości.

Wreszcie zjawiska, dające się obserwować w 3-cim okresie, możemy traktować jako zjawiska czysto fizyczne i wiele z nich możemy wyjaśnić na drodze doświadczeń ściśle fizycznych.

Powyższe wyliczenie metod badania 3-go okresu powinno stanowić do pewnego stopnia dyspozycyę niniejszego artykułu; jednakowoż nie byłem w możności wyczerpać osobiście wszystkich wyżej wymienionych metod i tak: nie badałem porównawczo wiwisekcyjnie na zwierzętach 3-go okresu, nie próbowałem badań przebiegu 3-go okresu zapomocą promieni Röntgena, nie miałem możności badać osobiście przekroju zamrożonych zwłok kobiety, zmarłej w 3-cim okresie, wreszcie brakuje moim spostrzeżeniom nad popłodami badań mikroskopowych. Są to luki, których w pracy syntetycznej brakować nie powinno, a których zapychać literaturą nie chciałem, albowiem sprzeciwia się to memu uprzednio wyrażonemu założeniu. Wobec tego nie twierdzę, jakoby wywody moje w zupełności rozwiązywały kwestyę mechanizmu 3-go okresu. Owszem, otwarcie wyznaję, że cały nagromadzony przezemnie materyał wymaga skrupulatnej kontroli na większym materyale klinicznym, przy pomocy całego przyrządu środków naukowych, jakie dają pracownie do dyspozycyi. W jedno atoli wierzę, że droga, którą obrałem, do celu napewne zaprowadzi, a praca moja spełni swe zadanie, jeżeli potrafi kogokolwiek zachęcić do uzupełnienia moich doświadczeń i skontrolowania ich, a przez to dopomoże pośrednio do rozsnucia węzła gordyjskiego, jakim jest obecnie 3-ci okres w położnictwie. Występuję z ogłoszeniem dotychczasowych mych wyników, albowiem z przyczyn czysto zewnętrznych nie widzę na przyszłość możności dokończyć mego zadania. Wszak lekarz praktyczny ma wstęp do kliniki położniczej zamknięty, a gdyby chciał wyzyskiwać przypadki swojej prywatnej praktyki, łatwo mógłby się narazić na rozmaite konkurencyjne przykrości, a pomijając to, musiałby bardzo długo zbierać doświadczenia, bo nie rozporządza tak obfitym i różnorodnym materyałem, jak szpital.

Na zakończenie niech mi wolno będzie dodać kilka słów przeznaczonych dla mego przyszłego „kontynuatora“, w kwestyi użytku z literatury przedmiotu. Zdaniem mojem literatura kwestyi przyrodniczej dla badacza, chcącego dotrzeć do jądra rzeczy, ma zaledwie to znaczenie, co konsylium przy łożu chorego dla ordynaryusza. Jako środek badania ma ona w medycynie podrzędne znaczenie. Historyk, prawnik i t. d. musi grzebać w archiwach; przyrodnik ma do dyspozycyi arcydzieło, t. j. żywą i martwą naturę i byle umiał czytać to dzieło, może nie oglądać się na biblioteki. Badając bez pomocy cudzych okularów zdobędzie wkrótce doświadczenie w danym przedmiocie, a wtedy z przyjemnością i prawdziwym zapałem przeglądnie prace, jakie mu w rękę wpadną, pisane w przedmiocie żywo go obchodzącym, a czytanie to będzie się odbywać z prawdziwym krytycyzmem. Rzecz prosta, że dla badacza danej kwestyi mogą mieć interes tylko oryginalne prace, a nie streszczenia, z reguły nieudolnie i naprędce robione i częstokroć wypaczające intencye autora. Streszczenia mogą mieć wartość jedynie dla historyka literatury pewnego przedmiotu. Z drugiej strony nie łatwo będzie przeczytać wszystkie publikacye, dotyczące obranego przedmiotu, w oryginale; na przeszkodzie stoi choćby brak znajomości języków. Ale też to jest zbyteczne i poprostu dla braku czasu niemożliwe.

Łatwiej Polakowi nauczyć się po grecku, a następnie nauczyć na pamięć całego Homera, niż przeczytać wszystkie komentarze filologiczne do Homera przez filologów niemieckich napisane. Sądzę, że będzie to nawet z większą korzyścią dla jego mózgu, który nie przeładowany zbytnim balastem potrafi odważniej myśleć.

Dyspozycya artykułu. Trzeci okres porodowy jest funkcyą ruchową ustroju, mającą za cel wydalić z wnętrza kanału rodnego bezużyteczny po urodzeniu się dziecka popłód. Badając jakikolwiek ruch fizyczny, musi się przedewszystkiem rozpatrzeć siły i przeciwdziałające tym siłom opory. Chcąc więc zbadać mechanizm 3-go okresu, musi się przedewszystkiem rozebrać: *a)* czynniki przeszkadzające odklejeniu i wydaleniu popłodu (opory) i *b)* czynniki powodujące odklejenie się i wydalenie popłodu (siły).

Do biernych czynników mechanizmu należą: *a)* przymocowanie popłodu do wewnętrznych ścian macicy; *b)* miejsca zwężone w kanale rodnym kobiety jakoto: 1) okolica pierścienia skurczowego, 2) ujście zewnętrzne macicy; *c)* wejście do pochwy.

Do 2-giej grupy czynników należą: *a)* stany skurczowe kanału rodnego; *b)* parcie niewiasty; *c)* ściąganie się macicy; *d)* krwiak pozałożyskowy. Faktów, wyjaśniających znaczenie i rolę wyżej wyliczonych czynników mechanizmu, poszukamy przy pomocy metod na początku artykułu wyliczonych.

Rozpatrzywszy rolę czynników mechanizmu 3-go okresu, przystąpimy do ugrupowania faktów i budowy hipotezy 3-go okresu. Hipotezę tę w dalszym ciągu sprawdzi się zapomocą doświadczeń fizyologicznych na kobietach.

W niniejszej rozprawce oprę się bardzo często na faktach, przytoczonych w moich poprzednich 2 artykułach, odnoszących się do tej sprawy; dlatego, dla dokładnego zrozumienia pożyteczną rzeczą będzie zapoznać się pierwej z owymi artykułami, drukowanemi w „Przeglądzie lekarskim“: 1) Sprawozdanie z pos. Tow. lek. lwowskiego „kwestya dolnego odcinka macicy“ (autoreferat) Nr. 49 z 1902 r. i 2) kliniczny przebieg 3-go okresu porodowego Nr. 34, 35 i 36 z sierpnia 1903 r. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Przypadkom napadów całkowicie skutecznych towarzyszą te same lub podobne objawy, jak ostrej *perixenitis* w przewodzie żółciowym. Po skończonym napadzie chory czuje się dziwnie błogo i dobrze, jak nigdy po napadzie skutecznym. Całe zaś to uczucie niezwykłej ulgi tłómaczy się obecnością paru lub kilku kamyków żółciowych w kale. Najściślejsze i najdokładniejsze spostrzeganie kliniczne, choćby nawet całe lata trwające, nie może nas z całą ścisłością i stanowczością pouczyć, czy miniony napad był rzeczywiście końcem całego cierpienia, czy tylko początkiem dłuższy czas, choćby dziesięć lat, trwającego utajenia choroby. Po odej-

ściu kilku kamyków *per vias naturales* mogło pozostać jeszcze kilkadziesiąt albo i więcej w pęcherzyku. Niekiedy dokładne rozpatrzenie się w kształcie kamyków odeszłych dostarczy nam pewnych danych, tyczących rokowania na przyszłość.

Czasami jednak nawet po napadzie całkowicie skutecznym i rzeczywiście doszczętnym, — wydalone bowiem zostały na zewnątrz wszystkie kamyki, — chory nie jest wolnym od dolegliwości. W chwili przechodzenia kamyka przez przewód żółciowy nastąpiło zakażenie dróg żółciowych, które ostatecznie zabija chorego. O innych powikłaniach, które mogą być i bywają nawet mimo operacyi źródłem wielu dolegliwości, t. j. o zrostach, powodujących przemieszczenie i zaciśnięcie różnych narządów sąsiednich, mówiliśmy już poprzednio. Na tem miejscu wystarczy przypomnieć, że nawet takie zmiany, jak przyrośnięcie i przedziurawienie woreczka lub jego przewodu, względnie przebicie przewodu żółciowego do jelit, odbywać się może bez jakichkolwiek objawów, dochodzących do samowiedzy chorego.

Tak się w zarysie, z umysłu tylko naszkicowanym, przedstawia patologia kamicy żółciowej. Przechodzimy do sprawy ważniejszej ze względów praktycznych i jedynie obchodzącej najbardziej interesowanego w tej sprawie, t. j. chorego, a więc do s p r a w y l e c z e n i a tego cierpienia. Odpowiedzieć należy na pytanie: kiedy i w jakim przypadku leczyć należy kamicę żółciową środkami wewnętrznymi, a kiedy chirurgicznie? Odpowiedź różnie brzmieć będzie, zależnie od tego, czy da nam ją internista, czy chirurg: niestety, ani między pierwszymi, ani między drugimi, nie przyszło jeszcze do ostatecznego porozumienia. Jak między lekarzami chorób wewnętrznych można znaleźć zarówno przedstawicieli skrajnej lewicy, jak i reprezentantów krańcowej prawicy, tak i między chirurgami: w jednym i drugim obozie stają przeciwko sobie zdania i opinie biegunowo przeciwne. Przeciw odosobnionemu niemal zdaniu R i e d l a, popartemu jedynie przez niektórych chirurgów, głównie amerykańskich (R i c h a r d s o n, M i x t e r), zdaniu, głoszącemu, że 95% chorych na kamicę żółciową powinno być operowanych, gdyż tylko w 5% zdarzają się napady całkowicie skuteczne, stawić można 100 opinii wręcz odmiennych, dopatrujących wskazanie do operacyi zaledwie w 5% przypadków. Bardziej radykalne opinie chirurgów mają, jak na obecne, — zwłaszcza nasze, — stosunki, wartość „pobożnych życzeń“, a tylko przekonania internistów, a przedewszystkiem lekarzy domowych, rozstrzygają o wyborze sposobu leczenia. Żadnemu bowiem choremu na kamicę żółciową, nawet gdy zna swe cierpienie, nie przyjdzie na myśl szukać porady u chirurga, lecz w pierwszej linii zwróci się do internisty. Ten zaś, kierując się własnemi przekonaniami, które naturalnie muszą być różne od przekonań chirurga, przedewszystkiem wypróbuje cały szereg środków wewnętrznych, zaczynając od Karlsbadu, a kończąc na oliwie, zanim zdecyduje się zaproponować choremu operacyę. W ten sposób chirurdzy uwolnieni są właściwie od trudu wyszukiwania wskazań, wyręczają ich w tem interniści.

W przeważnej części nowszych podręczników chorób wewnętrznych czytamy takie wskazania dla chirurgicznego leczenia:

1. *Cholangitis* i *cholecystitis infectiosa,* nie ustępująca w krótkim czasie pod wpływem wewnętrznego leczenia.

2. *Hydrops cystidis felleae,* dający powód do całego szeregu przykrych przypadłości.

3. *Peritonitis,* powstała s k u t k i e m p r z e d z i u r a w i e n i a dróg żółciowych.

4. Z r o s t y, powstałe w otoczeniu woreczka żółciowego, z a c i s k a j ą c e d w u n a s t n i c ę, o d ź w i e r n i k itd.

5. P r z e w l e k ł e z a m k n i ę c i e p r z e w o d u ż ó ł c i o w e g o w s p ó l n e g o kamykiem, nie ustępujące mimo wytrwale przez 3 miesiące stosowanego leczenia wewnętrznego.

6. Bardzo c z ę s t o p o w t a r z a j ą c e s i ę n a p a d y k o l k i żółciowej.

Wyniki pooperacyjne po zabiegach, wykonanych z tych wskazań, nie zadowolnią żadnego chirurga. Wielu chorym, znachodzącym się w tym okresie choroby, należałoby wprost odmówić, a raczej oszczędzić operacyi, która może tylko przyśpieszyć rozwiązanie tragedyi, od lat już się toczącej. Z logicznej konieczności faktów wynika, że zejście pooperacyjne u chorych wyniszczonych długiem cierpieniem, a tem samem pozbawionych zasobów sił odpornych, jest zawsze niepewnem i częściej, niżby życzyć sobie należało, niepomyślnem. Więc też nawet ci chirurdzy, którzy, kokietując z internistami, w zasadzie godzą się na ich wskazania, żądają, aby przynajmniej nie dłużej zwlekano z zabiegiem operacyjnym, jak tego konieczna potrzeba zoryentowania się w położeniu wymaga. Na ostatnim Zjeździe ogólno-lekarskim w Karlsbadzie, K e h r ofiarowywał internistom pokój na zasadzie 14 paragrafów. W paragrafach tych przyjął zasadniczo sześć powyżej nakreślonych wskazań, ośmioma zaś następnymi określał je tylko szczegółowiej. Widocznie jednak te paragrafy, jak paragrafy w ogólności, muszą być bardzo podatne i rozciągliwe, skoro na ich zasadzie K e h r, chirurg operujący w mieście, dorównywającem zaledwie naszemu n. p. Przemyślowi, zdołał do przeszłego roku zrobić 800 (mówię osiemset) operacyi na chorych z kamicą żółciową!

Wskazania, jakiemi powoduje się K ö r t e, schodzą się dziwnym sposobem z wskazaniami, przyjętemi przez K e h r a. Dziwnym sposobem — gdyż w ostatniej pracy K ö r t e g o, traktującej specyalnie o wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej, wyrywa mu się zdanie: „*Wie mann niemanden vor seinem Tode glücklich schätzen soll, so sollte man auch keinen Gallensteinkranken vor dem Tode für vollkommen geheilt erklären, jeder Zeit kann der Stein wieder „lebendig“ werden und neue Anfälle verursachen*“...

R i e d e l zdania takiego nie wypowiedział, wyciągnął zeń jednak wniosek jedynie logiczny i widzi wskazanie do operacyi wszędzie tam, gdzie dzięki całkowicie skutecznym napadom kamyki nie mogą być całkowicie i doszczętnie z dróg żółciowych usunięte. A te przypadki stanowią, jak już powyżej zaznaczono, 95%. R i e d e l w przeciwieństwie do bardzo wielu internistów i wielu chirurgów chce o p e r o w a ć n i e z p o w o d u w s k a z a ń k o n i e c z n y c h, l e c z z e w z g l ę d ó w z a p o b i e g a w c z y c h. Szlachetniej zaś z a p o b i e g a ć chorobie, niż ją l e c z y ć! Wszyscy godzą się na to, że jak długo kamyki znajdują się t y l k o w pęcherzyku, są wprawdzie tworami patologicznymi, lecz mało groźnymi. Zmienia się ich charakter i znaczenie, gdy opuszczą pęcherzyk i przeniosą się do dalszych dróg żółciowych. Więc, radzi R i e d e l, „nie dopuśćmy do tego, zapobieżmy nieszczęściu i usuńmy kamyki, zanim jeszcze zdążą wyjść poza pęcherzyk“.

Najcięższy zarzut, jaki takiemu wczesnemu zapobiegawczemu postępowaniu zrobić można, opiera się na przypadkach, kończących się śmiertelnie po operacyi i skutkiem operacyi Kiedy jednak Kehr, który, jak sam twierdzi operuje, jeżeli nie przeważnie, to głównie, z powodu wskazań koniecznych, oblicza śmiertelność ogólną po swoich operacyach na 3·5%, to śmiertelność po operacyach, wykonanych we wcześniejszych okresach, a zatem w warunkach korzystniejszych i dla operującego i dla operowanego, śmiertelność ta jeszcze powinna się obniżyć, choćby o połowę. A przecież wykonywamy wiele operacyi w cierpieniach bezporównania łagodniejszych, niż kamica żółciowa i bynajmniej nie ze wskazań koniecznych, a śmiertelność pooperacyjna 1·5—2% nie skłania nas do zaniechania tych zabiegów. A że usilnem dążeniem wszystkich chirurgów jest, aby śmiertelność pooperacyjną w ogólności sprowadzić do 0%, uzasadnioną jest nadzieja, że do ideału tego, jeżeli nie zupełnie dojdziemy, to się doń bardzo zbliżymy. Zresztą śmiertelność skutkiem kamicy żółciowej jest z pewnością znaczną, a w każdym razie znaczniejsza, niż 2%. O liczby, choćby w przybliżeniu, trudno. Niema bowiem dotychczas statystyki dokładnej i prawdziwej. Niejeden chory, który w zestawieniach klinicznych po przebyciu ostrej kamicy żółciowej figuruje jako uleczony, umiera w kilka lat później, n. p. skutkiem *cholangitis calculosa septica*. Tymczasem liczby w statystyce dawnej nie możemy już poprawić. Gdyby się zatem udało przez wczesne operowanie każdego przypadku kamicy żółciowej sprowadzić ogólną śmiertelność z tej choroby do 2%, lub nawet gdybyśmy pozostali przy 3·5%, już i tak osiągnęlibyśmy bardzo wiele.

Drugi zarzut, jaki przeciw zabiegom chirurgicznym w kamicy żółciowej podnoszą, zarzut lżejszego już znaczenia, to sprawa nawrotów. Dokładniejsze rozpatrzenie się w położeniu wykazało, że większość tych zarzutów opiera się na wadliwem tłómaczeniu, spostrzeganych objawów. W bardzo małej liczbie przypadków spostrzegano nawroty rzeczywiste. Obliczają, że zdarzają się one w 1—2%. Z tych jednak niektóre spowodowane zostały nieodpowiednią techniką operacyjną. Wykazywano bowiem (Kehr), że jądrem nowego kamyka był szew jedwabny, który wpadł do pęcherzyka i zaskorupiał. Przez zastąpienie jedwabiu katgutem wyłączono to źródło nawrotów, lub przynajmniej zmniejszono prawdopodobieństwo ich pojawiania się. Pozostałą, i tak już bardzo małą możebność nawrotów rzeczywistych, zmniejszyć możemy *ad minimum* przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej, przez przepisanie choremu odpowiedniego sposobu odżywiania się i przez zalecenie n. p leczenia karlsbadzkiego już po zupełnem wygojeniu się rany. Zresztą zarzut to oparty na chwiejnych podstawach, bo n. p. możliwość nawrotu po usunięciu kamieni z nerek lub pęcherza, lub możliwość nawrotu przepukliny po operacyi doszczętnej nie odstrasza nas bynajmniej od wykonywania odpowiednich zabiegów. W tych przypadkach bardziej niż wskazania, obchodzą nas przeciwwskazania do zabiegów doszczętnych.

W przeważającej liczbie przypadków chodziło o nawroty fałszywe i rzekome. Pierwsze zależą od pozostawienia kamyków w przewodach, drugie od zrostów, które częściowo skutkiem samego cierpienia, częściowo skutkiem operacyi się potworzyły. Przez dokładne poznanie stosunków anatomopatologicznych, przez operowanie rozważne, ostrożne, a bezwzględne i wprawne, jako też przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej możemy zapobiedz, jeżeli nie całkowicie, to w znacznej części, nawrotom fałszywym. Częstość zaś nawrotów rzekomych, objawiających się klinicznie bólami, a polegających na zrostach trzew w okolicy pęcherzyka, najłatwiej zmniejszylibyśmy, operując we wczesnych okresach choroby, kiedy to otrzewna nie jest jeszcze skutkiem wielokrotnie przebywanych napadów kamicy żółciowej zmieniona i kiedy po operacyi ranę w powłokach szyć możemy całkowicie i goić przez rychłozrost.

Zatem zarzut możliwości nawrotów cierpienia po operacyi, zarzut, mogący dotyczyć tylko operacyi, wykonanych z powodu wskazań zapobiegawczych, a nie koniecznych, kiedy już nie o cierpienie, jako takie, nam chodzi, lecz o utrzymanie chorego przy życiu, jest nietylko przedwczesnym, — dziś bowiem operują przeważnie z powodu wskazań koniecznych, — ale i nieusprawiedliwionym, a nawet w bardzo wielu przypadkach wręcz niesłusznym i podyktowanym niewytłómaczoną złą wolą. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Behring. **O powstawaniu suchot płucnych i zwalczaniu gruźlicy** (wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Kassel). (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1903, 39). Zastrzegłszy się, że nie mogąc w jednym wykładzie objąć wszystkich stron zagadnienia, ograniczy się głównie do wyników własnych badań, przypomina Behring przedewszystkiem, jak, według najnowszych poszukiwań, gruźlica niezmiernie jest rozpowszechnioną. Nägeli w Zurichu pod kierunkiem Ribberta stwierdził, że we wszystkich zwłokach ludzi zmarłych, po 30 roku życia, znaleźć można przynajmniej ślad zmian gruźliczych; między 18 a 30 rokiem życia spotyka się zmiany gruźlicze w 96%, między 14—18 rokiem życia w 50%, między 5—14 rokiem w 33%, między 1—5 rokiem życia w 17% sekcyi; natomiast u dzieci w pierwszym roku życia nie spotykał Nägeli wcale zmian gruźliczych. Te niespodziewane wyniki badań Nägelego na zwłokach zgadzają się z wynikami, uzyskanymi za życia zapomocą rozpoznawczych wstrzykiwań tuberkuliny i zapomocą t. zw. inoskopii. Pierwsze na szerszą skalę wykonał Franz na żołnierzach pułków bośniackich i węgierskich, (posługując się najmniejszemi, dla zdrowia zupełnie nieszkodliwemi dawkami tuberkuliny), zatem na materyale, złożonym z doborowo zdrowych osobników. Mimoto stwierdził on, że znany odczyn, — oznaka zakażenia gruźliczego, — pojawiał się u 61—68% badanych, (a przy nieco większych dawkach, nawet u 96%, co najzupełniej zgadza się z odsetkiem, stwierdzonym przez Nägelego). Berend zaś, badając zapomocą tuberkuliny 96 oseskow, ani razu nie widział odczynu, (co również zgadza się z badaniami Nägelego). Inoskopię obmyślił i stósował Jousset. Sposób ten zasadza się na tem, że jeżeli we krwi, lub w wysiękach zapalnych znajdują się choćby nieliczne prątki gruźlicze, to przy krzepnięciu porywa je wytwarzający się włóknik i więzi w skrzepach. Rozpuściwszy potem takie skrzepy zapomocą odpowiedniej trawiącej cieczy, można z roztworu prątki gruźlicze w wirownicy (centryfudze) osadzić i w ten sposób wykryć ich obecność bez uciekania się do hodowli i szczepień na zwierzęta. Otóż zapomocą inoskopii powiodło się udowodnić przyrodę gruźliczą wielu spraw chorobowych, których związku z gruźlicą dawniej ani przypuszczano (wszystkie surowicze wysięki opłucne, wiele z wysięków brzusznych, zapalenia opon, niektóre zapalenia stawów, niektóre choroby serca i t. d.).

Zdaniem Behringa wynika z tego, że środki, zmierzające do wytępienia gruźlicy zapomocą oddzielenia zakażonych od zdrowych chybiają celu. Behring godziłby się jedynie na odosobnienie kaszlących, zdecydowanych suchotników od pozornie zdrowej reszty ludności, i to nie w sanatoryach, ale w schroniskach, na wzór schronisk dla trędowatych.

Jeżeli jednak nie tędy wiedzie główna droga do zwalczania gruźlicy, niemniej nie należy rąk bezczynnie opuszczać, ponieważ zakażenie gruźlicą to jeszcze nie tosamo, co suchoty. Właśnie nieprzeczuwane rozpowszechnienie się gruźlicy dowodzi, że ustrój może z tego zakażenia sam się wyleczyć, że lekkie zakażenia koń-

czą się wyzdrowieniem, a tylko ciężkie śmiercią. Nasuwało się więc pytanie, czy można wogóle uchronić ustrój od takiego ciężkiego zakażenia, lub też takie ciężkie zakażenie złagodzić. Aby na nie odwiedzieć, należało przedewszystkiem dokładnie zbadać, w jaki sposób powstają suchoty, a badania w tym kierunku doprowadziły Behringa do wyników, znacznie różniących się od obecnych zapatrywań.

Przedewszystkiem twierdzi Behring, że dotychczas wcale nie udowodniono niezbicie, ż ludzie dorośli mogą zakażać się gruźlicą w zwykłych warunkach życia. Wprawdzie tak zdawałoby się z danych statystycznych, stwierdzających częstsze zachorowywanie i znaczniejszą śmiertelność wśród dozorców szpitalnych, więźniów, mieszkańców domów zakażonych, co uważano za dowód zakażenia się przez wdychanie zakażonego pyłu, lub rozpylonej zakażonej plwociny. Ale zważywszy przytoczone badania co do rozpowszechnienia gruźlicy wśród ludzi, sądzi Behring, że i w takich razach niekorzystne warunki zewnętrzne wywołały najczęściej tylko przedzierżgnięcie się w wyraźne suchoty ukrytej przedtem, a z dawna w ustroju osiedlonej sprawy gruźliczej. Zdaniem Behringa sposobność do zakażenia się niema więc u dorosłych tego znaczenia, jakie jej dotąd przypisywano. Nie mają go też wpływy dziedziczne, ani w postaci rzadkiego, choć kilkakrotnie stwierdzonego, wrodzonego zakażenia, ani w postaci dziedzicznego usposobienia. A jednak niewątpliwie są rodziny, w których gruźlica szczególnie dużo zabiera ofiar; otóż te niewątpliwe przypadki gruźlicy „rodzinnej“ mają, zdaniem Behringa, to samo główne źródło, co zakażenie gruźlicą wogóle, a tem głównem źródłem ma być według Behringa mleko, będące pokarmem noworodków.

Wniosek ten napozór sprzecza się ze stwierdzoną jałowością mleka w sutkach, jakoteż z tem, że dziś właśnie oseskom podaje się mleko krowie wyjałowione, nie zachowując tej ostrożności wobec starszych. Ale też nie w samem mleku leży, zdaniem Behringa, źródło złego, lecz właściwie w tem, że w ustroju osesków (zarówno ludzkich, jak zwierzęcych), a mianowicie w ich przewodzie pokarmowym, brak jeszcze tych narządów, które chronią ustrój dorosłych od wtargnięcia zarazków chorobotwórczych. Behring ufa, że obecnie już ostatecznie udowodnił, iż tych narządów ochronnych u osesków rzeczywiście niema, a to opierając się na następujących spostrzeżeniach.

Jeden ze współpracowników Behringa, Römer, zauważył, że rodzime białka przechodzą bez zmiany przez błony śluzowe przewodu pokarmowego zwierząt nowonarodzonych, działając potem taksamo, jakby były wstrzyknięte wprost do krwi. U zwierząt dorosłych zjawisko to nie następowało. Stwierdzono to co do surowicy przeciwtężcowej i przeciwbłoniczej, które zawierają substancye lecznicze w postaci białek rodzimych. Błony śluzowe dorosłych nie przepuszczają wielkich cząsteczek białka rodzimego; przez błony śluzowe noworodków przeciskają się one z łatwością. Behring podjął próby z bakteryami. U dorosłych morskich świnek wydzielały się prątki wąglika (nie zawierające zarodników), podane wewnętrznie, wszystkie w kale, natomiast ośmiodniowe świnki ginęły w tych warunkach równie szybko na wąglik, jak przy zakażeniu podskórnem. Osłabione hodowle prątków wąglika nie zabijają morskich świnek po wstrzyknięciu podskórnem; otóż żywiąc nowonarodzone świnki takiemi osłabionemi hodowlami, znajdował Behring prątki we krwi, co u dorosłych zwierząt nie następowało. Wreszcie powtórzył Behring tosamo doświadczenie, posługując się prątkami gruźliczymi, których dokładnie odważoną ilość jednorazowo zwierzętom podawał; i tu także ulegały zakażeniu drogą przewodu pokarmowego tylko najmłodsze zwierzęta, jeżeli dawki nie były zbyt wielkie, a prątki nie za jadowite. Zmiany gruźlicze zjawiały się naprzód na sieci i na krezce w sąsiedztwie kątnicy, (gdzie prątki najdłużej się zatrzymują); u zwierząt, pozostawionych dłużej przy życiu, można było klinicznie stwierdzić zmiany naprzód w gruczołach szyjnych, później dopiero najczęściej ten obraz, jaki dotąd uważano powszechnie za gruźlicę, przez wdychanie powstałą.

Doświadczenia te potwierdzałyby więc dawniej już objawione zdanie Behringa, że gruźlica płucna u ludzi, jak i u zwierząt, powstaje wskutek pierwotnego zakażenia przez przewód pokarmowy i to przedewszystkiem w wieku bardzo wczesnym.

Wszelkie bakterye, jakie znajdują się w mleku, dostają się z łatwością w głąb ustroju noworodka. A jeżeli mleko było przypadkowo zakażone zarazkami chorobotwórczymi, to u oseska z łatwością wybuchnie odpowiednia choroba. Oseski, karmione piersią, mniej są narażone, gdyż w sutku mleko jest jałowe, a przy ssaniu może zanieczyścić się tylko bakteryami, znajdującemi się na skórze karmiącej, lub w ustach oseska. Natomiast sztucznie karmionym noworodkom zagraża wielkie niebezpieczeństwo, bo mleko krowie, przechodząc przez wiele rąk, zanim się dostanie do konsumenta, łatwo może uledz zakażeniu. Dowodem na to jest mała śmiertelność noworodków w krajach, gdzie w zwyczaju jest karmienie piersią, a ogromna tam, gdzie dzieci powszechnie karmią sztucznie; n. p. w Irlandyi, w Szkocyi umiera 50 razy mniej noworodków, niż w Szczecinie. Wyjaławianie mleka w obecny sposób, t. j. w mleczarniach miejskich niewiele pomaga, bo trzeba zważyć, że nietylko bakterye, lecz i ich jady przenikają łatwiej przez błony śluzowe przewodu pokarmowego u osesków, niż u dorosłych. Inna rzecz, gdyby pasteryzowano mleko odrazu w mleczarniach wiejskich, co wydało znakomite wyniki w hodowli cieląt, gdyż w takim razie odrazu zniszczone bakterye, nie mają już czasu zatruć mleka swymi produktami, których późniejsza pasteryzacya zniweczyć już nie może.

Co jest przyczyną tej przepuszczalności błon śluzowych u osesków? Zdaniem Behringa przyczyną jest to, że błony śluzowe noworodka nie są jeszcze pokryte ciągłą, jednolitą pokrywą nabłonkową i że gruczoły wydzielnicze są jeszcze niedostatecznie wykształcone.

Z dostających się do mleka drobnoustrojów jedne wywołać mogą ostre, szybko przebiegające zakażenia; inne, a właśnie do takich należy prątek gruźliczy, działają powoli i dopiero po latach wielu następuje jawna choroba. Początek suchot, zauważany po wyczerpaniu porodami, pracą, nędzą itd., nie jest początkiem zakażenia; ono w tych razach oddawna już, od lat dziecinnych, tkwi w ustroju, a tylko pod wpływem niekorzystnych wpływów z utajonej gruźlicy ogniskowej przechodzi w suchoty. Nie inaczej rozwija się gruźlica w pewnych rodzinach, uważanych dotąd za szczególnie do niej usposobione; nie dziedziczność, ale dostawanie się prątków z rozpyloną plwociną rodziców i rodzeństwa do ust i nosa oseska, a stąd do przewodu pokarmowego, lub wprost do mleka, którem dziecko sztucznie jest żywione, ma wówczas główne znaczenie. Niewątpliwie, że i starsi mogą uledz zakażeniu w takich rodzinach; do tego jednak trzeba bądź znaczniejszej jadowitości zarazka, bądź zmian chorobowych błon śluzowych, złuszczenia się nabłonka itd., jak to bywa po pewnych ostrych chorobach zakaźnych. Stąd n. p. zgubny, oddawna znany, przyspieszający wpływ takich chorób na rozwój gruźlicy, jak np. odra. Zresztą przeczy Behring jakiemuś szczególnemu wrodzonemu usposobieniu do gruźlicy u dzieci, a raczej sądzi, że każdy osesek jest już niejako fizyologicznie i normalnie usposobiony do przyjęcia zarazka gruźliczego. Z tego wynikają zresztą jasno wskazówki zapobiegawcze: obostrzenie przepisów higienicznych, dotyczących mleka, t. j. zapewnienie oseskom mleka, nie zakażonego prątkami; oddzielenie dzieci od kaszlących suchotników, które zresztą potrzebne jest i dla starszych, ilekroć przypuszczać można, że w ochronnej warstwie nabłonkowej przewodu pokarmowego powstały ubytki, (choroby zakaźne osutkowe, zaziębienia, choroby przewodu pokarmowego); zwalczanie zaostrzeń się sprawy gruźliczej u zakażonych przez pobyt w sanatoryach, co zapobiegając późniejszym pogorszeniom, uchroni zarazem rodziny chorych od sposobności zarażenia się. Ale usiłowania Behringa w kierunku leczniczym nie mają z temi dążeniami zapobiegawczemi żadnego związku; pragnie on przeciwnie usunąć potrzebę wszelkich sanatoryów i schronisk, jak Jenner swem odkryciem usunął potrzebę szpitali dla dotkniętych ospą, i chociaż nie można jeszcze przewidzieć, kiedy i jak to się powiedzie, niemniej wyraża Behring „uzasadnioną nadzieję“, że obrał właściwą drogę, wiodącą do stworzenia leku, zapobiegającego suchotom.

Nadzieję tę opiera Behring na doświadczeniach z gruźlicą bydła rogatego, która zdaniem jego ma ważne znaczenie w powstawaniu gruźlicy ludzkiej, wbrew zapatrywaniom Kocha, i na której leczeniu wzorować się ma sposób zapobiegania suchotom u ludzi. Gruźlica i perlica zarówno dopiero wtedy powstać mogą, gdy zbiegną się trojakie warunki: ustrój, podatny na zakażenie, zarazek i sposobność do zakażenia. Ustrój ludzki jest z natury już podatny na zakażenie prątkami gruźlicy zarówno ludzkiej, jak bydlęcej. Ale nie każda zmiana gruźlicza kończy się suchotami: by to nastąpiło, potrzeba jeszcze współdziałania wielu czynników, jak stopień jadowitości zarazka, jego ilość, jednorazowe lub wielokrotne zakażenie się, wiek zakażonego, ogólny stan jego zdrowia i sił, odżywienie, zatrudnienie i t. p., co razem obejmujemy nazwą usposobienia nabytego. Należy ściśle oddzielić pojęcie zakażenia gruźliczego z rokowaniem dobrem od pojęcia suchot, kończących się śmiercią, a rozwijających się dopiero pod wpływem całego szeregu owych dodatkowych czynników.

Otóż zakażając młody ustrój zwierzęcy zarazkiem osłabionym, wywołując przeto zakażenie gruźlicze, zdolne do samowyleczenia, można ustrój ten uodpornić przeciw późniejszemu zakażeniu zarazkiem jadowitym, któryby bez tego wywołał groźną, lub nawet śmiertelną chorobę. Behring wytworzywszy taką szczepionkę, podjął próby na bardzo wielkie rozmiary i twierdzi, że powiodło mu się uzyskać u bydła rzeczywistą odporność. Wyniki doświadczeń Behringa sprawdzać zaczęły właśnie rozmaite zakłady weterynarskie

w Europie, a dokładne sprawozdanie z własnych i cudzych doświadczeń przyrzeka Behring wkrótce w całej rozciągłości ogłosić. Delegowani przez rządy rosyjski, austryacki i szwedzki badacze, wyuczywszy się techniki szczepień pod kierunkiem Behringa, mają obecnie podjąć w swych krajach dalsze badania, do których szczepionki (dawniej przez Behringa bezpłatnie rozsyłanej), dostarczy zakład Dra Sieberta i Ziegenbeina w Marburgu.

Dwie drogi prowadzą do zwalczania gruźlicy ludzkiej, czyto przez zapobieganie zakażeniu się osobników zdrowych, czyto przez polepszenie rokowania u już zakażonych: jedna, przez uodpornienie izopatyczne, na wzór sposobu, stosowanego już przez Behringa u bydła, druga przez zastosowanie niweczników (Antikörperbehandlung).

Co do pierwszego sposobu, t. j. uodpornienia zapomocą stosunkowo nieszkodliwego, osłabionego, ale żywego zarazka, to wprawdzie wątpić nie można, że i w ten sposób możnaby u ludzi dojść do celu, niemniej jednak rzecz to dalekiej jeszcze przyszłości, gdyby szczepionkę taką miało się ludziom, tak jak zwierzętom, wprowadzać wprost do krwi. Szczepionki bowiem, wytwarzanej dla uodpornienia zwierząt, nie możnaby pod żadnym warunkiem użyć u ludzi, zanim nie będzie wynaleziony sposób znacznego osłabienia jej jadowitości bez uszczerbku jej żywotności. Nad wynalezieniem najlepszego takiego sposobu pracuje Behring obecnie i otrzymał już niejakie wyniki zapomocą metody, podanej przez Levyego; ale oświadcza sam, że nawet gdyby powiodło się w ten sposób zarazek dostatecznie osłabić, to nie odważyłby się narazić np. własnych swych dzieci na niebezpieczeństwo, połączone z wstrzyknięciem jakichkolwiek żywych bakteryi wprost do krwi.

Natomiast dałoby się i u ludzi zastosować izoterapeutyczne ochronne szczepienie, gdyby z prowadzonych właśnie przez Behringa doświadczeń wynikło, iż można młode (ssące jeszcze) zwierzęta przez żywienie ich osłabionym zarazkiem uodpornić przeciw gruźlicy nie gorzej, niż przez wstrzykiwanie zarazka do krwi.

Znacznie większe nadzieje pomyślnego wyniku w niedługim już czasie rokuje sobie Behring z drugiego sposobu, t. j. z działania niweczników (Antikörper). Mianowicie spodziewa się on, że znajdujące w mleku silnie uodpornionych krów, substancye ochronne dadzą się przenieść do ustroju ludzkiego. Wprawdzie uzyskane tym sposobem działanie ochronne nie trwa, jak się zdaje, długo; gdyby jednak nawet tak było, to można będzie próbować połączyć ten sposób z poprzednim. t. j. równocześnie stosować żywy zarazek i niweczniki, jak tego ze skutkiem próbowano już w innych chorobach zakaźnych. Wszystko to jednak przyszłość dopiero rozstrzygnąć może. Obecnie zaś oświadcza Behring z naciskiem, że dopóty nikomu nie udzieli „środka przeciwgruźliczego", póki publicznie sam nie ogłosi, że już swe wstępne badania ukończył.

W ostatnim ustępie swego wykładu wywodzi wreszcie Behring, na jakiej zasadzie uważa znany pogląd Kocha o odrębności zarazków gruźlicy ludzkiej, a zwierzęcej, za błędny i ostrzega jak najusilniej przed zaniechaniem środków ostrożności, dotychczas stosowanych, szczególnie co do mleka, przeznaczonego dla osesków.
Ciechanowski.

Weigert. **Uwaga do wykładu Behringa o powstawaniu suchot i o zwalczaniu gruźlicy.** (*Dts. med. Wochs.*, 1903, Nr. 1903). Na podstawie doświadczalnej oświadczył Behring, że błona śluzowa jelit nie posiada u noworodków tych urządzeń ochronnych, jakie istnieją u dorosłych i dlatego prątki gruźlicze łatwo przepuszcza. Weigert zauważa, że z tem zdaniem zgadza się też doświadczenie anatomo-patologiczne. Już przed 20 laty zwracał Weigert uwagę, że u dzieci bardzo często przy zserowaceniu gruczołów krezkowych niema żadnych zmian w odpowiednim odcinku ściany samego jelita: u dorosłych natomiast najczęściej przy znacznych wrzodach gruźliczych jelit zmiany gruźlicze w sąsiednich gruczołach są niewielkie. I już przed 20 laty wyraził W. przypuszczenie, że u dzieci widocznie prątek gruźliczy przez błonę śluzową jelit łatwiej się przeciska, niż u dorosłych, skoro przebywa w niej tak krótko, że nie pozostawia śladów swego działania. *C.*

L. Fürst. **Niedomoga czynnościowa i odżywcza mózgu.** (*Therapeutische Monatshefte* Rocznik XVII, str. 400). W bilansie ustroju dochód musi pokrywać rozchód, czyli zużycie musi być wyrównane, jeśli ustrój ma zachować stan równowagi siły i zdrowia. Prawo to dotyczy ustroju, jako całości, a również jego poszczególnych narządów. Bardzo prawdopodobnem jest przypuszczenie, że czynność mózgu znachodzi swój wyraz w przemianie i rozpadzie lecytyny. Składnik ten bowiem, zresztą powszechny w ustroju, znachodzi się w mózgu w znacznej ilości: w substancyi białej 9.9% lecytyny na 31% części stałych wogóle, przeważnie zaś w substancyi szarej, tem właściwem siedlisku twórczej pracy mózgowej. Znachodzi się lecytyna w 18% części stałych, dochodzi do 17%. Bardzo bliskiem prawdy wydaje się zatem przypuszczenie, że czynności psychiczne i wogóle mózgowe uwarunkowują się fizycznie w istnieniu lecytyny. Praca mózgu pociągać musi za sobą zwiększone zużycie lecytyny, wyrażające się przez wyczerpanie, obniżenie psychiczne. Żywszy dopływ krwi pokrywa ubytek po pewnym czasie wytchnienia, odpoczynku. Wychodząc z tych roztrząsań teoretycznych, które na razie są tylko hipotezami, próbował autor leczyć przypadki neurastenii, polegające na tle wyczerpania (u uczniów, uczonych, artystów, spekulantów), przez podawanie lecytyny. W 6—8 tygodniach zyskiwał stale polepszenie zdrowia swych pacyentów. Ogólny stan odżywienia podnosił się, następowało odkładanie azotu w ustroju i zmniejszanie wydzielania fosforu przez nerki, jako dowód, że lecytyna rzeczywiście przeszła w skład tkanin ustroju, które wskutek jej braku niedomagały.

(Nie rozbierając krytycznie poglądów Fürsta, które mogą być słuszne, lecz każdy z nich jest jedynie przypuszczeniem teoretycznem, nie umotywowanem doświadczalnie, podkreślam tylko optymizm autora w zapatrywaniach na leczenie stanów neurastenicznych, w których zapomocą tylu innych środków podobne osiągamy wyniki. Sposób podawania lecytyny, polecony przez autora, jest następujący: dzieciom zapisuje się 0·05 trzy razy dziennie, dorosłym 0·1 trzy razy dziennie. Bardzo możliwe, że poprawę neurastenii osiągamy dzięki lecytynie, lecz na pewne nie zawdzięczamy tego lecytynie, którą autor, jako lek podaje. Przecież w pokarmach, w porównaniu do małych dawek autora, jest 10 razy więcej lecytyny. W jednem jaju kurzem jest jej około 1·0. Przytem sam autor zaznacza, że resorbcya lecytyny z pokarmów odbywa się tak samo sprawnie, jak czystej chemicznie, nawiasem mówiąc, bardzo niesmacznej. Gdy stale codziennie wprowadzamy z pokarmami (jaja, mleko, móżdżek, kawior i wiele innych artykułów spożywczych z mniejszą zawartością lecytyny) nawet do kilku gramów lecytyny, pocóż ją dawkować, do tego w sposób zakrawający na homeopatyę? Czyż nie jest właściwsze wskazać odpowiednią dyetę? *Uwaga sprawozdawcy*). *Orzechowski.*

Dr. H. Krukenberg. **Kolka żółciowa bez kamyków żółciowych.** (*Berl. klin. Wochschr.* 1903, Nr. 29). U dwóch kobiet, 25 i 36 lat liczących, od kilku już lat występowały napadowo kolki, którym niekiedy towarzyszyła żółtaczka. Kamyków w kale nigdy nie znaleziono. Badanie przedmiotowe dało wynik absolutnie ujemny. Na zaproponowaną operacyę obie chore się zgodziły, dokuczyły im już bowiem bardzo napady kamicy. U obu podczas operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy bardzo długi i bardzo ruchomy, tak dalece, że K. mówi wprost o pęcherzyku wędrującym. Kamyków K. nie znalazł ani w jednym, ani w drugim przypadku. W obu wykonał cholecystostomię dwuczasową z wynikiem pomyślnym. Napady bólów tłómaczy K. tem, że przepełniony pęcherzyk załamuje się i szyjka jego, względnie przewód, stają się niedrożne. Przez umocowanie dna pęcherzyka do powłok brzusznych zapobiega się jego załamywaniu na przyszłość. *Herman.*

Dr. Middeldorpf. **O zakrzepach i zatorach w przebiegu ostrego ropienia okołokątniczego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 31). M. opisuje przypadek zatoru tętnicy udowej prawej, który wystąpił 14 dnia od wystąpienia ostrego ropienia okołokątniczego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Skutkiem tego zatoru, którego źródłem był najprawdopodobniej przyścienny skrzep w tętnicy biodrowej wspólnej, musiano odjąć uległe zgorzeli podudzie. W kilku innych przypadkach tegoż cierpienia widywał autor zakrzep w żyle udowej z zejściem pomyślnem. *Herman*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Methylatropinum bromatum. (*Die medizinische Woche* Nr. 14 i 20, 1903). E. Merck wyrabia nowe połączenie atropiny: „methylatropinum bromatum". Przetwór ten przedstawia kryształki, rozpuszczające się łatwo w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Doświadczenia na zwierzętach i przy łożu chorych wykazały, iż złagodzenie i skrócenie czasu właściwego działania atropiny są najwybitniejszemi własnościami nowego połączenia. Rozszerzenie źrenicy, występujące po zapuszczeniu 2 kropel 1%-owego roztworu, trwa tylko 4—6 godzin, podczas gdy po zwykle używanych solach atropinowych utrzymuje się w ciągu kilku dni. L. Vanbel ogłosił swoje spostrzeżenia nad wewnętrznem stosowaniem bromku metylatropinowego i stwierdził wyraźne obniżenie czynności wydzielniczej gruczołów, co pozwala oczekiwać dobrego wyniku przy stosowaniu przeciw potom suchotników, jakoteż potom osób nerwowych. Skłoniło to tego autora do leczenia tym środkiem pewnych chorób jelitowych tem bardziej, iż nie było nieprzyjemnych wpływów ubocznych, jak

po innych solach atropinowych, n. p. suchości w gardle i t. d. Dr. Aronheim podaje wyniki, jakie osiągnął w 25 przypadkach cierpień brzusznych i piersiowych przy stosowaniu podskórnem 0·02% rozczynu lub kapsułek, zawierających 0.001 bromku metylatropiny i 0.3 cukru mlecznego. A. stosował ten lek także z dobrym wynikiem u dzieci, uskarżających się na gwałtowne bóle brzuszne przy podrażnieniu otrzewnej. Podskórne wstrzykiwania sprowadzają natychmiastową ulgę — bez wymiotów, nudności, lub innych nieprzyjemnych objawów ubocznych. W zapaleniu jelita ślepego środek ten jest jednym z najlepszych leków narkotycznych i znieczulających. W kolce jelitowej, w kamicy żółciowej, w bólach głowy, gdzie migrenina była bezskuteczną, działa ten przetwór atropiny znakomicie. Wobec ważności posiadania leku, mającego własności uśmierzania bólów bez jakiegokolwiek nieprzyjemnego działania ubocznego, wpływającego nadzwyczaj uspakajająco w różnych stanach nerwowych, w chorobach ocznych i t. p., poleca A. gorąco nowy przetwór atropiny.

Baschkopf.

VI. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca. 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

23. Majewski (Kraków): **Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw posoczniczych ustroju.** M. stosował w niektórych sprawach posoczniczych swoiste surowice lecznicze i miał mieć w bardzo znacznej liczbie przypadków poprawę, jednak nie we wszystkich. Surowica ma tu być środkiem ochronnym, a więc ma wejść do ustroju przed lub jednocześnie z zarazkiem. Jedną z właściwości działania surowicy jest także obniżenie ciepłoty. Jakiekolwiek jest jej działanie w każdym razie jest ona nieszkodliwą. Prelegent poleca wypróbowanie tego sposobu przy odpowiednich wskazaniach. Sam stosował surowicę przeciwpaciorkowcową.

Dyskusya:

Klecki (Kraków) wyjaśnia sposób działania tych surowic, o czem mówił w swym wykładzie. Niema tu mowy o leczeniu, jest tu tylko prefakcya. Aby leczyć, musimy mieć takie substancye, któreby z jednej strony nie były szkodliwe przez danie podłoża, a z drugiej silnie działały na ciałka białe, któreby dały nam fagocytozę i fagolizę; według K. możeby nukleina była takiem ciałem.

Majewski (Kraków) dodaje, że wprowadzenie pod skórę surowicy dawało mu lepsze wyniki, niż wprowadzenie do jamy brzusznej. Przy leczeniu otrzewnej uważa M. surowicę za dodatek, a operacyę za rzecz główną.

Klecki (Kraków), opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, nie radziłby wstrzykiwać.

Kader (Kraków) miał w dwóch przypadkach jakiś wynik po wstrzykiwaniu surowicy, ale nieznaczny; zawsze jednak był spadek ciepłoty i jaśniejsze sensoryum.

24. Schlank (Kraków): **Etyologia, przebieg kliniczny i leczenie ropień gazowych.** W klinice krakowskiej spostrzegał S. siedm przypadków ropień gazowych (oedema malignum), z tych sześć leczonych było nacięciami z wynikiem dodatnim, jeden (przypadek zapóźniony) z wynikiem śmiertelnym. W dalszym ciągu omawia S. odmę gazową, która przeważnie występuje w skórze moszen.

25. Gliński (Kraków): **Gruczoły trawienne w górnej części przełyku, oraz ich znaczenie** (z demonstracyą okazów makro- i mikroskopowych). Prelegent omawia na podstawie całego szeregu badań makro- i mikroskopowych obecność, budowę i zachowanie się gruczołów trawiennych w górnej części przełyku. Gruczoły te, odkryte przez Rüdingera, potem po kilku latach przez Schaffera, zbliżają się budową do gruczołów trawiennych dna żołądka, albo do typu gruczołów odźwiernikowych. Ze względu na ich czynność najlepiej nadawałaby się im nazwa gruczołów trawiennych przełyku. Mają one znaczenie w etyologii raków przełyku i to raków gruczolakowych, których punktem wyjścia być mogą, odgrywają także pewną rolę w powstawaniu uchyłków przełyku i wrzodów okrągłych. Odczyt swój poparł G. szeregiem przekonywujących okazów makroskopowych i drobnowidowych.

26. Rydygier (Lwów): **Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.** R. zmienił co do operacyi zapalenia wyrostka zdanie i stał się zwolennikiem wczesnej operacyi: z żalem tylko stwierdza, że jeszcze nigdy nie był wezwany do operacyi w pierwszych 24 godzinach, a bardzo często operował zapóźno, bo i interniści zapóźno posłali i życzyli sobie operacyi. 1. Szablonowo nie powinno się leczyć, trzeba indywidualizować, ale trzeba operować wcześnie, tembardziej, że amerykańskie i francuskie statystyki wykazują tylko 2% śmiertelności. Wczas tembardziej należy operować, jeśli przebieg jest nieprawidłowy: tętno małe i szybkie w niestosunku do ciepłoty, twarz zmieniona itd. Lepiej operować kilka razy zawcześnie, niż raz zapóźno. 2. Operować „à froid“ dla uniknięcia przepuklin brzusznych. Leukocytoza według Sonnenburga daje nam pewność nietylko w rozpoznaniu, ale daje nam wskazania. Punkcyi nie należy robić, chociaż Körte uważa ją za rzecz niewinną. 3. Nie zawsze trzeba się starać o odszukanie wyrostka, lepiej zostawić i później zrobić drugą operacyę, tembardziej, że to jest pewniejsze. Czasem sprowadza się operacyę do nacięcia ropnia i operuje drugi raz, nie czekając na zupełne wyleczenie. Odszukanie wyrostka może być korzystne wtedy, gdy spodziewamy się, że może się wytworzyć zgorzel z objawami posocznicy. R. miał taki jeden przypadek, ale z drugiej strony miał inny, gdzie z korzyścią dla chorego było nieodszukiwanie wyrostka. Obecnie nie stara się wydobyć wyrostka u chorych osłabionych, gdzie istnieje obawa przerwania zrostów; tam jednak, gdzie jest zgorzel, lub inne ropnie, tam czyni poszukiwania. 4. Szerzenie się nacieku ku górze i ku dołowi jest zawsze wskazaniem do operacyi. Należy badać przez odbytnicę, a oddawanie moczu może zwrócić uwagę na zsuwanie się w okolicę pęcherza. 5. Drenowania do odbytnicy nie powinno się nigdy robić. 6. Prelegent używa cięcia swego, podanego przed kilku laty. 7. Jeśli przepłókiwanie robić, to albo obficie, albo nic. W końcu stwierdza R. widoczny u nas postęp; świadczy to o zaufaniu do operacyi. Kiedy w Krakowie przez cały czas swego pobytu operował 10 przypadków, to obecnie we Lwowie przez lat 6 operował przeszło 50.

Dyskusya:

Hordyński (Kraków), opierając na doświadczeniu własnych 30 przypadków, z których połowę operował „à froid“, zgadza się zupełnie z Rydygierem. Doświadczenie zrobiło go radykalnym: jeden przebyty napad wystarcza mu do namawiania do operacyi „à froid“, tembardziej, że nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, że jest tylko 2% śmiertelności, odsetek bardzo mały w stosunku do przypadków nieoperowanych i że w miarę następujących napadów trudności techniczne się wzmagają. H. nie stracił ze swych przypadków żadnego, stwierdza obecne zaufanie u chorych do zabiegu operacyjnego, wprost upominają się o operacyę. Co do wczesnych operacyi, to jest większe niebezpieczeństwo, niż „à froid“, ale wyleczenie jest możebniejsze, niż później.

Kader (Kraków) zwraca uwagę na to, że gdzie większy naciek, tam można czekać dłużej, niż tam, gdzie go niema, i w tym ostatnim przypadku należy operować jak najwcześniej. U nas nie dostaje się chorego, by można operować w pierwszych 24 godzinach. K. na 60 przypadków operowanych stracił cztery: dwa wskutek przedziurawienia, a dwa po operacyi „à froid“. Co do operacyi „à froid“, to doświadczenie pouczyło go, że należy zawsze podwójnie podwiązywać wyrostek, gdyż może on być wypełniony ropą, a jeśli się nie założy drugiej podwiązki, to po przecięciu ropa wylać się może do jamy brzusznej.

Bossowski (Kraków) miał dwa przypadki, z których w jednym operował przed 24 godzinami i już znalazł wyrostek obumarły: w drugim upłynęło trzy doby, nim mógł operować i znalazł zgorzel wyrostka, a żadnych zrostów. W takich przypadkach należy zaraz operować. Wyrostek wycina B., gdzie może; drogę przez odbytnicę uważa za zdrożną.

Chlumský (Kraków) dostał przypadek, gdzie już operować nie było można; zastosował gorące okłady na brzuch. Po dwóch dniach dziecko oddało stolec, a dwunastego dnia okazało się koło pępka wypuklenie i ropa sama na wierzch przebiła. Dziecko wyzdrowiało.

Ziembicki (Lwów) radzi operować pierwszego dnia; trzeciego, lub czwartego dnia nie ruszać i potem „à froid“. Cięcie przez mięsień prosty, o ile dobre jest przy operowaniu „à froid“, o tyle przy innych, gdzie ma być sączkowanie, jest niekorzystne.

Latkowski (Kraków) tłómaczy, że dlatego interniści tak późno oddają do operacyi, bo sami dostają dopiero po 48 godzinach. Jeśli liczba białych ciałek nie dochodzi do 25 tysięcy, to nie stawiają wskazań do operacyi.

Kryński (Warszawa) proponuje, by zrobić układ z internistami, żeby uważać za wskazanie, jeśli chory przebył dwa napady. K. poleca cięcie Krajewskiego: cięcie skórne poprzeczne na wysokości prawego górnego kolca kości biodrowej, aż ku linii środkowej; po dojściu do mięśnia skośnego zewnętrznego ranę w skórze i powięzi rozciąga się podłużnie, a włókna wszystkich mięśni rozdziela się podłużnie na tępo i w tej samej linii otwiera się otrzewnę. Ma się w ten sposób dobry dostęp, a przez krzyżowanie się blizn unika

się powstawania przepukliny brzusznej. Kryński operował w ten sposób raz z dobrym wynikiem.

Borzymowski (Warszawa) uważa za lepsze stanowisko przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nie kliniczne, lecz anatomo-patologiczne: uważać zapalenie wyrostka robaczkowego za ropień w kanale wązkim, który ma utrudniony odpływ do jelita ślepego. Jeśli jest zgrubienie, naciek, to znaczy, że odpływ zły i wtedy należy operować, jeżeli niema nacieku, to niema wskazania do operacyi.

Pruszyński (Warszawa) jest za operacyą „à froid“; co się zaś tyczy przypadków świeżych, to albo operować w pierwszych 24 godzinach, albo nie operować, aż „à froid“. W jednym przypadku, który chciał zalecić do operacyi, powodem choroby była glista, której jaja w kale później stwierdził.

27. Filimowski (Kraków): **Topografia wyrostka robaczkowego.** Odczyt został ogłoszony w Nrze 42 „Przegl. lek.“.

Dyskusya:

Jaworski (Kraków) zwraca uwagę na to, że bolesności w okolicy kiszki ślepej nie trzeba kłaść zawsze na karb wyrostka robaczkowego, ale więcej na kiszkę ślepą. Ta już z powodu swego pionowego położenia poddana jest największemu ciśnieniu, tu zbiera się treść, tworzy osady, które drażnią błonę śluzową. Może ona ulegać atonii, podobnie jak żołądek. Jaworski zajmuje mniej radykalne stanowisko i nie każe w każdym przypadku operować, choćby „à froid“. Nieporozumienie między chirurgami, a internistami tłómaczy odmiennością materyału, jaki się im dostaje.

Rydygier (Lwów) nie może się skarżyć na internistów; jest to wina chorych, że się tak późno zgłaszają.

28. Rydygier (Lwów): **O zastarzałem zwichnięciu w stawie biodrowym** (z demonstracyą preparatu). R. ma dwa przypadki udałe, szczególniej drugi jest rzadki, było to mianowicie zwichnięcie podpanewkowe. Wszystkich udałych przypadków jest notowanych w piśmiennictwie 32, a operatorów 19; tylko Riedel jeden ma cztery przypadki. Sposobami leczenia są: 1) odprowadzenie bezkrwawe. Sposób nieszczególny, bo niema się granicy, kiedy się da zwichnięcie odprowadzić, a kiedy nie; nadto nie można tu forsować, bo może się próba skończyć śmiercią. Poncet radzi odprowadzać po krwawym zabiegu; 2) mięsienie, gimnastyka według Olliera; 3) osteotomia nadkrętarzowa; 4) resekcya główki; 5) odprowadzenie krwawe.

Najmniej dobre wyniki daje sposób 2); małe sposób 3). Najidealniejszy jest 5, ale niebezpieczny, bo daje 10—15% śmiertelności, nawet u osób dość zdrowych (z powodu wstrząsu). Operacya to trudna, trzeba się uciec czasem do resekcyi; trudności polegają na zrostach, zniekształtnieniach kości i zmianach w mięśniach. Trudno też zachować aseptykę z powodu blizkości kiszki stolcowej; jeden przypadek prelegenta, operowany jeszcze w Krakowie, skończył się źle z powodu zakażenia. Po zabiegu bezkrwawym nie można robić zaraz krwawego, lecz co najmniej po tygodniu. Cięcia są: *a*) przednie Hüter-Schedego, przystęp dość trudny; *b*) z tyłu Langenbecka, lub Kochera; Langenbecka bardziej do środka, ale mała jest różnica; przystęp jest dobry; 3) Mikulicza zbliżone do Olliera. Trudności nasuwają czasem adduktory, niektórzy więc radzą robić tenotomię; największą trudność daje panewka, tak czasem zarośnięta, że trzeba odbijać dłutkiem. W końcu przedstawia R. preparat z chorego, uderzonego gałęzią, gdzie zwichnięcie było ku dołowi; chory umarł z powodu wstrząsu, a sekcya wykazała tylko znaczną niedokrewność. Operując, należy sobie drogę szeroko utorować i uważać na krwawienie, bo niedokrewność może wpłynąć na wstrząs.

Dyskusya:

Ziembicki (Lwów) miał też jeden przypadek udały, ale chory umarł z powodu wstrząsu. Zaznacza także z naciskiem, by po próbie bezkrwawego odprowadzenia bezwarunkowo nie robić krwawego, aż po miesiącach, bo bardzo często powstaje zakażenie ogólne.

Ruff (Lwów) przypomina Rydygierowi przypadek udały, który robił Kozłowski. Ponieważ krwawe odprowadzenie jest niebezpieczne, sądzi, że lepiej odrazu robić resekcyę, która jest łatwą i nie przedstawia takiego niebezpieczeństwa.

Sołtysik (Stryj) w jednym przypadku po próbie odprowadzenia zmuszony był przystąpić do resekcyi. Opowiada o jednym przypadku, który miał Obaliński.

Rutkowski (Kraków) dodaje, że Obaliński miał dwa przypadki.

Rydygier (Lwów) nie zapatruje się tak źle na resekcyę, jak inni, ale też i nie tak różowo, jak Ruff. Chodzi mu o zachwianie mniemania, jakoby krwawe odprowadzenie miało być operacyą mało niebezpieczną. Stwierdza też, że statystyka ogólna jest niedokładna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

26. Mariani y Larion (Madryt): **Histerya, a tętnienie tętnicy głównej.** Mowca zaznacza, że stan rozdrażnienia psychicznego, w którym się histeryczni chorzy ustawicznie znajdują, tak samo szkodliwie zadziałać może na serce, jak wyskok i kiła. Przedewszystkiem rozwijają się czynnościowe zaburzenia serca w postaci kołatania, niemiarowości tętna i t. p.; później pojawiają się szmery, które są już znakiem niedomykalności zastawek i zwężenia ujść, szczególnie tętniczego. Ujemny więc wpływ psychicznych zaburzeń na nerwy serca i na zawisłe od nich czynności nie wymaga chyba dalszego wyjaśnienia; zmiany zaś anatomiczne tłómaczy autor wynikiem upośledzonego krążenia w naczyniach włosowatych mięśnia sercowego, a występujące rozszerzenie tych naczyń naprzemian ze zwężeniem wpływają niekorzystnie najpierw na mięsień sercowy, a następnie na zastawki.

27. Poynton (London): **Etyologia gośćca stawowego.** W 22 przypadkach chorobowych odkrył autor dwoinki, które uważa za swoiste dla gośćca stawowego, pomimo, że dla tych drobnoustrojów nie posiada jeszcze szczególnych biologicznych własności. Przeszczepione na króliki wywołują gościec stawowy. *W dyskusyi* zaznacza Singer (Wiedeń), że tem odkryciem zostały wprawdzie potwierdzone wyniki jego dawnych badań; dwoinki te jednak uważa za odmianę paciorkowców, której w żadnym razie za swoistą uznać nie może. Blumenthal (Berlin) stwierdza, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciwko paciorkowcom rozwija swoiste działanie tylko przeciwko tym drobnoustrojom, którymi została uodporniona.

28. Aronsohn (Ems-Nizza): **Wydzielanie cukru po wstrzykiwaniach adrenaliny i stosunek jego do sztucznie wywołanej gorączki.** Po wstrzykiwaniach adrenaliny królikom w cukrzycy ilość wydzielonego cukru wynosiła 5·5%; gorączka stoi w odwrotnym stosunku do cukrzycy. Cukromoczu, pojawiającego się w czasie gorączki, nie można porównać z prawdziwą cukrzycą.

29. Bernard (Plombières): **Związek między błoniastem zapaleniem kiszki, a zapaleniem wyrostka robaczkowego.** Mowca na wstępie zaznacza, że błoniaste zapalenie kiszki jest bardzo często przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego: na 1100 przypadków błoniastego zapalenia kiszki stwierdził 33, w których usunięto wyrostek. Po operacyi tak samo wydzielał się śluz, jak przedtem; u 43 innych chorych (nie operowanych) istniało już przed zapaleniem wyrostka zapalenie kiszki: stosunek więc przyczynowy między temi chorobami stwierdzono 76 razy, czyli 6·9%, oprócz tego odgrywa ważną rolę i kamica, można bowiem w ⅔ przypadków znaleźć w kale obok mas śluzowych także i piasek. U niektórych chorych stwierdzono zapalenie kiszki dopiero po operacyi, u 12-tu zaś ustąpiły objawy zapalenia okrężnicy po usunięciu wyrostka robaczkowego.

30. Tenże: **Choroba Basedowa, a błoniaste zapalenie kiszki.** Pięć razy udało się autorowi stwierdzić w przebiegu choroby Basedowa zapalenie kiszki. Na tej podstawie i na zasadzie doświadczeń na zwierzętach dochodzi Bernard do następujących wniosków: Błoniaste zapalenie kiszki nie jest jednolitem dla siebie cierpieniem, lecz objawem, powstającym skutkiem czynnościowych zaburzeń w wielkim trzewnym splocie nerwu współczulnego, albo drogą dośrodkową (neurastenia, różne nerwice), albo też, jako powikłanie w przebiegu różnych innych chorób jamy brzusznej.

31. Galland-Gleize (Vittel): **Ciężkie objawy żołądkowo-jelitowe przyrody mocznicowej w przebiegu kamicy nerkowej.** Mowca opisuje przypadki kamicy nerkowej, występującej pod obrazem mocznicy: odnosiło się to do chorych, cierpiących już od dłuższego czasu na kamicę. W chwili wybuchu objawów mocznicowych nie wykazało badanie moczu i dróg moczowych żadnej nieprawidłowości. Po niejakim czasie oddali chorzy wśród typowej kolki nerkowej piasek i kamyki, poczem objawy mocznicowe natychmiast ustąpiły. Te objawy wystąpiły u chorych, poddających się leczeniu wodami mineralnemi; możliwem tedy jest, że powstały na drodze odruchowej podczas uwalniania się kamieni z dróg moczowych.

32. Baueres Melcior (Lerida): **Pogląd krytyczny na leczenie cholery i korzyści osiągnięte przez wstrzykiwanie chininy podczas epidemii cholery w roku 1855.**

33. Simonena (Valladolid): **Przyczynek do sprawy nowego odczynu Erlicha.** Autor nie podaje jeszcze nic pewnego.

34. Chauvain (Paryż): **Ostry nieżyt oskrzelowy, a gru-**

źlica płuc. Ostry nieżyt oskrzelowy stoi w trojakim stosunku do gruźlicy płuc: *a)* jako przyczyna i objaw przedwstępny; *b)* jako skutek (w drugim okresie), i *c)* jako powikłanie (w trzecim okresie).

35. Pablo Salinas: **O gruźlicy.**

36. Carlos Soler: **O skutecznem leczeniu trzech przypadków gruźlicy płuc wstrzykiwaniami surowicy gruźliczej.**

37. Alemany (Teruol): **O trądzie.** W sprawie leczenia tej choroby zaleca autor nową swoistą surowicę.

38. Huertas Barvera (Madryd) i Gustavo Pittaluga (Rzym): **Zimnica w Hiszpanii.** Autorowie dochodzą do następujących wniosków: Kliniczne objawy zimnicy odnoszą się do trzech rozmaitych postaci pasorzytów; *a) plasmodium malariae* (*haemamoeba*) wywołuje zimnicę czwartaczkową; *b) plasmodium vivax* trzeciaczkową i *c) Laverania malariae* (*haemamoeba praecox*) ciężką letnio-jesienną zimnicę. Dalsze wywody autorów odnoszą się ściśle do stosunków geologiczno-klimatycznych Hiszpanii. W postępowaniu zapobiegawczem mają znaczenie: tępienie komarów (moskitów), osuszenie i asanacya bagnistych okolic, ochrona mechaniczna przed ukłuciami moskitów, leczenie wszystkich przypadków zimnicy i ochrona przed zakażeniem przez codzienne stosowanie leków.

39. Schrötter (Wiedeń): **W sprawie nowej inhalacyjnej metody Bullinga.** Bulling wynalazł przyrząd, zapomocą którego każdy leczniczy płyn może się dostać do głębszych dróg oddechowych w kształcie drobniutkich kropelek i w dostatecznej ilości: na tej drodze mogą się wszystkie środki lecznicze dostać do płuc. Jod zdołano wykazać w moczu w $^1/_2$ godziny po wdychiwaniu.

40. Trautwein (Kreuznach): **O związku zachodzącym między drugorzędnem tętnem, a uderzeniem koniuszkowem wraz z tonami sercowymi.** Autor twierdzi, że obydwa tony sercowe nie powstają przy skurczu serca, lecz że należą do rozkurczu. Uderzenie koniuszkowe należy tłómaczyć w sposób następujący: Po skończonym skurczu serca cofa się fala krwi z tętnicy głównej pod wysokiem parciem do zwiotczałej komory, która się skutkiem tego napręża i uderza o ścianę klatki piersiowej. Tak powstaje pierwszy ton i w ten także sposób przenosi się pierwsze drugorzędne tętno. W tem również leży przyczyna zamknięcia się zastawek półksiężycowatych, skutkiem czego powstaje drugie uderzenie wsteczne, które się z zewnątrz nie da zauważyć: to właśnie powoduje drugi ton serca i drugie t. zw. dwubitne (dykrotyczne) tętno. Uderzenie tedy koniuszkowe serca nie powstaje skutkiem skurczu, lecz jest następstwem mechanicznego uderzenia wstecznego. Jedynie szmery sercowe, które słychać przed uderzeniem końca serca, lub przed pierwszym tonem, należy uważać za skurczowe.

41. Schrötter (Wiedeń): **W sprawie leczenia odmy piersiowej.** W krótkości zdaje Schrötter sprawę z doświadczeń, przeprowadzonych w sprawie leczenia zamkniętych urazowych przypadków odmy piersiowej, wychodząc z założenia, że powietrze, znajdujące się w jamie opłucnowej, składa się przeważnie z azotu, skutkiem czego jest trudniej wessalne — okoliczność, która w równych zresztą warunkach staje się przyczyną dolegliwości chorego. Jeśliby więc można tę ilość powietrza zastąpić inną, łatwiej wessalną, wówczas i choroba krócejby trwała i uciśnięte płuco szybciejby się rozszerzyło. Wprawdzie pomimo użycia łatwo wessalnego tlenu nie udało się autorowi dojść do konkretnych wniosków, w każdym jednak razie zaleca usilnie wypróbowanie tego sposobu w nadarzających się przypadkach.

42. Lorand (Karlsbad): **Przyczynek do patologii i terapii akromegalii.** Akromegalia polega na zmianach przysadki mózgowej i gruczołu tarczykowego; należy odróżnić postacie akromegalii powikłane z chorobą Basedowa, z zwyrodnieniem śluzakowatem, mięszane i przejściowe, — ostatni przypadek opisał Gibson (Edynburg). Stosowanie przetworów gruczołu tarczykowego jest tylko wskazane w przypadkach połączonych ze zwyrodnieniem śluzakowatem; w jednym przypadku, powikłanym z chorobą Basedowa, rozwinęła się ciężka cukrzyca po podawaniu kołaczyków tyreoidynowych.

43. Tenże: **Stosunek cukrzycy do akromegalii i choroby Basedowa.** Te postacie chorobowe mogą się rozwinąć po tych samych przyczynach i mają także podobne objawy: cukromocz i cukrzyca mogą tam wszędzie wystąpić, gdzie jest spotęgowana czynność gruczołu tarczykowego, a więc po wzruszeniach umysłowych, w następstwie niektórych leków, lub chorób zakaźnych, w których zresztą Torri, Roger i Garnier stwierdzili spotęgowaną czynność gruczołu tarczykowego w postaci powiększonego wydzielania istoty koloidowej. Cukromocz u osób niedokrewnych, lub ten, który się pojawia u kobiet w okresie wysypki kiłowej, laktouria i wreszcie cukrzyca, występująca podczas ciąży, stoją w związku z wzmożoną czynnością gruczołu tarczykowego. Również i w przebiegu akromegalii i choroby Basedowa pojawia się nierzadko cukrzyca, lub cukromocz, a stwierdzoną już jest rzeczą, że wyciągami gruczołu tarczykowego można wywołać cukromocz, lub nawet i cukrzycę. Przewlekła gruźlica i rak wykluczają z reguły cukrzycę, w przebiegu bowiem tych chorób wytwarza się zanik gruczołu tarczykowego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych i przedstawieniu przez kol. Piotrowskiego dziecka z rzadką wadą wrodzoną, miał odczyt kol. Dobrowolski: „O florze pochwy fizyologicznej“.

* Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zastanawiał się na wtorkowem posiedzeniu między innemi i nad sprawą pozbawienia doraźnego i bez motywów niektórych lekarzy dotychczasowych czynności ochronnego szczepienia przeciw ospie, przez Wydział krajowy. Postanowienie swoje, będące w istocie karą, zastosował Wydział krajowy tylko do tych lekarzy, którzy spostrzegłszy przy likwidacyi kosztów zmniejszenie dyet z 7 na 6 koron, poczynili „przedstawienia“ do władzy w przekonaniu, że zaszła w obliczaniu pomyłka. Z dokumentów, będących w ręku Wydziału Izby, wynikałoby, że Wydział krajowy nie uwiadomił lekarzy, którym poruczono szczepienie w r. 1902, o swej uchwale redukującej dyety, którą powziął jeszcze w maju 1901 r., a która obowiązywała już od stycznia 1902 r. Lekarze, pisząc swoje „przedstawienia“, nic o tej uchwale nie wiedzieli; Wydział krajowy zakomunikował im ją dopiero w połowie roku 1903.

W celu przekonania się, czy pod tym względem nie zachodzi fakt odosobniony, wyjątkowy, Wydział Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej uprasza swych członków, którym z powodu „przedstawienia“ odebrano czynność szczepienia, ażeby zechcieli przesłać Izbie datę wniesienia swego „przedstawienia“, oraz datę zawiadomienia o uchwale Wydziału krajowego, redukującej pracę dzienną za szczepienie z 7 na 6 koron.

* Szereg klinik Uniw. Jagiell. uzupełnia nowo utworzone Ambulatoryum dentystyczne. Uniwersytety zagraniczne oddawna już posiadają tego rodzaju instytucye. Wiedeński instytut dentystyczny już przed dwoma laty święcił swój 10-letni jubileusz istnienia. W Pradze i w Gracu polikliniki dentystyczne istnieją od kilku lat. Berlin, a za nim inne niemieckie uniwersytety mają szkoły dentystyczne, które rok rocznie ściągają zastępy lekarzy, chcących się poświęcić wyłącznie chorobom jamy ustnej i zębów.

Dzięki staraniom Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Jego Eks. minister wyznań i oświaty zarządził utworzenie Ambulatoryum dentystycznego w Krakowie, które obecnie oddane zostało do użytku świata medycznego i pacyentów. Równocześnie kierownik Doc. Dr. W. Łepkowski uzupełnił tę instytucyę rządową swoim prywatnym oddziałem dla techników dentystycznych.

W ten sposób zyskaliśmy nową szkołę, która pozwoli słuchaczom Uniw. zapoznać się z gałęzią medycyny, objętą obecnie programem studyów medycznych, lekarzom zaś umożliwi odbywanie specyalnych studyów z zakresu dentystyki w kraju, gdyż dotąd udawać się musieli za granicę. Znajdą oni tu wszystko w każdym kierunku, co daje postęp w jakim się dziś dentystyka znajduje, gdyż nowy instytut jest wyposażony tak, jak tego wymaga obecna chwila.

Ambulatoryum dentystyczne mieści się w Rynku głównym l. 22. Aktu poświęcenia dopełnił ks. rektor Gromnicki w obecności dziekana Wydziału lekarskiego, prof. Browicza, który zakład ten otworzył i oddał w opiekę doc. dr. Łepkowskiemu.

* W tygodniu bieżącym odbywa się w Paryżu Międzynarodowa Konferencya sanitarna, zwołana na przedstawienie rządu włoskiego, w celu uzupełnienia dotychczasowych przepisów dla zapobieżenia zawieczeniu cholery i moru do Europy z dalekiego Wschodu. W Konferencyi biorą udział delegaci 25 mocarstw. Do delegacyi austryackiej należą doktorowie Maly i Markl.

* VIII Wiec austryackich Izb lekarskich uchwalił wysłać podanie do parlamentu austryackiego i do Izby panów z przedstawieniem istotnej potrzeby ustanowienia samoistnego ministerstwa dla spraw sanitarnych w Austryi.

* Wiadomości osobiste: Przeniesieni zostali lekarze powiatowi: Dr. Kazimierz Ściborowski z Limanowej do Rzeszowa; Dr. Bronisław Wawrzycki ze Lwowa do Krakowa. Koncepista sanitarny Dr. Leopold Heim ze Stanisławowa do Limanowej.

* W roku bieżącym prof. Tryczel dobiega 30 lat profesorskiej działalności; według praw rosyjskich dalsze zajmowanie katedry (zazwyczaj pięciolecie) może mieć miejsce tylko na podstawie nowego wyboru.

* Francya za przykładem Anglii otwarła w Paryżu »Instytut medycyny kolonialnej, w celu zaznajomienia lekarzy z chorobami stref podzwrotnikowych. Instytut ten stanowić będzie część paryskiego Wydziału lekarskiego.

* W Niemczech poczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. »Monatsschrift für sociale Medizin« pod redakcyą drów Fürsta i Jaffégo.

* W wyższych naukowych zakładach pruskich powstał zamiar przymusowego ubezpieczenia od wypadków uczniów, poświęcających się tym zawodom, których studyowanie łączy się z pewnego rodzaju narażeniem się na niebezpieczeństwo wypadku. Z nauk lekarskich wymienione są ćwiczenia: anatomiczne, patologiczne, farmakologiczne, fizyologiczne, doświadczalno-terapeutyczne, higieniczne, chirurgiczne (na trupach). Koszta ubezpieczenia ponosić mają sami ubezpieczeni.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Koll.: Barbag (Przemyślany), Bednarski Ad. (Lwów), Ehrlich (Przemyśl), Madejski (Przemyśl), Markiewicz (Przemyślany), Obtułowicz (Lwów), Pręgowski (Heidelberg), Przesmycki (Gorlice), Silberstein (Lwów), Skórkowski (Zborów), Turteltaub (Lisko), Wilder (Drohobycz), Zabłocki (Lwów).

* *Sprostowanie.* W »Sprawozdaniu ze Zjazdu chirurgów polskich«, umieszczonem w Nr. 42 »Przeglądu lekarskiego«, mylnie podano przemówienie kol. prof. Wehra w dyskusyi nad odczytem Dr. Borzymowskiego. Pierwsze zdanie, wydrukowane na str. 600, szpalta II-wiersz 4 od góry, ma brzmieć: »Rehn w doświadczeniach na psach musiał je zawsze tracheotomować, inaczej ginęły; w moich doświadczeniach nad szwem sercowym nie robiłem nigdy tracheotomii«.

* Między 6 a 12 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), kamioneckim (4 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (1 gm), zaleszczyckim (1 gm.). żydaczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. Archangielski mian. profesorem nadzwycz. farmakologii w Kazaniu. Dr. Döbbelin, dentysta, otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Zastępcą czasowym prof. Lannelonguea mian. został prof. nadzwyczajny Dr. Mauclaire.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leon Glücksman, lat 66 w Brodach. Prof. okulistyki Dr. Secondi, l. 70, w Genui. Dr: Michał Zaborowski, lat 31, w Warszawie. Dr. Adolf Rucker, l. 64, w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Halpern: O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe. Róbin: O wartości klinicznej nowej metody ahliego badania czynności żołądka. A. Kosiński: Trzydzieści osiem przypadków płonicy, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową. Pawiński: Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznem (dok.).

— *Medycyna* Nr. 41. Motz i Montfort: Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza. Bossowski: O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego. (dok.).

— *Głos lekarzy* N. 8. Zawiera: Praca lekarzy w Sejmie. — Reorganizacya Towarzystwa Samopomocy lekarzy. — Położenie materyalne lekarzy powiatowych. — W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. — W sprawie szczepienia ospy ochronnej. — Dyskusya w sprawie szczepienia. — Odpowiedź Wydziału krajowego na interpelacyę p. dr. Bednarskiego. — VIII Wiec Izb lekarskich w Lincu. — Korespondencye. — Widoki lekarzy szpitalnych w krajowej służbie. — W sprawie kurfuszerki. — W ważnej sprawie.

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających. Bregman: Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego (dok.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie guberni radomskiej (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtrière. (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Bądzyński: O potrzebie ścisłego stosowania izolacyi i odkażania w celu zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych w kraju. Serbeński: O nagłej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych.

— *Postęp okulistyczny* (wrzesień). Geisler: O wpływie ciepłoty i pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry. Rumszewicz: O utworach szklistych w komorze przedniej oka (dok.). Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie t. zw. wiosennego zapalenia spojówki:

— *Časopis lékařů českých* Nr. 41. Kuffner: Svévolný vzdor? (dok.). Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském. Skalička: O poměrech břišního tyfu v Praze. Bakeš: Nástin operativni činnosti v nemocnici třebičské za prvni pololeti. (c. d.)

— *La Presse médicale* Nr. 80. Widal i Javal: Chloruremia leczenie choroby Brighta przez dechloruracyę. Dechloruracyjne leczenie niektórych leków moczopędnych.

— Nr. 81. Simonescu: Badanie kliniczne żółtaczki kiłowej Hamant i Goris: Diazoreakcya Ehrlicha w przewlekłej gruźlicy płucnej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Lessing: Mięsak kości w obrazach Röntgena. Einhorn: Opadnięcie serca i jego związek z opadnięciem wątroby. Albu: Kliniczny i anatomiczny przyczynek do nauki o sokotoku żołądkowym. Rosenberg: Pokrzywka po zastosowaniu śródnosowem nadnerczyny. Lubliński: Powikłanie zapalenia gardła z ostrem zapaleniem gruczołu tarczykowego. Seiffer: Porażenie nerwu dodatkowego w wiądzie rdzenia. (dok.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 41. Ascoli i Bonfanti: Dalsze badania nad białkomoczem pokarmowym. Peiser: Hypestezya w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Greite: Przyczynek do patogenezy padaczki. Bickel: Wpływ wyskoku na wielkość serca. Bittorf: Przypadek otwartego przewodu Botala. Krieger: Przypadek sklerodermii po ustąpieniu choroby Basedowa. Bettmann: Histeryczne samouszkodzenie ciała pod postacią licznych neurotycznych ognisk zgorzelinowych skóry. Bering: Przyczynek do kazuistyki schorzeń paznokci. Engelmann: Oznaczenie elektrycznej przewodliwości płynów Martina: Modyfikacya poduszki Coopera. Grosskopff: Nieprzyjemny wypadek przy operacyi wykonanej zapomocą elektromotoru.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Weinberger: Obwodowe zwężenie tętnicy płucnej i kliniczne jego cechy. Nobl: O jednej dotychczas nieopisanej oznace przebytej kiły. Frank: Błąd w sztuce leczenia wiądu ćwiczeniami i następstwa tego błędu. Kokoris: Przyczynek do nauki o ropniach pośladków.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 42. Hess: Angina Vincenta. Berlizheimer: Dwa przypadki ostrego tężca. Schultes: Grypa i zapalenie wyrostka robaczkowego, oraz ich wzajemny stosunek. Schoetz: Gruźlica połyku u dzieci. Sokołowski: O dotychczasowych naszych wynikach stosowania parafiny w zniekształtnieniach nosa i defektach za uchem.

Redakcya otrzymała. Trudy obszczestwa minskich wraczej za 190$^1/_2$ g. Heiman: 1) O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa. 2) Przyczynek do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego 3) Z praktyki otyatrycznej. 4) Sur les rapports de l'oreille avec la zone naso-sexuelle de la femme. 5) De l'efficacité curative de l'adrenaline dans les maladies des oreilles et du nez.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1561/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu.** Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka. Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn. Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903.

L. 2543. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Delatynie.**

Do tego okręgu należą gminy: Delatyn, Dora, Lojowa, Łuh, Osław czarny, Osław biały, Potok czarny i Zarzecze, płaca wynosi rocznie 1000 Koron, ryczałt na objazdy 600 K.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie z prawem do stabilizacyi po jednorocznej zadawalniającej służbie.

Kompetenci mają się wykazać:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) znajomością obu języków krajowych t. j. polskiego i ruskiego w słowie i piśmie;
4) najmniej dwuletnią praktyką lekarską;
5) fizyczną zdolnością.

Obowiązki lekarzy okręgowych określają instrukcye z 31-go grudnia 1891, Nr. 83. dz. u. kr. i 12-go czerwca 1897 Nr. 36 dz. u. kr.

Podania należycie udokumentowane mają być wniesione do Wydziału powiatowego do 15-go listopada b. r.

Nadwórna, dnia 14-go października 1803.

Rok XLII. Kraków 31 Października 1903. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O postaci zanikowej pierzchnicy płaskiej.
(lichen planus atrophicus).

Napisał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

Z końcem ubiegłego roku przyjąłem do kliniki i miałem sposobność poddać dokładnemu badaniu tak pod względem klinicznym, jak i histopatologicznym, uwagi godny przypadek pierzchnicy płaskiej zanikowej (*lichen ruber planus atrophicus*). Przez pierzchnicę płaską zanikową rozumiano osobny, aż do lat ostatnich rzadko tylko opisywany rodzaj choroby skórnej, w której od samego zaraz początku zanik skóry jest objawem głównym i przeważającym. Tylko niewielu autorów zwróciło uwagę na tę rzadką odmianę pierzchnicy. Hallopeau był pierwszym, który tę postać dokładnie opisał i nadał jej miano pie zchnicy zanikowej, czyli twardzielowej (*lichen atrophicus seu sclerosus*). Kaposi wspomina wprawdzie w podręczniku swoim o jednym przypadku tego cierpienia, zaznacza jednak równocześnie, że chodzi tu najprawdopodobniej tylko o atypowy końcowy okres zwykłej pierzchnicy płaskiej (*lichen planus*). Inaczej Hallopeau. Ten w wyczerpującym opisie wspomnianej odmiany pierzchnicy twierdzi, że guzki pierzchnicze ulegają odrazu nagłej przemianie w bezbarwne, bliznowate, błyszczące wysepki. Wysepki te okazują liczne drobne zagłębienia (*dellae*), które odpowiadają bądźto ujściom przewodów gruczołowych, bądźteż torebek włosowych i prawdopodobnie za takie uważać je należało. Przyskórek wszędzie zgrubiały, warstwa brodawkowa skóry prawie zanikła. Wykwitom towarzyszy przykre uczucie dolegliwego swędzenia. Miejscami głównie zajętemi bywają: przedramiona, grzbiet i pachwiny. W roku 1889 ogłosił tenże sam autor drugi przypadek tej szczególniejszej odmiany pierzchnicy, a przy tej sposobności z wyraźnym już podnosi naciskiem, że partye zanikowe, bliznowate, zaraz z początkiem choroby występujące, żadną miarą nie mogą odpowiadać końcowemu okresowi zwykłej pierzchnicy, a przypisać im należy znaczenie inne, znaczenie odrębnej, już z samego początku do zaniku wiodącej odmiany pierzchnicy, pierzchnicy zanikowej. Hallopeau przyznaje więc stanowczo chorobie tej podobieństwo do typowej pierzchnicy płaskiej, zauważa jednak przy tem, że właściwe tej odmianie odbarwianie guzków pierzchniczych, oraz stałe pozostawianie blizn zanikowych, żadną miarą nie upoważnia do nadania jej nazwy pierzchnicy czerwonej (*lichen ruber*).

W roku 1892 Darier badał znów trzeci przypadek tego cierpienia Bliznowate białawe plamy mają według niego różową obwódkę; przebiegają też prawie równolegle z prawidłowymi fałdami skóry i grupują się w mozajkę. Na plamach napotyka się mnóstwo drobnych żółtawych guzków rogowych, które w obrazie drobnowidowym wnikają jakby drobne czopki w odpowiednie torebki włosowe. Brodawki i przestrzenie międzybrodawkowe są bardzo małe; warstwa Malpighiego, gruczoły potne i cebulki włosowe zupełnie prawidłowe. Pawłow przedstawia w r. 1894 w rosyjskiem Towarzystwie dermatologicznem przypadek pierzchnicy zanikowej, w którym w białych plamach wykazuje czarne, do zwykłego zaskórnika (*comedo*) podobne punkta. O podobnych czarnych punktach, jako o początkowym objawie tej choroby, wspomina też w r. 1896 Hallopeau.

W r. 1895 przedstawił znów Schwimmer przypadek pierzchnicy płaskiej zanikow.j z silnie swędzącą wysypką, ułożoną w grupki, a zajmującą większą część ciała z głównem zajęciem kończyn.

Hallopeau ogłosił jeszcze dwa dalsze przypadki tego cierpienia, a mianowicie: jeden w r. 1896, gdzie zupełnie charakterystyczne zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej wskazywały na związek odmiany pierzchnicy zanikowej płaskiej (*lichen planus atrophicus*) ze zwykłą pierzchnicą płaską (*lichen planus*) i drugi (1898), dotyczący 60-letniej pacyentki, u której ta odmiana pierzchnicy w postaci tak zwanego „*lichenenen nappes*“ zajmowała głównie okolicę piersi.

W r. 1895 ogłaszają jeszcze Gaucher, Barbe i Balli przypadek tak zw. *lichen scleroticus universalis*, który odznaczał się głównie silnem zabarwieniem guzków pierzchniczych i z tego głównie powodu nadano mu nazwę *lichen atrophicus universalis, pigmentosus*.

Dalsze podobne przypadki znajdujemy w literaturze angielskiej. W r. 1900 omawia Crocker w londyńskiem Towarzystwie dermatologicznem zanikowe odmiany pierzchnicy. Mówi tam o *lichen planus scleroticus*, opisanym poprzednio przez Braulta i o przypadku, przedstawionym już dawniej (1896 r.) na Zjeździe w Londynie, a przypominającym żywo obraz chorobowy „*morphea*“. Już niejednokrotnie podnoszono, że odmiany zanikowej pierzchnicy obrazem swym chorobowym przypominają czasem twardziel skóry i na to właśnie szczególniejsze piętno zwrócił niedawno uwagę Morrant Becker z okazyi przypadku, przedstawionego w r. 1882 na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa dermatologicznego. Również typowe przypadki zanikowej pierzchnicy przedstawili na Zjeździe dermatologów w Londynie Stowers i Vinrace w r. 1896.

W r. 1899 znajdujemy *(Arch. f. Dermat. L.)* przez Orbaecka ogłoszony przypadek pierzchnicy zanikowej, dotyczący mężczyzny 23-letniego, u którego w typowy sposób wystąpiło mozaikowe ugrupowanie wykwitów, a prócz tego widzieć można było odbarwienie w rodzaju *vitiligo*, co zdaniem Orbaecka wskazywałoby na możliwość jakiegoś czynnika nerwowego.

Ostatnia publikacya, która w obszerniejszy sposób traktuje odmiany pierzchnicy zanikowej i obrączkowej, to zdaje się publikacya Zarubina (to samo *Archiwum*, tom LVIII). Autor ten miał sposobność badać zanikowe i obrączkowe odmiany pierzchnicy na dwóch przypadkach wrocławskiej kliniki dermatologicznej i opracował je wyczerpująco tak pod względem klinicznym, jak i histologicznym.

Tyle odnośne piśmiennictwo.

Przypadek, który ja spostrzegałem, okazywał przebieg następujący:

Chory *A. K.*, lat 21 liczący, przyjęty został do kliniki 9 kwietnia 1902 roku. Wywiady dokładne, dotyczące rodziny chorego, jakoteż wywiady, odnoszące się do jego poprzedniego stanu zdrowia, nie okazują żadnego związku z obecnem cierpieniem. Pacyent miał być zawsze zdrów. Alkoholikiem nie był, chorób wenerycznych nie przebywał. Chory w chwili przyjęcia uskarżał się na lekkie tylko swędzenie (które nigdy nie miało być silnem), a o przyjęcie do kliniki dermatologicznej prosił głównie ze względu na pstrą skórę.

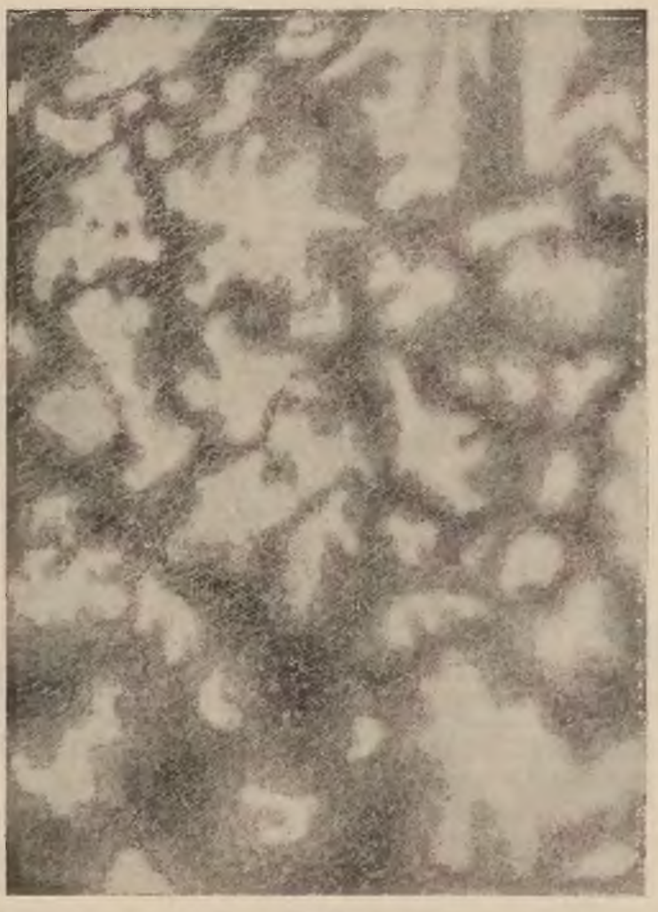


Fig. I.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, stan zdrowia ogólny zadowalniający. Cały prawie tułów, szyja, kończyny górne i dolne (głównie po stronie zginaczy), z wyjątkiem łydek, dłoni i stóp, usiane, bardzo licznemi, częścią odosobnionemi, częścią zlewającemi się plamami charakteru bliznowatego. Wielkość plam różna, przeważnie nieznaczna, znaleźć można jednak i większe zlane o 7—10 ctm. średnicy. Te bliznowate, w świetle wpadającem połyskujące plamy, okazują wszędzie lekkie wgłębienie; przyskórek na nich prześwieca różowoszaro, z ciemnemi smugami, a tu i ówdzie dostrzedz się dają otworki, jakby od ukłucia szpilki powstałe, co głównie dobrze zaznacza się na kończynach.

Każdą wyżej opisaną plamę otacza bądźto szerszy, bądź węższy rąbek barwy brunatnej, który wszędzie okazuje delikatne wprawdzie, ale zupełnie wyraźne promieniste prążkowanie. *(Fig. I)*. To brunatne obrzeżenie białawych plam nadaje skórze, szczególnie tam, gdzie plamy te nie zlewają się, owo tak bardzo charakterystyczne wejrzenie pstre. Skutkiem zlewania się wielu plam (np. po bokach klatki piersiowej) powstają zarysy kół i festonów, odcinki kół, które szerzą się w wielu miejscach odśrodkowo. W ciągu ostatnich miesięcy, a więc w czasie pobytu chorego w klinice, pojawiły się w okolicy lewego sutka, jakoteż lewego krętarza, liczne drobne plamki, które oglądane szkłem powiększającem, okazywały ten sam charakter zanikowy i bardzo powolny rozwój. Na tych świeżych właśnie wykwitach można było widzieć dokładnie, że wyżej wspomnianego rąbka brunatnego nie można bezwarunkowo uważać, jako równocześnie powstałego z plamami środkowemi, ale, że przeciwnie wytworzenie się zaniku środkowego wyprzedza o kilka tygodni pojawienie się owych przebarwionych obrzeżeń.

Czasem też w tych świeżo zajętych miejscach dostrzega się, że na wspomnianych białawych polach, otoczonych brunatnymi, lub różowo-brunatnymi, tu i ówdzie nieco wyniosłymi wałami, występują guzkowate, wieloboczne lub okrągławe wykwity. Wykwity te występować mogą niekiedy grupami, zwyczajnie jednak pojedynczo: mają barwę różową, ale w środku białych plam bledszą, jakby odbarwione, a w obwodzie ciemne. Skóra jest wszędzie na dotyk zupełnie niebolesną. Czucie i wrażliwość na ciepłotę również prawidłowe; miejsca chorobowo zmienione nie okazują nigdzie znieczulenia. Choroba, jak już wspomniano, nie sprawia silniejszego swędzenia; tylko w dwóch ostatnich latach czuł pacyent od czasu do czasu lekkie swędzenie, zwłaszcza na kończynach, ale i to nigdy nie trwało dłużej nad pół godziny. Jakkolwiek według podania chorego choroba trwa od 8—9 lat (pierwsze objawy miały wystąpić na kończynach dolnych), mimo to pacyent nie może sobie przypomnieć, aby dawniej miewał jakiekolwiek choćby nieznaczne napady swędzenia.

Na częściach skóry przebarwionej, delikatnie promienisto prążkowanej, znachodzą się tu i ówdzie delikatne, połyskujące łuszczki, które tylko z trudnością zdjąć się dają. Włosy w wielu miejscach skóry zanikowo zmienionej, są utrzymane. Skóra, otaczająca miejsca schorzałe, nie okazuje żadnych zmian. Błony śluzowe dostępne badaniu, zwłaszcza błona śluzowa jamy ust, zupełnie prawidłowe. Również bez zmian narządy wewnętrzne i układ nerwowy, a mocz nie zawiera żadnych nieprawidłowych składników.

Przy powtórnem przyjęciu chorego po upływie pięciu miesięcy prócz wyżej opisanego obrazu chorobowego, zresztą niezmienionego, stwierdzić można było jeszcze tylko dodatkowo, co następuje:

Ciemne zabarwienie skóry na niektórych miejscach, zwłaszcza w okolicy mostka i między łopatkami, wybitnie się zwiększyło. Pod kolanami pojawiło się kilka nowych brunatnych, kolisto ułożonych wykwitów, które w środku okazywały już nieznaczny zanik. Świeżo powstałych odosobnionych guzków pierzchniczych nie można było nigdzie zauważyć. W objawach podmiotowych również żadna nie zaszła zmiana. (Dokończenie nastąpi).

II. **Z oddziału Dra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.**

Punkt zamarzania wysięków i przesięków.

Podał
Kazimierz Rzętkowski,
asystent oddziału.

Przesięki i wysięki narówni z innymi płynami ustrojowymi poddawano już wielokrotnie badaniom kryoskopowym, chcąc wyciągnąć tą drogą wnioski, nietylko dotyczące istoty sprawy, jaka spowodowała zebranie się płynu, ale i pozwalające na odróżnianie płynów wysiękowych od przesiękowych. W pracy mojej nie mam zamiaru wyczerpać tego przedmiotu przez omawianie licznych danych z piśmiennictwa, zwłaszcza francuskiego, tembardziej że, jak się zdaje, sprawa punktu zamarzania wysięków i przesięków jest dosyć opracowana i, jak dotychczas, bez wyników większej wagi dla praktyki i dla teoryi. Chcę tylko zestawić moje własne dane, jakie przy badaniu przesięków i wysięków z bardziej ogólnego punktu widzenia i w innym celu pobocznie otrzymałem, tembardziej, że o ile wiem, kwestya ta dotychczas w piśmiennictwie naszem szerzej poruszaną nie była.

I. Zacznę od punktu zamarzania płynu wysiękowego w zapaleniu opłucnej gruźliczem:

1) $\Delta = -0{,}52^0$ 5) $\Delta = -0{,}54^0$
2) $\Delta = -0{,}54^0$ 6) $\Delta = -0{,}51^0$
3) $\Delta = -0{,}50^0$ 7) $\Delta = -0{,}54^0$
4) $\Delta = -0{,}53^0$ 8) $\Delta = -0{,}53^0$

Wszystkie powyższe liczby dotyczą chorych, znajdujących się w względnie niezłym stanie odżywiania, bez rozległych zmian gruźliczych w płucach, bez wybitniejszej niedokrwistości i ze zdrowemi nerkami, u których niewątpliwie punkt zamarzania krwi był albo prawidłowy (— 0,56°), albo też bardzo mało różniący się od prawidłowego. Średnia z tych 8 przypadków wynosi — **0,52°** (ściślej — 0,526°), liczba, jak widzimy, dosyć nizka. Atoli, jak poucza tabelka, — Δ wysięku w gruźliczem zapaleniu opłucnej waha się w granicach względnie dużych, bo od — 0,50° do — 0,54°, wobec czego mamy tu prawo do twierdzenia, że chociaż Δ płynów wysiękowych w gruźliczem zapaleniu opłucnej jest zazwyczaj niższa od Δ surowicy, to jednak żadnej stałej liczbie nie odpowiada. W statystyce mojej posiadam jeden przypadek zapalenia opłucnej pochodzenia niewątpliwie gośćcowego, bo u chorego na ostry gościec stawowy, o zupełnie typowym przebiegu; Δ wysięku w tym przypadku wynosiła — 0,54°, zatem wyższa, niż średnia dla wysięków gruźliczych opłucnej, zgodnie z danemi autorów francuskich. Wobec tego, że, jak widzimy z tabelki, Δ płynów gruźliczych bywa (3:8) często także — 0,54°, to zestawienie liczby dla wysięku gośćcowego z liczbami dla wysięków gruźliczych z punktu widzenia rozpoznawczego nie posiada większej wartości. Posiadam nadto w mojej statystyce dane, dotyczące punktu zamarzania wysięków ropnych 1) $\Delta = -0{,}90^0$, 2) $\Delta = -0{,}87^0$, 3) $\Delta = -0{,}76^0$; średnio $\Delta = -0{,}84^0$). Zestawienie średnich dla tych trzech rodzajów spraw:

wysięki gruźlicze . . . . . $\Delta = -0{,}52^0$
wysięk gośćcowy . . . . . $\Delta = -0{,}54^0$
wysięki ropne . . . . . $\Delta = -0{,}84^0$

przemawia za tem, jakoby punkt zamarzania wysięków wogóle był tem większy, im więcej w nim przeważają ciałka ropne. Przemiana materyi w wysiękach wogóle zależy niewątpliwie od ilości w nich ciałek ropnych — fagocytów, — będących ilościowo w zależności od natężenia zakażenia umiejscowionego, t. j. w zależności od mocy czynnika zakaźnego. Energiczny rozpad ciałek ropnych powoduje w ten lub inny sposób powiększanie się koncentracyi drobinowej otoczenia, które w wysiękach ropnych zazwyczaj od samego początku nie obfituje w wypocinę płynną. Nadto co do wysięków ropnych punkt kryoskopowy ich bywa zdaje się tem większy, im wysięk jest starszy. Za tem przemawiają przytoczone powyżej moje dane, w których pierwsza dotyczy sprawy najstarszej ($\Delta = -0{,}90^0$), ostatnia zaś — najświeższej ($\Delta = -0{,}76^0$).

II. Wysięki gruźlicze w jamie otrzewnowej posiadają także dosyć mały punkt zamarzania:

1) $\Delta = -0{,}52^0$, 2) $\Delta = -0{,}52^0$, 3) $\Delta = -0{,}53^0$ średnio $\Delta = -0{,}523^0$. W zestawieniu tem przypadek Nr. 2 odpowiada przypadkowi Nr. 6 z zestawienia wysięków opłucnej. Zatem

gruźlicze zapalenie opłucnej $\Delta = -0{,}51^0$ } u tego samego
gruźlicze zapalenie otrzewnej $\Delta = -0{,}52^0$ } chorego.

Liczby, jak widzimy, niewiele różniące się od siebie, co przemawia za tem, że umiejscowienie płynu wysiękowego (*caeteris paribus*) nie wywiera większego wpływu na jego stężenie drobinowe.

Tak więc z powyższego możemy wyprowadzić wniosek, że wogóle wysięki pochodzenia gruźliczego, niezależnie od ich umiejscowienia, posiadają najmniejsze liczby dla punktu zamarzania. Nieco większą koncentracyę drobinową posiadają wysięki gośćcowe, największą zaś — wysięki ropne; te ostatnie posiadają punkt kryoskopowy tem niższy, im są starsze.

III. Punkt zamarzania płynów w jamie brzusznej, powstałych z marskości wątroby, jest wyższy naogół, niż punkt zamarzania wysięków gruźliczych:

1) $\Delta = -0{,}545^0$ 5) $\Delta = -0{,}53^0$
2) $\Delta = -0{,}53^0$ 6) $\Lambda = -0{,}53^0$
3) $\Delta = -0{,}535^0$ 7) $\Lambda = -0{,}53^0$
4) $\Delta = -0{,}52^0$ 8) $\Delta = -0{,}565^0$

Średnia z powyższych danych wynosi — 0,536°, liczba, jak widzimy, blizka najczęściej spotykanych, a i niewiele też różniąca się od średniej dla wysięków gruźliczych otrzewnej, co odejmuje jej jakąś większą wartość rozpoznawczą.

IV. Liczby wysięków, spowodowanych przez raka otrzewnej, są nieco wyższe:

1) $\Delta = -0{,}56^0$, 2) $\Delta = -0{,}55^0$, 3) $\Delta = -0{,}53^0$
(średnio $\Delta = -0{,}547^0$).

Prawdopodobnie nie zależy to od wyższego punktu kryoskopowego krwi takich chorych. Jako osobniki najczęściej mniej lub więcej charłacze, ulegają oni raczej wodnistości krwi (*hydraemia*). I tu najprawdopodobniej procesy czysto miejscowe wpływają na większe stężenie drobinowe takich płynów. Złuszczanie się, obumieranie i nieustanny rozpad komórek nowotworu, rozsianego na powierzchni otrzewnej, powoduje rozpuszczanie się w otaczającej cieczy soli mineralnych, przedtem uwięzionych w zarodzi komórek nowotworu. Ztąd też podwyższanie się koncentracyi cieczy i podwyższanie się liczby dla Δ takich płynów.

V. Przechodzimy do omówienia punktu zamarzania płynów przesiękowych:

Nr.	Przesięk dokąd?	Δ —	Rozpoznanie	Uwagi
1	*a)* Otrzewna	0,55	Nephritis.	
	b) »	0,64	»	W 3 miesiącu po a
2	»	0,60	»	Δ surowicy = — 0,60
3	»	0,53	Discompensatio cordis	W moczu ślad białka
4	Puchlina podskórna	0,56	Discompensatio cordis.	
5	»	0,54	»	Mocz bez białka. Sinica.
6	»	0,54	Endo-pericarditis.	W moczu ślad białka.
7	»	0,52	Discompensatio.	
8	»	0,56	Nephritis.	
9	»	0,57	»	
10	»	0,58	«	

Pobieżny rzut oka na tę tablicę wystarcza, aby przez porównanie z poprzedniemi danemi (gruźlicze zapalenie opłu-

cnej gruźlicze zapalenie otrzewnej, rak otrzewnej) dojść do wniosku, że Δ przesięków bywa zazwyczaj większa (t. j. dalsza od 0), niż Δ wysięków. Wniosek ten nie jest zgoła nowością w nauce. Chcę tylko zaznaczyć tu, że przesięki, spowodowane chorobą nerek, mają Δ zazwyczaj większą, niż przesięki, spowodowane chorobą serca, t. j. przez niedostateczne krążenie (porównaj w ostatniej tabelce Nra 1, 2, 8, 9, 10 z Nrami 3, 4, 5, 6, 7). Tak średnia dla przesięków pochodzenia nerkowego będzie = — 0,583°; średnia zaś dla przesięków pochodzenia niedomogowego będzie = — 0,548°. Fakt ten ma daleko ważniejsze znaczenie patologiczne, niż rozpoznawcze, wobec tego, że jednak i tu i tam są liczby nader blizkie siebie (por. Nr. 4 z Nr. 8 i in. tabelki ostatniej). Rzuca on, mojem zdaniem, pewne światło na znaczenie spraw przesiękowych z punktu widzenia ogólnopatologicznego. Przesięk jest aktem samoobrony ustroju wobec grożącego mu przepełnienia układu krwionośnego czy wodą (przesięki niedomogowe), czy też ciałami stałemi wraz z wodą (przesięki nerkowe). Ustrój więc stara się powiększyć koncentracyę drobinową swojej krwi wobec grożącego mu rozwodnienia krwi przez wydzielenie części wody do jam. Lub też ustrój wydziela ze swego układu krwionośnego — prócz wody — i ciała stałe, jakie skutkiem zaburzenia w czynności nabłonka kanalików nerkowych nie uległy wydaleniu na zewnątrz. W pierwszym razie — niedomoga serca — najdrobniejsze naczynia krwionośne (włosowate) przyjmują na siebie rolę kłębków nerkowych i wydalają do jam to, co nie zostało wydalone przez kłębki. W drugim razie — zapalenie nerek — naczynia włosowate wydalają do jam nie tylko wodę, ale i ciała stałe, te, które zazwyczaj wydala nabłonek nerkowy. Moje badania odnośnie do składu krwi u chorych na nerki, jeszcze nie zakończone, z których zdam sprawę na innem miejscu, — pouczają, zgodnie z badaniami Straussa, że we krwi chorych na nerki i w przesiękach u nich, mamy niewątpliwy ślad zaburzenia czynności nabłonka nerkowego w postaci wyraźnie zwiększonej ilości azotu niebiałkowego *(Retentions-N.)*. Atoli i w innych sprawach (zapalenie płuc *pneumon croujosa*) ilość owego *Retentions-N.* jest powiększona we krwi, chociaż tu do przesięków nie dochodzi, bo nabłonek nerkowy działa z dostateczną sprawnością do zupełnego oczyszczenia krwi. Z tego widzimy, że pomiędzy śródbłonkiem naczyń krwionośnych, uczestniczących w wytwarzaniu przesięku, a nabłonkiem nerek może dojść do pewnej zastępczej wymiany czynności: śródbłonek naczyń włosowatych bierze na siebie rolę nabłonka nerkowego w oczyszczaniu krwi w tych razach, kiedy ten nabłonek odmawia ustrojowi dalszej służby. Owa zastępcza czynność śródbłonka naczyń włosowatych sprawia to, że punkt kryoskopowy przesięków nerkowych jest tak wysoki (t. j. daleki od zera).

Z powyższego widzimy, że punkt kryoskopowy, zatem stężenie drobinowe wysięków (gruźlicze zapalenie opłucnej, gruźlicze zapalenie otrzewnej, rak otrzewnej), zachowuje się dosyć autonomicznie względem stężenia drobinowego krwi; stężenie zaś drobinowe przesięków — w niedomodze serca lub w zapaleniu nerek — na ogół wyższe, niż stężenie wysięków, podporządkowane jest w całości charakterowi pierwotnego zaburzenia w składzie chemicznym krwi. Co się tyczy stężenia drobinowego płynów, powstałych z marskości wątroby to w tej kwestyi nie ośmielam się wypowiedzieć stanowczego zdania, ponieważ przypuszczam, że skład płynów tych zbyt zależnym jest od wprowadzanych do kiszek pokarmów (sole, cukier i t. p.), iżby na zasadzie kilku danych wypowiadać o nim jakieś ogólniejsze wnioski.

III. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał
Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

O przymocowaniu popłodu do wewnętrznej powierzchni macicy. Badanie przekrojów zamrożonych zwłok wieloródek, zmarłych w końcu ciąży, udowodniło niezbicie, że dolna część macicy, t. j. szyja, nie bierze w budowie jaja płodowego żadnego udziału, a ujścia zewnętrzne i wewnętrzne są aż do samego porodu zamknięte. Natomiast dwie górne części macicy, t. j. dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, oraz trzon z dnem są ściśle wytapetowane zapomocą popłodu. U pierwiastek szyja rozciąga się w ostatnim miesiącu ciąży, a dolna część jaja płodowego odkleja się częściowo od ścian dolnego odcinka, aby wytapetować owo powiększenie jamy macicy. Zrostu atoli błon z błoną śluzową szyi i u pierwiastek niema.

Pierwszy i drugi okres porodu zaczyna odklejać popłód, a trzeci kończy odklejenie i uskutecznia wydalenie popłodu na zewnątrz. Badanie wnętrza macicy pierwszych chwil połogu, oraz badanie popłodu wykazuje, że oddzielenie się popłodu następuje w ten sposób, że warstwa błony doczesnej dzieli się na dwie blaszki, z których jedna pozostaje w związku z umięśnieniem dwóch górnych części macicy, zaś druga, zrosła ściśle z kosmówką, opuszcza kanał rodny kobiety. Błona doczesna zatem odgrywa rolę kitu, umocowującego warstwę kosmówkową popłodu do umięśnienia macicy.

Dokładne spostrzeganie tego rozdartego kitu, tj. błony doczesnej, wyszłej z popłodem, a pozostałej w macicy, pozwala nam bliżej określić warunki przymocowania popłodu do wewnętrznej powierzchni umięśnienia macicy. Jak się morfologicznie zachowuje warstwa błony doczesnej w macicy pierwszych chwil połogu, opisałem dokładnie w mej poprzedniej pracy p. t. „Kwestya dolnego odcinka“, z której obszerny autoreferat znajduje się w Nrze 49 „Przeglądu lekarskiego“ z grudnia 1902. Tu pozostaje mi tylko podać te cechy charakterystyczne doczesnej, wyszłej z popłodem, które konieczne są dla wyjaśnienia zjawisk, spotykanych w trzecim okresie.

Warstwa doczesna błon. Jak wiadomo, błony makroskopowo składają się z następujących warstw: 1) owodniej; 2) wiotkiej tkanki, łączącej błonę owodnią z warstwą zewnętrzną, tj. 3) warstwą kosmówkowo-doczesną. Ta zewnętrzna warstwa bezwarunkowo nawet na drobnych przestrzeniach nie da się makroskopowo rozdzielić na dwie warstwy, tj. doczesną i kosmówkę, a jedynie badanie mikroskopowe może wykazać, która część należy do kosmówki, a która do doczesnej i pociągnąć między temi dwoma utkaniami ścisłą granicę. W razie odejścia popłodu siłami natury, gdy otwór pęknięcia pęcherza płodowego przedstawia otwór okrągły, mały, możemy przekonać się, iż warstwa kosmówkowo-doczesna aż do samego brzegu otworu jest utrzymaną.

W a r s t w a doczesnej łożyska. Jeżeli łożysko odwrócimy powierzchnią matczyną do góry, zmyjemy skrzepy, spłóczemy krew i wysuszymy bibułą, przekonywamy się, że cała powierzchnia jego okryta jest dość zbitą, cienką warstwą doczesnej, która okrywa i otula każdy zraz (kotyledon), oraz wyściela rowki między nimi. Głębokość rowków jest rozmaita; atoli z reguły (nawet przy najgłębszych) nie dosięga zbitej warstwy galarety Wartonowskiej, mieszczącej w sobie grube rozgałęzienia naczyń pępowinowych. Powierzchnia warstwy doczesnej jest z reguły gładką, to znaczy nie napotyka się na niej znaczniejszych strzępów, chyba gdzieniegdzie i to głównie w rowkach, lub ich najbliższem otoczeniu. Rozdzierając palcami zraz łożyska od strony matczynej, możemy ocenić grubość doczesnej następowej (nie przenosi zwykle grubości papieru), która barwą więcej białawą odbija od sinej warstwy kosmkowej, przyczem spostrzegamy, że co pewien odstęp, doczesna następowa daje wypustkę w głąb warstwy kosmków. Wypustka ta atoli z reguły nie dochodzi do warstwy naczyń grubszych. Szczypczykami nie udaje się oderwać nawet małych płateczków doczesnej bez naruszenia kosmków, co daje nam wyobrażenie o ścisłości zrostu tych dwóch warstw. Jeżeli ostrym nożem wytniemy na płask kawałeczek doczesnej następowej, pozostawiając przy niej tylko cieniutką warstewkę kosmków, następnie lekkim prądem wody wypłóczemy krew z przestworów międzykosmkowych i ułożymy preparat na szkle, to już gołem okiem możemy śledzić przy pomocy igły związek kosmków z doczesną następową. Jeżeli przypadkiem nie wypłókaliśmy z niektórych naczyń kosmków krwi, to możemy cieniuchne niteczki czerwone śledzić w kosmkach, zostających już w najściślejszym związku z doczesną następową Gołem okiem już możemy ocenić, że połączenie doczesnej następowej z kosmkami jest związkiem nie do rozplątania.

Zachowanie się doczesnej następowej n a b r z e g a c h ł o ż y s k a, wydalonego siłami natury, najlepiej badać gołem okiem na przekrojach prostopadłych. Na rozkroju takim widzimy: 1) od wewnątrz owodnię, 2) wiotką tkankę łączną, 3) warstwę kosmówki; *a*) z b i t s z ą, mieszczącą w sobie grubsze naczynia, które są bezpośredniemi rozgałęzieniami naczyń pępowiny, *b*) wiotszą klinowatą warstwę kosmkową, okrytą od zewnątrz zapomocą 4) doczesnej następowej, która z jednej strony przechodzi w doczesną zagiętą, zaś z drugiej strony na wewnętrzną powierzchnię podowodniową łożyska, otulając warstwę brzeżną kosmkową łożyska. Tu zajmuje ona mniejszy lub większy obręb górnej powierzchni brzegu łożyska, przyczem bardzo szybko cieńczeje i gubi się. Zbita warstwa kosmówkowa brzegu łożyska, mieszcząca w sobie bezpośrednie rozgałęzienie naczyń pępowiny, przechodzi bezpośrednio w warstwę kosmkową błon.

W doczesnej brzegu łożyska pogrążony jest przestwór żylny okrężny, co do budowy analogiczny do kanalików Fontany oka. Przy badaniu większej ilości łożysk przekonać się można, że równie należy do wyjątków przypadek, gdzieby ów kanał brzeżny obejmował brzeg łożyska dookoła, jak i całkowity brak tegoż. Regułą jest, że kanał ten obejmuje pewną część brzegu łożyska, mniej lub więcej dużą. Ściany tego kanału są b a r d z o c i e n k i e, światło szczelinowate; jeżeli z łożyska i przybrzeżnych błon zdejmiemy owodnię, a górną ścianę przewodu rozetniemy wzdłuż przebiegu, poczem bardzo ostrożnie wyjmiemy pasmowe skrzepy krwi z wnętrza, to zauważymy, że powierzchnia wewnętrzna tego przewodu jest gładką, lśniącą, białawą; widzimy dalej szereg otworków mniejszych i większych, około których błona wewnętrzna przewodu tworzy listewki półksiężycowate. Otworki te należą do żył, które to żyłki niekiedy śledzić możemy na pewnej przestrzeni doczesnej łożyska i błon. Zwykle atoli żyły, odprowadzające krew z przewodu żylnego okrężnego, urywają się tuż przy przewodzie tak, że wtedy owe otworki wprost prowadzą na powierzchnię zewnętrzną doczesnej. Ściana przewodu żylnego okrężnego, przylegająca do łożyska, również przedstawia szereg otworków z listewkami półksiężycowatemi, przez które to otworki widać kosmki. Zgniatając brzeg łożyska, możemy spostrzegać, jak krew z przestrzeni międzykosmkowych brzegu łożyska nabiega tymi otworkami do owej żyły okrężnej. Często trafia się, że ten żylny przewód graniczny nie jest pojedynczym, ale światło jego jest listwami podzielone na dwa lub więcej równoległych przewodów, niekiedy nawet zupełnie odrębnych od siebie. Krew więc matczyna z przestrzeni międzykosmkowych wychodzi z jednej stony wprost żyłami doczesnej do żył umięśnienia miejsca łożyskowego, z drugiej strony zbiera się najpierw w okrężnym kanale żylnym, podobnym do z a t o k i o p o n y t w a r d e j o p o n m ó z g o w y c h, a stąd dopiero uchodzi do żył macicznych.

W opisie błony doczesnej następowej łożyska zwróciliśmy uwagę na fakt, że związek kosmków z doczesną następową jest ścisłym; obecnie zadać sobie musimy pytanie, czy w warunkach fizyologicznych warstwa kosmkowa w całości zostaje wydaloną na zewnątrz, czy też może niektóre kosmki, głębiej zrosłe z doczesną, zostają w macicy, zwłaszcza, iż autorowie, badający bliżej tę sprawę, utrzymują, że związek kosmków z doczesną jest analogiczny do tego, jaki zachodzi między nowotworem złośliwym, a otaczającą go tkanką, z której wyrósł. Na pytanie powyższe odpowiedzieć musimy, że p r z y f i z y o l o g i c z n e m w y d a l e n i u p o p ł o d u ż a d e n k o s m e k n i e z o s t a j e n a r u s z o n y, c z y l i c a ł a w a r s t w a k o s m k o w a z o s t a j e w y d a l o n ą n a z e w n ą t r z. Jeżeli bowiem do łożyska nienaruszonego, urodzonego siłami matki, odwróconego do góry powierzchnią matczyną, wstrzykniemy przez żyłę pępowinową 100—200 gramów wody, to przekonujemy się, że mimo energicznej erekcyi łożyska powierzchnia matczyna n i g d z i e n i e p r z e p u s z c z a a n i k r o p l i p ł y n u. Widzimy, że wszystkie grubsze zrazy w samym swym środku odbarwiały się, z sinych stały się białawo-żółtymi, a więc, że w nich kosmki zawierają wodę. Najdrobniejsze sztuczne zranienie doczesnej następowej przepuszcza kroplami płyn wstrzykiwany.

Ponieważ fizyologiczne oddzielanie się popłodu od wewnętrznej powierzchni macicznej następuje w ten sposób, że warstwa doczesnej rozdziera się na dwie blaszki, więc siła umocowania popłodu jest zależną od spójności doczesnej i mniejszej, lub większej oporności na rozdarcie. Chcąc głębiej wniknąć w mechanizm 3-go okresu, musimy odpowiedzieć sobie na następujące pytania: 1) Czy błona doczesna, odgrywająca rolę kitu, jest na całej powierzchni wewnętrznej macicy jednakowo oporną na rozdarcie, czy też nie? 2) Czy siła przyklejenia łożyska zależy od lokalizacyi miejsca łożyskowego, czy nie? 3) Czy łożysko silniej jest przymocowane do miejsca łożyskowego, niż błony, czy też nie? 4) Wreszcie czy łożysko całą swą powierzchnią jest jedna-

kowo silnie przymocowane, czy też może brzegami silniej, niż resztą powierzchni?

Ad 1) W pracy mojej p. t. „Kwestya dolnego odcinka“ wykazałem, że doczesna okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka zupełnie inaczej się morfologicznie zachowuje, niż doczesna trzonu i dna. Na podstawie rozbioru znaczenia fałdów błon w macicy maksymalnie ściągniętej wyraziłem przekonanie, że błony do okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka muszą być co najmniej dwa razy silniej przymocowane, niż do mięśni reszty jamy macicy. Twierdzenie to, dla zrozumienia mechanizmu 3-go okresu zasadniczej wartości, jest w zgodzie: *a)* z badaniami mikroskopowemi nad doczesną dolnego odcinka, uskutecznionemi przez Küstnera, *b)* z doświadczeniami fizycznemi nad fałdowaniem się przedmiotów, przyklejonych do plat elastycznych retrahujących się, wreszcie *c)* z bezpośrednią obserwacyą kliniczną przebiegu 3-go okresu. („Przegląd lekarski“ z sierpnia 1903, Nr. 34, 35, 36).

Ad 2) Jeżeli błony silniej są przymocowane zapomocą błony doczesnej zagiętej do mięśni dolnego odcinka i okolicy pierścienia skurczowego, niż do mięśni trzonu i dna, to nieodparcie nasuwa się przypuszczenie, że w razie częściowej lub całkowitej lokalizacyi miejsca łożyskowego w okolicy pierścienia skurczowego lub dolnego odcinka, łożysko tu będzie silniej przymocowane, niż na tej części miejsca łożyskowego, które leży w trzonie lub dnie. Jeżeli doczesna zagięta tej środkowej części macicy jest oporniej zbudowaną na rozdarcie, niż doczesna trzonu i dna, to niewątpliwie i doczesna następowa w tej okolicy również te właściwości zachowa. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach Ahlfelda, który zauważa, że w przypadkach łożyska przodującego bardzo często trzeba łożyska zręcznie odklejać, bo są one przyrośnięte. (Ahlfeld: Z. für G. und G. B. 16, S. 314). Pozytywne stwierdzenie atoli tej hipotezy może dać tylko bezpośrednie anatomiczne spostrzeganie, które wykaże zasadnicze różnice morfologiczne w doczesnej następowej odpowiednich działów macicy.

Ad 3) Na pytanie, co jest silniej przymocowane, czy łożysko do miejsca łożyskowego, czy błony do powierzchni wewnętrznej macicy (oczywiście w tym samym odcinku macicy), odpowiedź musi wypaść w ten sposób: że łożysko jest silniej umocowane, niż błony, albowiem co do oporności na rozdarcie błony doczesnej tu i tam, wchodzi w grę nietylko spójność doczesnej następowej, podobnie jak przy błonach spójność doczesnej zagiętej, ale także większa grubość naczyń, przetykających doczesną następową. Jeżelibyśmy o błonach powiedzieli, że są one do wewnętrznej powierzchni macicy przyklejone, to o łożysku musimy powiedzieć, że jest ono i przyklejone i przyszyte do miejsca łożyskowego. Naczyń, jako czynnika potęgującego oporność na rozdarcie błony doczesnej, nie można atoli zbytnio przeceniać, bo ściany ich są wogóle bardzo cienkie, tętniczki zaś o bardzo wązkiem świetle, a więc także o małej sile spójności. Obserwacya łożysk, urodzonych siłami natury, poucza nas o sposobie odklejania się łożyska. Widzimy, że doczesna następowa łożyska przedstawia błonę o powierzchni gładkiej, gdy naodwrót miejsce łożyskowe jest nierówne, a warstwa doczesnej jego strzępiastą. Wynika z tego, że naczynia doczesnej następowej przy odklejaniu się łożyska niejako się z niej wypruwają z jej części przyłożyskowej i urywają się już w cieńszych rozgałęzieniach w bezpośredniem sąsiedztwie warstwy kosmkowej łożyska, co zresztą bezpośrednio obserwować można na żyłach. odprowadzających krew z przewodu żylnego okrężnego. Oprócz wyżej przytoczonego rozumowego dowodu na poparcie hipotezy o silniejszem przymocowaniu łożyska, niż błon, możemy przytoczyć jeszcze obserwacyę fałdów błon i brzegu łożyska w macicy maksymalnie ściągniętej. Widzimy tu, że z chwilą, gdy fałdy przechodzą na brzeg łożyska, stają się one węższe, mimo, iż grubość, a więc i niepodatność fałdującego się przedmiotu wzrosła, czyli, że kit musi być silniejszy. Fakt tej większej siły przymocowania łożyska można wreszcie stwierdzić bezpośrednio, odrywając na odpowiednim preparacie błony i brzeg łożyska.

Ad 4) Pozostaje w końcu rozpatrzeć kwestyę, czy łożysko w całości jest jednakowo silnie przymocowane, czy też może brzegi silniej, aniżeli reszta łożyska, a względnie jego środek. Tę ostatnią ewentualność przyjmują dziś w literaturze, twierdząc, że brzeg łożyska jest silniej przymocowany zapomocą t. zw. „Schlussplatte Winklera“, (tj. błony doczesnej brzegu łożyska, która częściowo przechodzi na górną powierzchnię łożyska), aniżeli reszta łożyska zapomocą doczesnej następowej, a twierdzenie to spożytkowują dla wyjaśnienia, dlaczego środek łożyska się wypukla w mechanizmie Schulzego.

Otóż za przyjęciem hipotezy silniejszego umocowania brzegu łożyska nie jestem, albowiem nie widzę żadnych racyonalnych przyczyn, przemawiających za nią. I tak: 1) fakt, iż łożysko w trzecim okresie wypukla się przedewszystkiem w środku, jest dowolnie przyjęty i z bezpośrednią obserwacyą kliniczną ogromnej większości przypadków się nie zgadza. W wyjątkowych zaś razach, gdzie się to zdarzyć może, jak np. w razie umiejscowienia łożyska w dnie macicy, nie potrzebujemy wcale przyjmować hipotezy słabszego umocowania środka, a silniejszego brzegu, dla wytłómaczenia zjawiska wypuklenia się środka łożyska, bo zjawisko to da się daleko prościej wytłómaczyć skurczeniem się miejsca łożyskowego i korzystniejszymi warunkami dla odklejenia się właśnie środka łożyska, z tego powodu, iż ten środek jest w danym razie grubszy i trudniej składa się w fałdy, niż brzegi, oraz sąsiadujące z nim błony. Mówię „w danym razie“, bo nie zawsze środek łożyska jest najgrubszy; owszem, najgrubszą częścią łożyska może być jedna z części brzegu. Wszystko zależy od punktu przyczepu pępowiny. Jeżeli przyczepienie się pępowiny jest poza punktem środka lub brzeżne, to zraziki w pobliżu przyczepu pępowiny, a więc na tymże brzegu łożyska są najgrubsze, zaś na przeciwległym brzegu najcieńsze. Grubość zrazików zależy od większego lub mniejszego rozwoju warstwy kosmków. Oddalenie punktu przyczepu pępowiny wpływa zaś na rozwój kosmków z następujących powodów: dwie tętnice i jedna żyła pępowinowa rozgałęziają się tuż pod owodnią na wewnętrznej powierzchni łożyska; rozgałęzienia te mają tem grubsze światło, im bliżej są punkta przyczepu pępowiny. Jeżeli jeden z tych pni, staramy się odpreparować w przebiegu, przekonywamy się iż oddaje on co chwila prostopadłe krótkie gałęzie do zrazów, które zeszedłszy nieco w głąb, rozpadają się na masę cieniuchnych niteczek na sposób kropidła; im z cieńszego zaś rozgałęzienia naczyń pępowiny bierze początek to kro-

pidło, tem jest ono uboższe w naczyńka i naodwrót. Kosmek zaś jest w miniaturze zbudowany analogicznie jak pępowina, to znaczy, że ostateczne rozgałęzienia tętnicze i żylne są otoczone galaretą Wartona, a ta zaś otoczoną jest za pomocą „syncytyum", t. j. warstwą komórek o znaczeniu fizyologicznem śródbłonka. Jeżeli przedrzemy palcami zraz łożyska i następnie puścimy na miejsce rozdarte lekki prąd wody, możemy obserwować gołem okiem, jak kosmki na sposób tkaniny ułożonej z drobnych niteczek bujają swobodnie w prądzie wody. Bez użycia więc mikroskopu możemy stwierdzić, że kosmki na pewnej swej długości przedstawiają odrębności od kosmków sąsiednich i nie tworzą razem zbitej tkaniny, ale kłębek nitek splątanych. Przestwory między nitkami są wypełnione krwią matczyną. 2) Nie widzę racyonalnego powodu, dlaczegoby spójność doczesnej brzegu łożyska — w warunkach fizyologicznych oczywiście — miała być większą, niż spójność reszty doczesnej następowej, a względnie błon, jeżeli brzeg łożyska będzie w tym samym odcinku macicy umiejscowiony, co i reszta łożyska. Jedna tylko okoliczność mogłaby nam tłómaczyć hipotetyczną większą spójność umocowania brzegu łożyska, a mianowicie: iż doczesna brzegu łożyska mieściw sobie żyłę okrężną, której odpływy żylne przetykają, a tem samem i uodporniają na rozdarcie tę część doczesnej. Atoli zachodzi poważna wątpliwość, czy żyły odpływowe z zatoki żylnej mają grubszą średnicę, niż żyły w reszcie łożyska i czy są oporniejsze na rozdarcie, niż tam. W dodatku obecność żyły bocznej nie jest stałą, a zachowanie się jej w poszczególnych przypadkach różne, odnośnie co do długości, średnicy, grubości żył odpływowych itd. Jednem słowem: dla wytłómaczenia mechanizmu 3-go okresu możemy się obejść bez hipotezy silniejszego umocowania brzegu łożyska, aniżeli reszty łożyska, a dowodów pozytywnych na jej poparcie nie mamy żadnych. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Pozostaje nam do omówienia kwestya, kiedy operować i jaką wybrać metodę? Stronę techniki operacyjnej, jako rzecz specyalną i mogącą obchodzić jedynie szczupłe grono chirurgów, narazie pomijamy.

Wszyscy doświadczeni operatorowie godzą się na to, a na ich zdanie pisać się można nawet bez specyalnego doświadczenia, że powinno się o ile możności operować po napadzie ostrym. Wtedy bowiem tylko operować możemy jako tako aseptycznie i na tkankach jędrnych, które szew nasz dobrze wytrzymują. Zdarzają się jednak przypadki, kiedy nie mamy czasu na odczekanie ostrego nawału i spełniając obowiązek, operujemy mimo gwałtownego procesu zapalnego, czyto w pęcherzyku, czy też w drogach żółciowych. Operujemy wówczas w tkankach zapalnie nacieczonych, kruchych, nadzianych zjadliwemi bakteryami i kończymy operacyę niepewni wyniku, oczekując zejścia takiego, jakie Bóg da.

Nie tak łatwo o zgodę lub choćby jakie takie porozumienie, gdy chodzi o wybór metody operacyjnej. Jest bowiem w czem wybierać. Do niedawna było jeszcze tak, że we Francyi najczęściej wycinano pęcherzyk wraz z kamykami, w Anglii nacinano go tylko, a po wyjęciu kamyków zaszywano napowrót; w Niemczech zaś najczęściej stósowaną była cholecystostomia. Dziś zaznacza się pewien ogólny zwrot ku postępowaniu radykalniejszemu.

Drogę najprostszą i najłatwiejszą wskazała nam sama przyroda, wytwarzając przetoki z pęcherzyka przez powłoki brzuszne na zewnątrz. Taką cystostomię możemy wytworzyć sztucznie, postępując jużto dwuczasowo, już też jednoczasowo. Z tych dwu odmian, ostatnia tylko dziś jeszcze bywa stósowaną. Doświadczeni radzą, aby w każdym przypadku, w którym zamierzamy wykonać ten zabieg, powłoki brzuszne rozciąć na większej przestrzeni i ułatwić sobie w ten sposób dokładne zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych, a zwłaszcza, aby nie przeoczyć kamyka w przewodzie żółciowym, zrostów uciskających żołądek lub dwunastnicę itd. Wyłączenie pęcherzyka z jego czynności na czas kilku tygodni wystarcza samo przez się, aby wyleczyć kamieniotwórczy nieżyt pęcherzyka (Naunyn).

Pomimo dobrych wyników bezpośrednich (i późniejszych) i pomimo małej śmiertelności po tej operacyi (u Kehra $2 \cdot 1\%$), cystostomię jednoczasową wypiera z użycia operacya bardziej radykalna, t. j. wycięcie pęcherzyka. Podana w r. 1883 przez Langenbucha, dziwne przechodziła koleje. Nazwana przez Lawsona Taita krótko i węzłowato „absurdem chirurgicznym", uległa najpierw zapomnieniu, potem zawojowała dla siebie Francyę (Michaux, Schwartz, Gerard-Marchant i in.); następnie Amerykę, a w ostatnich dopiero czasach coraz częściej i na większe rozmiary używaną bywa w Niemczech. Riedel, najpierw zagorzały zwolennik cystostomii dwuczasowej, potem gorący rzecznik cystostomii jednoczasowej, posługuje się obecnie jak najczęściej cystektomią. Podobnie było u Kehra, Czernego i in. Dziś zatem wycięcie woreczka żółciowego przedstawia się jako owoc długiego i wielkiego doświadczenia praktycznego, zatem idea Langenbucha nie była „absurdem", jeno ziarno to zdrowe i plenne padło na nieodpowiednią rolę i w nieodpowiedniej porze. Do wyboru tej metody skłania chirurgów wiele przyczyn: 1) Od czasu do czasu spostrzegamy po cystostomii przetoki żółciowe i śluzowe, nie dające się inaczej usunąć, jak przez powtórny zabieg, niekiedy nawet tylko przez wycięcie woreczka żółciowego. 2) Pęcherzyk żółciowy jest jeżeli nie jedynem, to głównem miejscem wytwarzania się kamyków. Zatem usuwając woreczek, zmniejszamy prawdopodobieństwo nawrotu cierpienia. 3) Już po wygojeniu się przetoki po cystostomii przewód pęcherzykowy uledz może zarośnięciu (skutkiem owrzodzeń), a potem puchlinie. Stan ten zaś powoduje takie i tyle dolegliwości, że następowo musimy przystępować do cystektomii. 4) Po wycięciu woreczka stosunki anatomiczne mogą się znakomicie wyjaśnić, co ewent. uchroni chirurga od przeoczenia drobnych kamyczków w przewodzie pęcherzykowym, przewodzie żółciowym, lub wątrobowym. 5) Rozumie się, że w przypadkach, w których znajdziemy ściany woreczka bardzo zmienione tak, że *a priori* wykluczyć możemy, by narząd tak zmieniony mógł jeszcze w przyszłości funkcyonować, a samo przez się rozumie się, że i w przypadkach raka,

istnieje bezwzględne wskazanie do jego wycięcia. 6) Wreszcie do wyłuszczenia woreczka zachęca wzgląd na małe znaczenie fizyologiczne tego narządu. Ludzie, obarczeni kamykami w przewodzie pęcherzykowym, wzgl. w szyjce pęcherzyka, obywają się bez tego narządu całemi latami i poza napadami czują się względnie dobrze.

Nigdy jednak nie należy wpierw wycinać pęcherzyka, zanim nie poinformujemy się możliwie dokładnie o stanie anatomicznym reszty dróg żółciowych. Wyczuwamy kamyk w przewodzie żółciowym wspólnym, wykonujemy choledochotomię i teraz dopiero się przekonujemy, że żółć, wypływająca z przewodu wątrobowego, jest mętną, więc napewno zakażoną.

Nie posiadamy lepszego środka na zwalczenie tego zakażenia, jak dokładne i przez dłuższy czas podtrzymywane sączkowanie przewodu wątrobowego. Uskutecznić zaś to możemy dwojakim sposobem: albo 1) naśladując Riedla, zaszyć ranę w przewodzie żółciowym wspólnym, przez utrzymany zaś i otworzony pęcherzyk żółciowy wszyty w powłoki brzuszne, sączkować drogi żółciowe, lub też 2) idąc w ślady Kehra, rozszerzyć ku górze ranę w przewodzie żółciowym, zająć cięciem i przewód wątrobowy i włożyć w przewód sączek odpowiedniej grubości. Jedna i druga metoda ma swoje dobre i złe strony, ma przeciwników i zwolenników. Trzeba posiadać duże doświadczenie, aby módz z przekonania oświadczyć się za jednem lub drugiem postępowaniem.

W razie uwięźnięcia kamyka w odcinku śróddwunastniczym przewodu żółciowego operacya może się stać bardzo trudną i niebezpieczną, w każdym jednak razie powinna być wykonaną. Nie wolno obchodzić tej trudności przez wykonanie łatwiejszej n. p. cholecystenterostomii. Od czasu, jak przekonano się, że tak cystiko- jak i choledochotomia nie są zabiegami ani tak trudnymi, ani tak niebezpiecznymi, za jakie je pierwotnie uważano, zgniatanie kamyków, tkwiących w tych przewodach, wychodzi (i słusznie) coraz bardziej z użycia. Przy bardzo nawet troskliwem miarkowaniu siły, nigdy na pewno wykluczyć nie możemy, czy równocześnie nie zgniatamy błony śluzowej, patologicznie już i tak zmienionej. Następstwa zaś takiego zranienia mogą być nieobliczalne: stąd rozpocząć się może nowe zakażenie, stąd z czasem powstać może blizna, zwężająca przewód, lub nawet prowadząca do zupełnego jego zarośnięcia.

Wyjątkowo tylko zwężenie przewodu żółciowego wspólnego bywa następstwem zmian, towarzyszących kamicy żółciowej, a nigdy z tej przyczyny przewód ten nie zarasta. Więc też kamica żółciowa, jako taka, nigdy nie daje wskazania do założenia przetoki między pęcherzykiem a przewodem pokarmowym. Natomiast w niektórych powikłaniach tego cierpienia, jak w przypadku raka przewodu żółciowego, lub śródmiąższowego zapalenia trzustki i t. d. cholecystjejunostomia może chorym świadczyć nie małe usługi. Inni, np. Kehr, szczególnie często i z pewną niejako predylekcyą tworzą przetoki między pęcherzykiem a żołądkiem i żadnych stąd szkód nie dostrzegają.

Wreszcie przypomnieniem, że w odpowiednim razie rozerwać należy zrosty zaciskające dwunastnicę, poprzecznicę i t. d., ewentualnie nawet wykonać gastroenterostomię, wyczerpujemy rejestr operacyi, typowych i najczęściej wystarczających, aby uczynić zadość wskazaniom, wynikającym z kamicy żółciowej samej i jej powikłań.

U nas niema prawie wcale chirurgii dróg żółciowych. Trudno rozsądzać, czy to zjawisko jest dobre, czy złe, normalne, czy nienormalne. Są jednakowoż wszelkie podstawy ku temu, aby się spodziewać, że w przyszłości i ta gałąź chirurgii u nas zakwitnie. Wszakżeż w kilku latach, w czasach, które wszyscy pamiętamy, przyjęła się i na naszym gruncie skolekoidektomia. W Ameryce, Francyi, Niemczech i t. d. oddawna już pisano o zapaleniu wyrostka robaczkowego, o operacyach wczesnych w tem cierpieniu i t. d., kiedy u nas jeszcze po staremu mówiono o *typhlitis*, a chirurdzy mieli jeno sposobność otwierać duże ropnie okołokątnicze. Jakżeż inaczej dziś się dzieje! Dziś operujemy w skolokoiditis najchętniej i najczęściej już po skończonym szczęśliwie napadzie, operujemy zatem ze względów profilaktycznych, aby zapobiedz nowemu napadowi, a nie ze wskazań koniecznych. Oczywiście, że gdzie się tego potrzeba okaże, operujemy i z ostatnich wskazań. Doświadczenie poucza, że stanowisko, jakie zajęliśmy, jest dobrem, a jeśli je kiedy opuścimy, to chyba na to, aby się jeszcze bardziej posunąć na lewo. Najlepszą miarą słuszności zapatrywań naszych chirurgów na kwestyę *skolekoiditis* jest to, że podzielają je lekarze i publiczność, na rękę idąc dobrej woli chirurgów. Kamica żółciowa w swych formach i przebiegu wiele okazuje analogii do zapaleń wyrostka robaczkowego; spodziewać się więc należy, że z czasem zmienią się poglądy na leczenie tego cierpienia, jak się zmieniły w kwestyi terapii zapalenia wyrostka robaczkowego.

* * *

V. Oceny i sprawozdania.

Bernhardt (Berlin): **Die Verletzungen des Gehörorganes besonders auch ihre Beziehungen zum Nervensystem. Forensische Abhandlung.** (*August Hirschwald*, Berlin, 1903).

Sprawa ubezpieczenia od wypadków nabiera z każdym dniem większej doniosłości dla społeczeństwa: wszelka książka, zajmująca się orzeczeniem i oceną lekarską uszkodzeń narządu słuchowego zasługuje na większą uwagę Praca Dra Bernhardta skupia w sobie cały postęp teoretyczny i doświadczalny, który zdobyły nauka i życie praktyczne w ostatnich czasach. Na wstępie przytacza autor prawodawstwo karne i cywilne, wymagające wkroczenia lekarza jako rzeczoznawcy; w części następnej, ogólnej, zastanawia się on nad stosunkiem wymienionych we wstępie uszkodzeń ogólnych do urazów narządu słuchowego. Z tego stanowiska omawia zejście śmiertelne, utratę słuchu, mowy i wzroku, charłactwo, obłąkanie, zeszpecenie i t. p. cierpienia, o ile one wyniknąć mogą pośrednio lub bezpośrednio w następstwie uszkodzeń ucha; roztrząsa dalej pojęcie niebezpiecznego narzędzia, zaniedbania, nieszczęśliwego wypadku, oszacowanie stopnia niezdolności zawodowej, udawanie, wpływ choroby usznej na poczytalność i inne szczegóły z uwzględnieniem ich znaczenia sądowo-lekarskiego. Do charłactwa, występującego po chorobach usznych, należą: dokuczliwy szum w uszach, pozbawiający snu, ochoty do pracy i do życia i t. p.; zboczenia umysłowe, oraz ciężkie przypadki macinnicy, zdarzającej się po chorobie usznej (*ototraumatische Hysterie*). Natomiast nie należy zaliczać do charłactwa, przewlekłego ropienia usznego nawet obfitego. W części szczegółowej omawia autor kolejno uszkodzenia i ich następstwa poszczególnych części narządu słuchowego, postępując od zewnątrz ku wewnątrz, od małżowiny do ośrodkowych narządów zmysłu słuchowego. Na szczególną uwagę tu zasługuje przedstawienie uszkodzeń, wywołanych przez ciała obce w uchu, pęknięcie błony bębenkowej i innych.

Skrzętne zużytkowanie piśmiennictwa ostatniego dzie-

sięciolecia i przytoczenie pouczających przypadków kazuistycznych, a szczególnie przytoczenie z piśmiennictwa wszystkich czynników i doświadczeń, służących do zlokalizowania przyczyny niedosłyszenia i do zdemaskowania udawania ze strony rzekomo uszkodzonego, stanowi nie małą zaletę tego dzieła. W bardzo cennych uwagach końcowych streszcza autor pokrótce zasady i wskazówki, któremi kierować się należy przy ocenianiu i orzeczeniu urazowych cierpień usznych i ich następstw pod względem sądowo-lekarskim. Książka ta, o ile idzie o orzeczenie i o ocenę uszkodzeń usznych ze stanowiska lekarza sądowego i rzeczoznawcy, stanowi wyborny przewodnik nie tylko dla specyalistów, dla lekarzy towarzystw ubezpieczeń, fabrycznych i sądowych, lecz także dla lekarza praktycznego, który również nieraz znaleźć się może w położeniu rzeczoznawcy, choć tylko jako sędzia polubowny, a w wykonywaniu swego zawodu spotykać się może nieraz z przypadkami trudnymi do ocenienia. *Spira.*

VI. Wyciągi.

Koehne. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego między szmerem pępowinowym a sercowym płodu i do wskazań przy wadzie sercowej płodu, rozpoznanej podczas porodu.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 1, 1303). Zwykle szmery, słyszalne przy osłuchiwaniu macicy ciężarnej, a nierównoczesne z tętnem matki, odnosimy do t. zw. szmerów pępowinowych. Różne są zapatrywania autorów co do ich powstania. Większość zgadza się na to, że są one następstwem przeszkód w krążeniu naczyń pępowinowych, powstałych skutkiem okręcenia pępowiny około jakiejś części ciała płodu, węzłów pępowiny i t. p.; inni sądzą, że przeszkoda ta leży w miejscu przejścia naczyń pępowinowych przez pierścień pępkowy (Hecker). Niektórzy znowu sądzą (Scanzoni, Bumm, Attensamer), że szmer ten jest wprawdzie następstwem jakiegoś ucisku na pępowinę, ale, że on powstaje i jest słyszalny w sercu płodu, zresztą zupełnie zdrowem. Autor badał w tym kierunku cały szereg ciężarnych i rodzących, również i płody zaraz po urodzeniu i przekonał się, że szmer pępowinowy niema nic wspólnego z sercem płodu i powstaje istotnie tylko wskutek przeszkody w krążeniu naczyń pępowinowych, gdzie też jest słyszalny. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem, jak to zresztą wykazały bardzo zajmujące doświadczenia, mogą powstać szmery w sercu płodu, mimo że ono anatomicznie jest zupełnie prawidłowe; jeżeli mianowicie płód, znajdując się w niebezpieczeństwie życia, zwykle tylko przejściowem, np nierzadko w II-gim okresie porodu, wykonuje przedwczesne wdechy; skutkiem tego powstają wahania w ciśnieniu krwi i wiry, które, udzielając się zastawkom w sercu, wywołują w niem nie tony, ale szmery. Stany te, a więc i szmery, są rzadkie i tylko przejściowe, przypadkowe. Natomiast zdarzają się przypadki, gdzie czystych tonów serca płodu stale nie można usłyszeć, gdzie więc możnaby myśleć o organicznej wadzie serca. Autor opisuje właśnie przypadek przez siebie spostrzegany, gdzie przy osłuchiwaniu rodzącej przez powłoki brzuszne słyszał bardzo głośny dmuchający szmer, nierównoczesny z tętnem matki, 140 razy na minutę, na znacznej przestrzeni, najwyraźniej jednak tylko w jednem miejscu: tonów serca nie można było słyszeć mimo kilkogodzinnej obserwacyi. Na tej podstawie rozpoznał wadę serca płodu. Nagle po $1^1/_2$ godzin szmery te osłabły, stały się nieregularne, wreszcie zupełnie ustały. Po trzech godzinach urodził się płód dobrowolnie, świeżo obumarły, ważący 4308 grm., 53 ctm. długi. Sekcya serca płodu wykazała, że jest ono trzy razy większe i cięższe, niż prawidłowe u noworodka, ważyło 63 grm.; serce prawe znacznie przerosłe, na miejscu zastawek półksiężycowych znaleziono tylko malutkie brodaweczki, ujście tętnicze prawe znacznie zwężone, w przegrodzie komorowej otwór, przepuszczający mały palec. Omawiając bardzo szczegółowo przyczyny powstania tej wady serca, dochodzi autor do przekonania, że tu nie idzie o następstwo śródmacicznego zapalenia wsierdzia, lecz o nieprawidłowe założenie i rozwój jaja. W piśmiennictwie znalazł autor tylko 7 przypadków wady sercowej płodu, rozpoznanej w życiu śródmacicznem i potwierdzonej po jego urodzeniu się; podaje ich historye i omawia krytycznie. Na podstawie tych przypadków twierdzi autor, że wadę serca płodu w życiu śródmacicznem można rozpoznać, jeżeli słyszymy przez powłoki brzuszne rodzącej szmer głośny, szorstki, stale występujący i zawsze z równem nasileniem, nierównoczesny z tętnem matki, przyczem nigdy i nigdzie nie dają się słyszeć tony serca, wreszcie jeżeli szmer ten, słyszalny na całej powierzchni brzucha rodzącej, występuje najwyraźniej w jednem miejscu, odpowiadającem okolicy serca płodu. Szmer pępowinowy jest głuchszy, chuchający, miękki; nasilenie jego jest w różnym czasie różne i często zależne od ruchów płodu i od położenia rodzącej; wreszcie przy dokładnem kilkakrotnem osłuchiwaniu można się przecież dosłuchać i tonów serca. W końcu usprawiedliwia się niejako autor, dlaczego widząc płód w niebezpieczeństwie życia, nie starał się szybko ukończyć porodu i przechodzi tem samem do pytania: czy niebezpieczeństwo życia takiego płodu, u którego rozpoznano wadę serca, stanowi wogóle wskazanie do sztucznego rozwiązania kobiety? Matka znajdowała się dopiero w I. okresie porodowym, a płód był w położeniu miednicowem; wykonując więc szybko wyciągnięcie płodu, naraziłby matkę niewątpliwie na przedarcia szyjki, krwotok i inne mogące stąd wyniknąć następstwa, a ostatecznie urodziłby się płód może żywy, ale zamało odporny do dalszego życia. Z powyższych 7 płodów tylko 2 żyły dalej, jak długo? niewiadomo. Vierordt obliczył długość życia dzieci, urodzonych ze zwężeniem ujścia tętniczego prawego, na 9·36 lat, a przy zarośnięciu tegoż na 3·27 lat; przy równoczesnej komunikacyi między komorami na 11·76 lat; nadto wykazano, że dzieci takie nie są zdolne rozwinąć się ani fizycznie, ani umysłowo; wreszcie dzieci takie usposobione są do nabycia rozmaitych chorób, a szczególnie gruźlicy. Na podstawie tych rozważań dochodzi autor znowu do twierdzenia, że rozpoznawszy wadę sercową u płodu, nie należy się nigdy kusić tylko w interesie takiego płodu o wykonanie jakiegoś zabiegu, któryby narażał matkę na jakiekolwiek niebezpieczeństwo: przeciwnie jest naszym obowiązkiem, bez względu na chory płód poród tak prowadzić, aby on się odbył dobrowolnie z możliwem oszczędzeniem matki.

Dr. E. Ehrenpreis.

E. Landergren. **Badania nad rozpadem białka u człowieka.** (*Skand. Archiv für Phys.* T. 14, str. 112. Według obszernego referatu w „Fortschr. der Mediz.“ T. 21, 1903). Wiemy oddawna, że węglowodany w wyższym stopniu posiadają własność uszczuplania rozpadu białka w ustroju, niż tłuszcze. Autorowi udawało się przez podawanie węglowodanów w ilości przewyższającej zapotrzebowanie, obok znikomo małej ilości białka i tłuszczów, obniżyć wydzielanie azotu w moczu poniżej wartości, wydzielonej w stanie głodu: 3·35 do 3·76 N. dziennie. W dalszych doświadczeniach pokrywał L. tłuszczami połowę zapotrzebowania energii, zresztą podawał węglowodany i zaledwie 1·0 N. Zauważył przytem, że zużywanie białka ustrojowego było prawie w ścisłym stosunku do wagi ciała. Na 1 klgr. wydzielało się moczem u czterech badanych osób 0·049 do 0·54 azotu dziennie. Z powodu tej stałej wartości wydzielanego na 1 klgr. ciała azotu uważa autor badanie przemiany białka przy dyecie wyżej podanej, prawie wolnej od azotu, za szczególnie nadające się do badania wpływu chorób, środków lekarskich itd. na rozpad białka w ustroju. Ta metoda daje zdaniem autora raczej, niż zwykłe badanie przemiany materyi w równowadze azotowej, możność wykrycia już drobnych zaburzeń z rozpadzie białka. Badanie bowiem zapomocą tej metody dokonuje się w warunkach, wykluczających potrzebę pokrywania wydatków pracy ustroju białkiem dowiezionem, wskutek czego jasno obejmujemy liczby azotu, wynikłe z rozpadu samego białka tkankowego. Rozpad białka potęguje się jeszcze bardziej, gdy z pokarmu wyłączy się obok azotu i węglowodany, pokrywając całe zapotrzebowanie ustroju wyłącznie tłuszczami, chociażby w nadmiarze. Azot wydzielany wynosił 4-go dnia doświadczenia 7·6 grm., a 3-go dnia był już w dwójnasób większy, niż w doświadczeniach z dyetą tłuszczowo-węglowodanową u tychże osób. W pierwszym dniu doświadczenia wydzielanie azotu jest mniejsze, co się tłómaczy wpływem zapasów glikogenu, który w podobny sposób zaoszczędza białko, jak dodawane w pierwszych doświadczeniach do pokarmu węglowodany. Z doświadczeń tych wynika też, że brak węglowodanów potęguje rozpad białka nawet przy dostatecznym dowozie kaloryi (w postaci tłuszczów). Tłómaczy się to najprościej w ten sposób, że ustrój stara się o zachowanie pewnego zasobu węglowodanów i potrzebie tej czyni zadość przez zwiększenie rozpadu białka, przyczem odszczepia się drobina węglowodanowa. Zatem białko dostarcza węglowodanów, a nie tłuszcze. Autor dołącza krytykę prac, starających się dowieść, że węglowodany powstają z tłuszczów. Wspomina on, że przy dyecie wyłącznie tłuszczowej zauważył w moczu znaczną acetonuryę i w wielkiej ilości kwas β-oksymasłowy. Odpowiednio do zwiększonej ilości kwasów wydzielała się w postaci amoniaku prawie połowa azotu w moczu.

Orzechowski.

Otto Jacobsohn (Berlin). **O białkomoczu ortotycznym.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 40, 1903). Heubner nazwał białkomoczem ortotycznym tę formę wydzielania się białka w moczu, która zależy jedynie od zmiany położenia ciała leżącego na sto-

jące i na odwrót; jest to zatem pewien rodzaj białkomoczu okresowego, będącego określeniem całej grupy zjawisk występowania w moczu białka od czasu do czasu. Leube uważa tego rodzaju białkomocz za fizyologiczny, a w szczególności stanowczo go oddziela od białkomoczu w okresie dojrzewania płciowego (albuminuria adolescentium), uważanego już za objaw chorobowy. W przeciwieństwie do Leubego uważa autor białkomocz ortotyczny za objaw zwyrodnienia, albowiem we wszystkich przez niego spostrzeganych przypadkach, a była ich znaczna liczba, dało się wykazać ciężkie obciążenie dziedziczne, szczególnie w zakresie chorób nerwowych i umysłowych. W jednym tylko przypadku nie wykazano tego rodzaju dziedziczności, lecz był to syn suchotnika, pogrobowiec. Ze spostrzeganych przypadków nie było ani jednego powyżej 35 lat życia; największa liczba była przed, albo w okresie dojrzewania, co najwyżej niedługo po tym okresie; wszyscy robili wrażenie ospałe i znużone mimo, że się w tym kierunku nie skarżyli. W przypadkach spostrzeganych klinicznie w ciągu kilku miesięcy uważano stale brak białka w moczu nocnym, tudzież porannym, o ile został oddanym w pozycyi leżącej, chyba, że równocześnie zauważono obecność nasienia, względnie krwi miesiączkowej, zaś ze ścisłością matematyczną można było stwierdzić brak białka, jeżeli się pacyenta położyło do łóżka na 24 godzin. U niektórych wstanie z łóżka na chwilę wystarczyło do okazania się białka, u innych trzeba było godziny, lub więcej; często stanie powodowało białkomocz, gdy tymczasem natężający marsz był bez wpływu; we wszystkich jednak przypadkach można było zauważyć, że białkomocz był połączony z pewnego rodzaju znużeniem, z pewnym wysiłkiem. Pomiędzy białkomoczem dojrzewania, a ortotycznym istnieje pewien związek, tem bardziej, że obydwa mają wspólną podstawę w nerwowem obciążeniu dziedzicznem; jest on oznaką łatwego nużenia się; autor stara się nawet wytłómaczyć go w myśl teoryi Senatora nagłem ustawaniem funkcyi przybłonka nerkowego, gdy tymczasem kłębuszki wydzielają w dalszym ciągu swój produkt, zawierający białko. Zawartość białka w poszczególnych porcyach moczu może być wcale znaczną. W każdym zaś razie typowem zjawiskiem jest brak białka w moczu nocnym, względnie oddanym po dłuższem leżeniu, rzecz ważna szczególnie dla dyagnozy różniczkowej między białkomoczem ortotycznym, a pochodzącym z zapalenia nerek. *Seńkowski.*

A. v. Reuss. **Zastosowanie elektryczności w zapaleniach oka.** (*»Die Krankenpflege«.* Bd. I, H. 12, 1902). Ze względu na bądź co bądź zajmujące wyniki elektroterapeutyczne, jakie autor w pewnych schorzeniach oka osiągnął, jakoteż uwzględniając łatwość, z jaką każdy lekarz praktykujący może stosować z korzyścią powyższą terapię w pewnych przynajmniej przypadkach, podaję niniejsze streszczenie, a to tem chętniej, ponieważ autor tej pracy niewątpliwie należy do rzędu tych, którzy w dziale elektroterapii okulistycznej rozporządzają rozległem doświadczeniem.

W okulistyce posługiwano się elektroterapią najpierw tylko w porażeniach mięśni gałki ocznej, oraz w neuralgicznych bolach nerwu nad- i podoczodołowego. Wyniki były dość różne, nierzadko bardzo dodatnie i trwałe. Natomiast późniejsze zastosowanie elektryczności w leczeniu chorób nerwu ocznego i siatkówki dało wynik wprost ujemny. Były to przypadki, w których wszelkie inne leczenie (rtęcią, jodem, strychniną, sperminą itp.) zawiodło.

Wybitne korzyści osiągnął autor w ostrych zapaleniach oka, stosując prąd faradyczny, bądźto pośrednio, t. j. przepuszczony przez rękę lekarza, bądź też bezpośrednio zapomocą odpowiednio urządzonej elektrody. I tak w zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego prąd faradyczny, stósowany przez ½ godziny na dobę, usuwał lub znacznie łagodził bóle. Podobny skutek spostrzegał autor w zapaleniach twardówk i głębszych i powierzchownych (scleritis, episcleritis), oraz w bolesnych zapaleniach rogówki.

W oczach, oślepłych wskutek długotrwałych zapaleń tęczówki, naczyniówki, oderwania siatkówki, w jaskrze zupełnej, ustępowały bóle pod działaniem prądu faradycznego, chroniąc oko przed wyłuszczeniem. Równie skutecznym, jak w ukojeniu bólów, okazał się prąd faradyczny także w światłowstręcie, towarzyszącym zapaleniu pryszczykowemu spojówki, a to szczególnie w końcowym okresie choroby.

Co do wpływu faradyzacyi na sam przebieg powyższych chorób, trudno jest orzec, w jakim stopniu współdziała ona z innymi równocześnie stosowanymi lekami; w każdym razie daje się wykazać korzystny wpływ na przebieg zapaleń tęczówki, a wprost leczniczy w początkowym okresie nawrotu zapalenia. Tosamo dotyczy rzekomego zapalenia twardówki. W zapaleniach rogówki, w nagromadzeniu ropy w komórce przodkowej, w krwawych wybroczynach śródgałkowych nie stwierdził autor wybitniejszego działania. Natomiast pod działaniem prądu przerywanego świeże męty w ciałku szklistem ulegały szybko wessaniu, jak również rychło znikał zapalny odczyn, towarzyszący bólom w oczach oślepłych.

Co do chorób nerwu ocznego, siatkówki i zapaleń wysiękowych naczyniówki autor przyznaje, że własnem doświadczeniem nie rozporządza.

Prądu stałego używał autor w powierzchownych i głębokich zapaleniach twardówki, bezpośrednio galwanizując chorą część po poprzedniem zakokainizowaniu. Elektryzował prądem o sile 1 M. A. przez 1—1·5 minuty co drugi dzień, stosując na miejsce schorzałe najpierw anodę, później katodę, przyczem drugi biegun trzymał sam chory w ręce. W tych razach równocześnie podawał autor wewnętrznie jod, przetwory salicylowe, żelazo, rtęć, wedle wskazania.

Przy powikłaniu z zapaleniem tęczówki, lub w bardziej rozlanej postaci zapalenia twardówki, używał autor faradyzacyi przez zamknięte powieki. Można też kombinować obydwa rodzaje prądu. Autor wspomina o poleconych w ostatnich czasach przez Dentiego i Norsy kąpielach ocznych elektrycznych przy zapaleniu twardówki z dodatkiem salicylanu litowego, który w drodze katalizy ma przedostawać się do oka. Pausier poleca w zapaleniach twardówki elektrolizę guzów; jeden z biegunów (katodalny) wkłuwa w guz, drugi łączy z czołem. Lefort leczy słabymi prądami, ale stósowanymi przez czas dłuższy, np. przez noc. W końcu zwraca się autor z prośbą do kolegów, aby wyniki własnych doświadczeń również ogłaszali. *Alfred Burzyński.*

Duprat. **Przyczynek kliniczny do leczenia moru surowicą.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1903, Zeszyt 9). Wobec tego, że doświadczeń z surowicą przeciwmorową Yersina zebrano dotąd niezbyt wiele, a niektórzy autorowie, zwłaszcza niemieccy, powątpiewają w znaczniejszy wpływ tego środka na przebieg choroby, zasługują na uwagę spostrzeżenia D., który lecząc 45 przypadków moru w Rio Grande (w Brazylii) w czasie epidemii, panującej tam od grudnia 1902 aż do chwili obecnej, stracił tylko 9 chorych. Mniej, niż 100 ctm.³ surowicy zastosowano u 16-tu chorych, zmarło pięciu (31·25%); ponad 100 ctm.³ wstrzyknięto u 29, zmarło tylko czterech, (13%). Przytoczywszy ciekawsze historye choroby, streszcza D. swe wrażenia w następujących zdaniach: 1) surowica Yersina jest rzeczywiście skuteczną, jako lek przeciwmorowy; 2) wysokość dawek zależeć powinna nie od wieku chorych, lecz od stopnia ciężkości zakażenia; 3) aby uzyskać dobre wyniki, należy zaczynać odrazu od dawek bardzo znacznych i nie wahając się powtarzać je co 12 godzin dopóty, póki stan ogólny chorych wyraźnie się nie polepszy; 4) wystarczają wstrzykiwania podskórne, byleby zacząć od wstrzyknięcia 200 do 300 ctm.³, a nawet więcej. D. używał surowicy z zakładu wyrobu surowic w Rio de Janeiro. *C.*

London. **Przyczynek do nauki o promieniach Becquerela i o ich fizyologicznem i patologicznem znaczeniu.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23, 1903). L. doszedł na mocy swych badań nad działaniem radu (radium) do bardzo ciekawych wyników. Rad jest w stanie zabić zwierzę ssące nawet z odległości. Na skórze ludzkiej wywołuje on z odległości uszkodzenia, które są tak charakterystyczne, że można mówić o „dermatitis radiogenes". Na ślepych, którzy na światło bardzo słabo oddziaływają, działa rad, jeśli się go przysunie do jednego lub drugiego oka, w ten sposób, że wywołuje wrażenie światła; ślepi zaś, posiadający jeszcze zdolność odróżnienia światła od cienia, jednak nie mogący rozpoznać obrysów przedmiotów, poznają na zasłonie, oświetlonej promieniami Becquerela, kształty rzuconych na zasłonę, lub położonych na niej przedmiotów. Wszyscy ludzie doznają wrażenia światła w oku szczelnie zamkniętem, jeżeli się zbliży doń bromek radu, w odległości prawie 10—15 ctm. ze strony czoła, albo ciemienia, a nawet potylicy. Z pomocą radu można w ciemnym pokoju przedsiębrać mikroskopowe badania. *B. Żmigród.*

Nagano. **Przyczynek do sprawy rozległego wycięcia jelita cienkiego.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* XXXVIII. 2, 1903). Autor zajął się kwestyą, którą już przed laty kilku poruszył Trzebicky, mianowicie, jaki kawałek jelita można wyciąć? N. wycinał w kilku przypadkach 310—330 ctm. jelita cienkiego i robił nadto doświadczenia na psach, które go przekonały, że nie wszystkie części jelita cienkiego mają dla wycięcia to samo znaczenie. I tak wycięcie pewnej części jelita cienkiego z górnych partyi przedstawia cięższy zabieg dla zwierzęcia, niż wycięcie tej samej długości jelita cienkiego w dolnej części. Z tego autor wnosi, że przy rozległych wycięciach jelita baczyć należy nietylko na długość wyciętego jelita, ale także na jego umiejscowienie. *B. Żmigród.*

Dr. B. Milner. **Znaczenie chirurgiczne grypy. Nawrotowe zapalenie kręgosłupa itd.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie* T. XI, Z. 3, 1903). Młodzieniec 19-letni zapadł w czwartym tygodniu po przebyciu ciężkiej grypy (z zapaleniem płuc i majaczeniem) na ostre zapalenie w okolicy X—XII kręgu piersiowego, z wyraźnym bardzo bolesnym obrzękiem części miękkich tej okolicy i częściowem porażeniem kończyn dol-

nych. Objawy te powoli ustępowały i zeszły w końcu do jednego bolesnego guzka w okolicy zajętej zapaleniem, oraz nieznacznego osłabienia w kończynie dolnej lewej. Działo się to w pierwszej połowie roku 1899. W roku 1900, najpierw od czasu do czasu, a potem już stale, natężenie objawów chorobowych spotęgowało się z dodatkiem nowego objawu plamicy (*purpura*) i obrzęku stawu kolanowego. W czasie obserwacyi szpitalnej, trwającej do lutego 1901 r., rozwinęło się całkowite kurczowe porażenie obu nóg. Granica porażeń przechodzi przez X—XI krąg piersiowy. W okolicy tej garbu wyraźnego niema, istnieje natomiast obrzęk części miękkich. Próbne nacięcie wykazało, że chodzi tu o bliznę pozapalną. W dalszym ciągu stan się pogorszył jeszcze o tyle, że czucie uległo upośledzeniu w większym jeszcze stopniu. Poprawa rozpoczęła się dopiero w połowie tego roku i odtąd powoli, mimo powtarzających się jeszcze od czasu do czasu objawów plamicy, szło stale ku lepszemu tak, że w marcu 1902 roku chory mógł powrócić do codziennych zajęć. Zdaniem autora przyczyną tego cierpienia była grypa, a właściwie prątki Pfeifera. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Labadie-Lagrave i Rolin zalecają **jodokodeinę** w chorobach dróg oddechowych, gdzie chodzi o spotęgowanie wykrztuszania przez rozrzedzenie wydzieliny, a przytem i o złagodzenie drażnienia do kaszlu. Jodokodeina przedstawia się jako proszek żółty, krystalizujący w żółtych igiełkach, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Stosować ją można w postaci syropu, pigułek lub wstrzykiwań podskórnych. Wewnętrznie poleca się po 0·02—0·04 jednorazowo, a po 0·10 do 0·15 dziennie. Do wstrzykiwań używa się 0·01 do 0·03. Najlepsze wyniki dała jodokodeina w rozedmie płuc, potęgując wykrztuszanie, łagodząc duszność i kaszel, a wreszcie wywołując sen. Również dobre wyniki przy dychawicy, ostrym nieżycie oskrzeli, w początkowym okresie krztuśca i w nieżycie oskrzeli pierwotnym, lub powstałym na tle wady serca, zalecają jodokodeinę do powszechnego użytku. Dobrze też zastępuje ten przetwór morfinę w stanach duszności mocznicowej i we wtórnym nieżycie oskrzeli u chorych na nerki. (*Bulletin médical* 1903, Nr. 41).

Atoxyl, metaarsenian aniliny, stosował Biringer z doskonałymi wynikami we wszystkich tych przypadkach chorób skóry, w których dotychczas wewnętrznie lub podskórnie leczono nieorganicznymi przetworami arsenu. Atoksyl zawiera 37% arsenu, więc około połowę tej ilości, którą posiada kwas arsenawy $As_2 O_3$. Jest proszkiem białym, bezwonnym, prawie zupełnie pozbawionym smaku; w ciepłej wodzie rozpuszcza się do 20%. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że jest około 40 razy mniej trujący, niż zwykle używane przetwory nieorganiczne. Biringer stosował atoksyl podskórnie, wstrzykując 2 razy tygodniowo po jednej strzykawce Pravaza roczyn 20% (0·2). Atoksyl nie posiada działania żrącego kwasu arsenawego, więc nadaje się do wstrzykiwań podskórnych, które nie wywołują bolów. Okazał się bardzo skutecznym i zgoła nie szkodliwym. Leczenie atoksylem trwa równie długo, jak innymi przetworami arsenu, jest jednak wygodniejsze, (2 razy na tydzień po 1 strzykawce), atoksyl bowiem nie odrazu wydziela się z organizmu, lecz przez czas dłuższy do tygodnia okazuje się w moczu. (*Therap. Monatshefte* Zesz. 8, 1903). *O.*

Penell T. L. **Zasady, jako leki kojące ból.** (*Brit. med. Journ.* I. 1803). W ubiegłym roku zwrócił uwagę Lauder-Brunton na ogólną własność zasad łagodzenia bólów. Autor donosi o trzech przypadkach uporczywej rwy, w których zasady (węglan amonowy) sprowadzały wyraźne ukojenie bólów. *O.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 24. czerwca, 1903 r.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Prof. Klecki zapytuje, czy korekta językowa Słownika lekarskiego przeprowadza się tak, jak to było uchwalone przez Towarzystwo? W odpowiedzi oświadcza kol. Przewodniczący, że w kwestyi tej porozumie się z Komisyą słownikową i zda sprawę na najbliższem posiedzeniu.

III. Latkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O nowszych sposobach badania chorób dróg moczowych«, przyczem okazał sposoby i przyrządy, obecnie używane do tego celu. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zaznacza kol. Prof. Korczyński, jak ważne są dla rozpoznawania schorzeń nerkowych metody, opisane przez prelegenta.

Tak jak przed wprowadzeniem sondy żołądkowej rozpoznawano choroby żołądka tylko na podstawie objawów podmiotowych i czynnościowych, tak do niedawnego czasu, a może i dotąd, rozpoznajemy choroby dróg moczowych na podstawie wywiadów i badania moczu. To w przeważnej części przypadków nie wystarcza. Cystoskop trzeba uważać za przyrząd niezbędny do rozpoznawania chorób pęcherza moczowego. Ma on jednak te ujemne strony, że nie zawsze daje się zastosować, że wydzielina pęcherza utrudnić może rozpoznanie, a nadto, że użycie tego przyrządu wymaga bardzo znacznej wprawy, którą nie każdy z lekarzy w dostateczny sposób rozporządza. Co do kwestyi separacyi moczu, to obecne przyrządy nie są bez wartości, lubo zarzucić im należy jeszcze brak należytego technicznego udoskonalenia. Sondowanie moczowodów jest nietylko trudnem, ale nadto często niebezpiecznem, gdyż można wobec choroby pęcherza zakazić wyższe drogi moczowe rzeżączką lub gruźlicą. Że choroby pęcherza z powodu alkalicznego oddziaływania moczu mogą maskować chorobę nerek przez zniszczenie składników morfotycznych, właściwych chorobom nerkowym, dowodzi przypadek, spostrzegany w klinice, gdzie przez cały czas obserwacyi klinicznej nie stwierdzono nigdy składników morfotycznych nerkowych, a jedynie tylko objawy przewlekłego nieżytu pęcherza. Tylko znaczniejsza ilość białka, wystąpienie drgawek i przerostu serca, usprawiedliwiały rozpoznanie marskości nerek. Również przypadek nowotworu jednej nerki, rozpoznany według nowszych sposobów badania funkcyi nerek, stwierdza doniosłość kryoskopii, jak i przypadek gruźlicy jednej nerki, rozpoznany na podstawie obecności prątków w moczu, oraz kryoskopii krwi i moczu. Kryoskopia i badanie funkcyi nerek są muzyką przyszłości i badanie tych spraw powinno być drogowskazem nauki klinicznej.

Kol. Kozłowski stwierdza, że za swej bytności w Paryżu widział często zastosowanie przyrządów Luysa i Cathelina; przy użyciu pierwszego przyrządu chorzy zawsze doznawali silnych bólów, przy użyciu zaś przyrządu Cathelina chorzy nie uskarżali się na żadne dolegliwości. Wprowadzenie obu przyrządów, które były cieńsze, niż obecnie okazywane, nie natrafiało zwykle na poważniejsze trudności.

Kol. Borzęcki zaznacza, że kliniczne rozpoznanie jakości krwotoków z dróg moczowych, o ile chodzi o t. zw. krwiomocz końcowy (*haematuria terminalis*), nie nastręcza zwykle klinicyście trudności rozpoznawczych, natomiast wielkie trudności w rozpoznawaniu ma klinicysta, jeżeli cały mocz oddany jest krwawy. Nierzadko, zdaniem kol. Borzęckiego, dobrą wskazówkę rozpoznawczą daje podmiotowe uczucie chorego. Wreszcie zaznacza kol. Borzęcki, że można użyć celem rozpoznawania wrzodziejących schorzeń pęcherza próby jodowej, jako nigdy nie zawodzącej.

Kol. Doc. Seńkowski zaznacza, że oznaczenie punktu marznięcia moczu, zdaniem jego, niema tak doniosłego znaczenia rozpoznawczego i że badanie moczu urometrem, oznaczenie mocznika i chloru daje tak samo zadowalniające wyniki.

W odpowiedzi zaznacza kol. Latkowski, że przyrządów cieńszych Luysa i Cathelina nie mogł dostać, a te modele, jakie posiada klinika chorób wewnętrznych, absolutnie u mężczyzn nie dadzą się użyć. W dalszym ciągu zaznacza kol. Latkowski, że ze zdaniem kol. Borzęckiego nie może się zgodzić, by uczucia podmiotowe chorego mogły mieć doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu schorzeń dróg moczowych i zdanie swe popiera obserwacyą kliniczną schorzeń. Próbie jodowej nie przypisuje tak wielkiej doniosłości, ani używaniu sondy do rozpoznania guzów pęcherza. W odpowiedzi kol. Seńkowskiemu stwierdza kol. Latkowski, że zdanie swoje o doniosłej wartości kryoskopii moczu opiera na bardzo licznem doświadczeniu chirurgów, którzy jednogłośnie polecają kryoskopię i próbę florydzynową.

IV. Kol. Latkowski omawia etyologię i przebieg kliniczny tak zwanej »nowej krakowskiej choroby« i przedstawia kulturę i preparaty mikroskopowe prątków influenzowych, wyhodowanych z jednego przypadku »nowej choroby«, leczonego w klinice. (Rzecz przeznaczona do druku). Kol. Flis przedstawia przebieg kliniczny 2 przypadków tej t. zw. »nowej choroby«, leczonych w klinice stałej.

W dyskusyi zaznacza kol. Eisenberg, iż badał krew w 2 przyp. »nowej choroby« bakteryologicznie z wynikiem ujemnym. Kał, badany

na prątki durowe, dał również wynik ujemny. Na 3 przypadki chorych i 8 ozdrowieńców tej choroby znalazł u wszystkich 3 chorych próbę Widala dodatnią, u ozdrowieńców 6 razy dodatnią, 2 razy ujemną. Z kału zaś chorych hoduje prątki, podobne do grupy prątków okrężnicowych; badań jednak swych nie wykończył i co do wniosków zastrzega się jeszcze.

Kol. Prof. Korczyński podnosi podobieństwo przebiegu klinicznego jednego przypadku do przebiegu sprawy durzycowej. Wykazuje jednak, że wiele objawów, jak późne występowanie diazowej reakcyi, brak próby Widala, obfite poty, zaburzenia psychiczne przy spadku ciepłoty, obrzęk i zapalenie powiek, sprzeciwia się przyjęciu duru lub »paratyfusu«, a jest tego zdania, że w tym przypadku mieliśmy do czynienia z niezwykłą postacią influenzy o przebiegu durowym. Co do różnych nowszych wyróżniań rodzajów prątków durowych i postaci chorobowych, które im odpowiadać mają, to wyraża się o tem sceptycznie i sądzi, że dopiero dalsze badania będą w stanie biologiczne odmiany tych drobnoustrojów w połączeniu z objawami klinicznymi i sposobami rozpoznawczymi wprowadzić w harmonijny związek kliniczny. Jak długo to nie nastąpi, to wszelkie kunsztowne nazwy »pseudo« lub »paratyfusu« mogą dla klinicystv stanowić tylko zaznaczenie usiłowań rozpoznawczo-naukowych, które być może, że kiedyś zastąpią dotychczas nieznane kliniczne objawy duru.

Kol. Latkowski odpowiada koledze Eisenbergowi że Widal jest reakcyą gatunkową i dla tego nie ma znaczenia dyagnostycznego.

Kol. Klecki podnosi trudność bakteryologicznego określenia chorób. Swoistych typów morfologicznych bakteryi, jak przed 10 laty, stałych, nie ma obecnie i stałymi być one nie mogą. Nazwy chorób zakaźnych będą się prawdopodobnie uogólniać; bez ścisłych dowodów na razie nie należy już obecnie ich zacieśniać. Co do reakcyi surowic chorych, to wobec ich znaczenia gatunkowego i możności wyrobienia się siły aglutynacyjnej surowicy, przy każdej chorobie zakaźnej, na prątki grupy „coli", z powodu ich rozrostu w kiszkach, reakcye te tracą znaczenie rozpoznawcze.

Kol. Flis dodaje, że w tych przypadkach influenzy, spostrzeganych w klinice, były wysypki skórne.

Kol. Eisenberg odpowiada na czynione mu zarzuty.

Kol. Bier zapytuje, czy było przeprowadzone szczepienie kultury pod opony zwierzętom.

Kol. Hirsch nadmienia, że obserwował takie same przypadki, które również robiły na niego wrażenie influenzy.

Kol. Latkowski odpowiada, że nie wstrzykiwano pod opony, ponieważ uważał kultury za osłabione.

Kol. Nowak potwierdza badania i charakter influenzowy prątków, które prelegent demonstruje. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

IX. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

29. Łapiński (Warszawa): **Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych.** W ostatnich czterech latach prelegent odprowadzał bezkrwawo zwichnięcia u 24 osobników, z tych u 18 zwichnięcie było jednostronne (wiek najniższy wynosił 1/2 roku życia, najwyższy 9 lat), u 6 zaś obustronne (wiek najniższy trzy lata, najwyższy $7^1/_3$ lat). Otrzymane wyniki dzieli Ł. na trzy rodzaje: wyleczenie zupełne, poprawa i zwichnięcie powtórne (reluxatio). Zdaniem prelegenta można mówić o wyleczeniu dopiero po upływie mniej więcej 2 lat od czasu zdjęcia opatrunku gipsowego. W końcu omawia Ł. swoje przypadki i przedstawia odnośne zdjęcia radyograficzne, stwierdzające pomyślne wyniki leczenia. Na mocy swego doświadczenia dochodzi Łapiński do następujących wniosków: 1. Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych może przywrócić całkowitą sprawność czynnościową kończyny i zupełnie prawidłowe stosunki anatomiczne. 2. Odprowadzenie bezkrwawe winno być wykonywane wcześnie, najdalej w drugiej połowie 2-go roku życia. 3. Metody bezkrwawe uzupełniają się wzajemnie i żadna nie jest uniwersalnym środkiem leczniczym. 4. Należy unikać zbyt gwałtownych sposobów postępowania w przypadkach ciężkich i opornych, rozkładając zabieg leczniczy na dwa posiedzenia. 5. Znaczne zmiany anatomiczne zwłaszcza u dzieci starszych, każą uzupełniać leczenie bezkrwawe prostymi i bezpiecznymi zabiegami krwawymi zewnątrzstawowymi, np. osteotomią. 6. Radyogramy należy zdejmować w położeniu stojącem, a jeśli w leżącem, to należy kończynę pchać ku górze. 7. Usiłowania najbliższe chirurgów winny dążyć do możliwie dokładnej analizy klinicznej i indywidualizowania przypadków, t. j. wyodrębniania poszczególnych zmian anatomicznych i zarazem ogarnięcia i zespołu, a to w celu wyboru wyboru najwłaściwszego w każdym oddzielnym przypadku sposobu postępowania. 8. Do wcześnie stosowanych metod bezkrwawych należy przyszłość w leczeniu zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych.

W dyskusyi zgadza się Rydygier (Lwów) na to, że trzeba indywidualizować. Zwraca także uwagę, że są przypadki, gdzie sposób Lorenza się nie nadaje, mianowicie wtedy, gdy jest odwinięcie szyjki i główki ku przodowi. Miał dwa takie przypadki, a wtedy musiał wykonać rotacyę na zewnątrz, aby główkę skierować ku panewce; przytem prześwietlanie Roentgena oddaje bardzo dobre usługi.

30. Ziembicki (Lwów): **O separatorze Cathelina.** 31. Rydygier (Lwów): **O separatorze Luysa.** Przyrządy te służą do zebrania moczu oddzielnie z każdej nerki, a zasada ich polega na tem, że część oddzielająca, którą w separatorze Cathelina jest „kondom", a w Luysie blaszka elastyczna, dzieli dno pęcherza na dwie części. W tych połowach pęcherza nurzają się cienkie cewniki, którymi mocz z poszczególnych moczowodów odpływa na zewnątrz. Cewniki te i część rozdzielająca dają się schować do grubszego cewnika, a ten wprowadza się przez cewkę moczową.

Dyskusya:

Latkowski (Kraków) brał udział w próbach, robionych w klinice wewnętrznej nad obydwoma separatorami. Uważa separator Luysa za lepszy, ale wogóle stoją one niżej od cewników. Wprowadzenie ich (szczególniej Cathelina) jest bardzo bolesne, osobliwie w stanie chorobowym pęcherza. Nadto przyrządy te są za grube, by je przez cewkę męską można przeprowadzić. Po Luysie widział L. wyniki, po Cathelinie żadnych.

Bossowski (Kraków) sądzi, że Cathelin sprawia bóle, ale separuje lepiej i to, co separuje, jest giętkie, podczas gdy w separatorze Luysa jest twardy pręt metalowy.

Rydygier (Lwów) zwraca uwagę, że w separatorze Luysa przesuwa się przegroda elastyczna i nie jest twarda na końcu. Ma jeszcze tę zaletę, że jest o wiele tańszy (76 franków, tamten 200). Można jego grubość doprowadzić do Nru 15 skali Charriera, a więc dla chłopaka 14-letniego, a dziewczynki 9-letniej. Mimo tych separatorów R. woli wprowadzać cewniki do moczowodów.

32. Kryński (Warszawa): **W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki.** Nerki trzymane są: 1) powięziami, 2) sznurkiem naczyniowym, 3) otrzewną, 4) ciśnieniem brzusznem. Z powięzi bardzo ważną jest powięź nerkowa, która się dzieli na powięź przednerkową i zanerkową, te się z sobą nie łączą; oprócz tego idzie od przepony powięź, która się też dzieli na pokrywającą przednią i tylną część nerki. Pod wpływem pewnych czynników przesuwa się nerka ku dołowi i ku wewnątrz, bo jej inaczej powięź nie puszcza. Od sznurka naczyniowego znów zależy kierunek opuszczającej się nerki i nerka może tylko tak daleko zajść, jak na to pozwala długość sznurka; potem nerka może robić tylko ruchy wahadłowe. Najważniejszym czynnikiem, utrzymującym nerkę, jest zdaniem Dunina otrzewna, lecz Albarran zbił doświadczeniem to zdanie. Wołkow i Delicyn zwrócili uwagę na ważność ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Co do ruchomości nerek panuje niezgodność między zdaniem anatomopatologów, a klinicystów, bo gdy pierwsi na podstawie swego materyału przyjmują 1: 1000, to klinicyści twierdzą, że co trzecia kobieta ma nerki ruchome. Może pozycya leżąca trupa i niezwracanie uwagi przez anatomów dają tak wielką różnicę. Miejsce, gdzie leży nerka u mężczyzny, różni się od miejsca u kobiety, i to nam tłómaczy częstość powstawania u kobiet. Także zdaniem K. noszenie obcasów wpływa na to wskutek wytwarzania się wygięć kręgosłupa ku przodowi, a także i gorset, który zazwyczaj uciska klatkę piersiową. Położnicy zaś zwracają uwagę na to, że po kilku porodach występują często obniżenia nerek. Leczyć można w dwojaki sposób: operacyjnie lub zachowawczo. Operować powinno się tam, gdzie metoda zachowawcza nie dała wyniku i tam, gdzie wszystkie dolegliwości można usunąć, gdyż inaczej dyskredytuje się leczenie. Nieoperowaniem można też dużo zrobić: ułożenie do łóżka na kilka miesięcy, forsowne odżywianie. Tam, gdzie leżeć nie można, dać opaski, ale unikać elastycznych opasek z pelotą, bo ona nie trzyma wcale, a wywołuje przykre następstwa. Lepiej założyć opaskę na brzuch, a na to gorset, nie uciskający klatki piersiowej. Oprócz tego pomaga miesienie nerki ruchomej.

33. Stopczański (Lwów): **O operowaniu krwawnic metodą Riedla.** Operacya Riedla wykonuje się w ten spo-

sób, że się palcami zagiętymi rozrywa zwieracz, następnie wkłuwa się igłę z katgutem w błonę śluzową powyżej zwieracza, przeciąga się szew popod żyły krwawnicze przez najgłębszą warstwę zwieracza, wykłuwając na granicy błony śluzowej i skóry, poczem się szew wiąże. W podobny sposób zakłada się w odległości $^{3}/_{4}$ ctm. od pierwszego szwu następne w równych odstępach. W klinice lwowskiej operowano tą metodą pięć razy; nie zauważono żadnego powikłania, ani ropienia; sposób ten ma tylko tę wadę, że kilkadziesiąt godzin po operacyi trwają bardzo znaczne dolegliwości. Zaletą zaś jego jest to, że jestto metoda bardzo prosta, można ją zastosować u chorych ze zmianami w odbytnicy (przetoki, stany zapalne, szczeliny, guzy krwawnicze uwięznięte itd.). Czas leczenia pooperacyjnego trwa 10—15 dni; operacyę tę może wykonać każdy lekarz, nawet nie chirurg.

34. Klęsk (Kraków): **Kora mózgowa w świetle badań fizyologii i chirurgii. Przyczynek do nauki o lokalizacyi i regeneracyi ośrodków mózgowych.** R. dzieli ośrodki mózgowe na trzy grupy: 1. ośrodki, mogące zaopatrzyć dany narząd obwodowy zupełnie dobrze i z jednej półkuli dla obu połów ciała. Tu należą ośrodki oddechania grzbietu, żucia, symetrycznych ruchów twarzy itd. W razie zniszczenia ich w jednej półkuli, porażenie nie występuje, gdyż obejmują funkcyę ośrodki tesame półkuli drugiej; 2) ośrodki, unerwiające dany narząd do połowy z jednej, a do połowy z drugiej półkuli (wzrokowe), lub w znacznej części z przeciwnej, a w małej tylko z tej samej półkuli (wszystkie grube ruchy, czucie itd.; 3) ośrodki (typ najwyższy), usadowione tylko w jednej półkuli i służące do pewnych subtelnych i wyższych czynności. Zniszczenie ośrodków typu drugiego wywołuje połowicze porażenie w obu połowach ciała (np. połowicze widzenie) lub porażenie tylko połowy ciała. Zniszczenie zaś ośrodków typu trzeciego wywołuje zwykle trwałe porażenie, zwłaszcza, jeśli zniszczenie to sięga poza obręb danego ośrodka. Ośrodki te są najczulsze i najprędzej ulegają porażeniu (mowa, subtelne ruchy rąk itd.). Wnioski, jakie prelegent na mocy prac innych i swoich doświadczeń na zwierzętach wyciąga, dadzą się ująć w następujących punktach: 1) Ośrodki korowe mózgu należy uważać w pojęciu fizyologicznem za zakończenia rozgałęzień danego nerwu w korze mózgowej. Zakończenia te tworzą w pewnych miejscach ogniska, t. j. punkty największej intenzywności danego ośrodka; porażenie ich powoduje niedowłady, krócej lub dłużej trwające porażenia, lub zupełne wypadnięcie funkcyi. 2) Powrót czynności nastąpić może przez objęcie czynności dalszych partyi ośrodka (w razie zniszczenia częściowego), rzadziej już przez inne partye tej samej półkuli, w wyjątkowych zaś przypadkach funkcyę danego ośrodka przyjąć może i odpowiedni ośrodek drugiej półkuli. 3) Ośrodki nie mają ścisłych granic, lecz zachodzą na siebie. 4) Część ośrodka można przy zabiegach chirurgicznych swobodnie wycinać. Przy przecinaniu kory mózgowej, np celem szukania czegoś głębiej, należy używać cięć prostych, unikać zaś cięć kolistych. (Dokończenie nastąpi).

† Dr. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI

prof. i długoletni dziekan Wydziału lekarskiego w Warszawie, b. sekretarz stały Towarz. lekar. warszawskiego i t. d., zmarł 27 b. m. w 80 roku życia.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 października.

* *Otrzymujemy następującą odezwę:*

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy przypomina wszystkim Członkom, że nadzwyczajne Walne zgromadzenie odbędzie się w niedzielę 1 listopada b. r. o godzinie 10-tej w sali Kopernika. Zarazem zaprasza Wydział do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tem zgromadzeniu, gdyż na porządku dziennym są bardzo ważne zmiany dotychczasowego statutu, oraz wnioski i rezolucye, które zgłoszą imieniem lwowskich kolegów wysłani na zgromadzenie Delegaci: prof. Kadyj, Dr. Mikołajski i Dr. Moszkowicz. Koledzy, nie należący do Towarzystwa, mogą się wpisać bezpośrednio przed rozpoczęciem Walnego zgromadzenia i już jako członkowie wziąć udział w obradach.

Z pośród zmienionych lub dodanych §§ w projekcie nowego statutu najważniejsze są te, które, czyniąc zadość życzeniu kolegów ze Lwowa i z prowincyi, stwarzają reprezentacye Towarzystwa okręgowe z szeroką autonomią dla spraw czysto lokalnych, normują szczegółowo stosunek tych reprezentacyi do centralnego Wydziału Towarzystwa i umożliwiają im wpływ na głosowanie w sprawach ogół lekarzy obchodzących, nad któremi obraduje centralny Wydział. Dalej — nowy paragraf, ułatwiający najmłodszym kolegom wpisanie się do Towarzystwa i korzystanie ze wszystkich praw, bez obciążania ich wkładkami, którzy postanowią, że każdy lekarz świeżo promowany może stać się zwyczajnym członkiem Towarzystwa, zapłaciwszy jedynie wkładkę w wysokości 2 koron, a natomiast przez 2 lata, licząc od uzyskania dyplomu doktorskiego, jest wolnym od wkładek miesięcznych, o ile nie posiada płatnej posady.

Z wydziału Tow. samopomocy lekarzy. *Dr. Langie,* I sekretarz.

* Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, obejmująca powiaty polityczne: jarosławski, cieszanowski i przeworski, weszła w życie, wybierając prezesem dra Władysława Czyżewicza, zastępcą przewodniczącego dra Adolfa Dietziusa, sekretarzem dra Tad. Fechtera. Dnia 19 września 1903 r. odbyło się I-sze posiedzenie naukowe w szpitalu powszechnym. Obecnych członków 21; pięciu usprawiedliwiło swoją nieobecność. Porządek dzienny: 1) Przewodniczący, dr. Czyżewicz, poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu koledze ś. p. Władysławowi Jasińskiemu. 2) Dyskusya nad dwoma przypadkami kazuistycznymi z praktyki sądowo-lekarskiej. 3) Zwiedzenie szpitala powszechnego.

Posiedzenie zakończono żywą wymianą zdań o sprawach ogólnych stanu lekarskiego.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadamia za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa Izby lekarskie, że I-szy międzynarodowy Kongres higieny szkolnej odbędzie się w Norymberdze 4—9 kwietnia 1904 r. Szczegółowy program rozpraw i porządek obrad ogłoszone zostaną w połowie m. grudnia. Zwracając uwagę lekarzy na ten ważny Kongres, dodaje namiestnictwo ze swej strony, że gotowe jest poprzeć utworzenie krajowego Komitetu, w myśl naczelnego zarządu Kongresu.

Od sekretarza Kongresu Dra Schuberta otrzymaliśmy odezwę, z której przytaczamy najważniejsze szczegóły: członkiem Kongresu może zostać każdy obywatel, któremu leży na sercu postęp higieny szkolnej. Chcący wpisać się na członka ma przesłać Komitetowi miejscowemu deklaracyę z wyszczególnieniem imienia, nazwiska, zawodu i godności osobistych. Wpisowe wynosi 25 franków, po złożeniu którego otrzymuje się kartę uczestnictwa, upoważniającą do udziału we wszystkich pracach i zebraniach Kongresu i dającą prawo głosu w rozprawach i głosowaniach. Językiem rozpraw i obrad może być każdy język europejski z wyłącznem uwzględnieniem języków francuskiego, niemieckiego i angielskiego. Prace Kongresuześrodkują się w sekcyach, których będzie dziesięć: I Higiena budynku i sprzętów szkolnych. II. Higiena internatów. III. Metody badania higieny szkolnej. IV. Szkolne programy naukowe. V. Nauczanie higieny dla nauczycieli i dla uczących się. VI. Ćwiczenia cielesne dzieci i młodzieży. VII. Stan zdrowotny, choroby młodzieży szkolnej, nadzór lekarski nad szkołami. VIII Szkoły dla dzieci tępych umysłowo; kursy równoległe i repetytorya, kursy dla jąkałów, dla ślepych, głuchoniemych i kalek. IX. Higiena młodzieży poza szkołą, kolonie wakacyjne, zebrania w celu propagandy higieny szkolnej. X. Higiena nauczycieli.

Odezwę podpisało 47 higienistów, stanowiących stały międzynarodowy Komitet kongresów higieny szkolnej, do którego z Polaków należy prof. O. Bujwid Komitet ten wyraża w swej odezwie życzenie, ażeby poza obrębem komitetów państwowych powstały komitety narodowe, a Namiestnictwo lwowskie swym okólnikiem przyrzeka takiemu komitetowi krajowemu »wszelkie ułatwienia«. Ze względu na nasze stosunki wychowawczo-higieniczne, udział nasz w tym Kongresie jest konieczny: Kongres higieny szkolnej nie da się porównać z żadnym innym kongresem pod względem praktycznej zwłaszcza swej doniosłości: żywo zainteresowane w nim jest całe społeczeństwo, zarząd oświaty krajowej i zarządy powiatowe i gminne, kierownicy szkół specyalnych, szkolne towarzystwa filantropijne, towarzystwa pedagogiczne, zawód lekarski i t. d. Obok wykładów odbędzie się wystawa urządzeń, przedmiotów, wykazów statystycznych i t. d., mających styczność z higieną szkolną; łatwo przewidzieć, ile z takiego kongresu można będzie wynieść nowych myśli, ile się nauczyć, ażeby u siebie, w kraju skutecznie przeciwdziałać szybkiemu wyczerpywaniu sił cielesnych i umysłowych młodzieży, prowadzącemu wprost do zwyrodnienia rasy.

Profesorowi Bujwidowi, jako członkowi stałego międzynarodowego Kongresu higieny szkolnej, przypada obowiązek inicyatywy u nas, ażeby w porozumieniu z kierownikiem katedry higieny we Lwowie, z prezesem Towarz. higienicznego itd., oraz z reprezentantami instytucyi szkolnych i różnych innych towarzystw, powołał do życia Komitet polski, nadając jemu, w miarę możności i uznania, bądź granice etnograficzne, bądź też ściślejsze. Do zadań tego Komitetu należałoby zachęcić jak najwięcej osób do uczestnictwa, członków zaś do licznych odczytów, do wzięcia udziału w Wystawie, a wreszcie do wydania kosztem kraju obszernego sprawozdania z Kongresu i rozesłania tego wydawnictwa wszystkim instytucyom i towarzystwom, mającym związek z higieną szkolną.

* Dr. Leon Feuerstein zawiadamia za naszem pośrednictwem, że objął dział sprawozdawczy z piśmiennictwa polskiego w „Monatshefte f. pract. Dermatologie" i uprasza kolegów, którzyby sobie życzyli, ażeby ich prace z zakresu chorób skórnych i moczo-płciowych zostały streszczone w tem czasopismie, by zechcieli przysyłać odbitki pod adresem: Lwów, ul. Kręta l. 3, a od m. maja do października: Bad Hall w Górnej Austryi.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: koll. Benoni (Dynów), Stangenhaus (Sanok), z Przemyśla zaś: Chil, Ciechański, Doliński, Fraenkel, Frauenglas, Grabscheid, Keller, Kantz, Kutna, Lityński, Mannheim, Michalik Fr., Oller, Pordes, Salwer, Schoefer, Smolarski, Szpringer, Szyszkowski, Trybulec, Trzciński i Wojtowicz Jul. *Dr. Langie*, sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień (XL) (4—10—X). Ludność średnia roczna wynosi 95.925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 17, urodziło się dzieci 66, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 17, (6 zam.), z zapalenia płuc 6 (3 zam.), z błonicy 2 (zam.), z płonicy 2 (zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 7, z gorączki połogowej 1.

* Między 3 a 10 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), cieszanowskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), kamioneckim (3 gm.), niskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Andrusewicz w Petrozawodzku. Dr. M. Munk, pensyonowany generał, lekarz sztabowy w Krakowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. A. Landau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. Halpern: O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe (dok.). Robin: O wartości klinicznej nowej metody Sahliego badania czynności żołądka (dok.).

— *Medycyna* Nr. 42. Motz i Montfort: Kilka uwag o przewlekłych zapaleniach pęcherza. (dok.). Wertheim: Z kazuistyki oddziału chirurgicznego Dr. W. H. Krajewskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Zieliński: O wybuchu wulkanizatora.

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Rzętkowski: Cele i widoki farmakologii nowoczesnej. A. W.: W sprawie podręczników lekarskich. Kramsztyk: Ekonomiczne warunki leczenia. Biliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). Ktoś: Uwagi luźne o języku lekarskim.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském. (c. d.). Bakeš: Nástin operativní činnosti v nemocnici třebíčské za prvni pololeti. (dok.). Skalička: O poměrech břišního tyfu v Praze. (dok.). Vacek: Poznámky k článku dr. D. Panýrka »Chirurgie d'urgence«.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 10. Čačković: Slučaj posvemašnjega smanjenja želudca, gdje nije moguća bila sigurna diagnoza. Spitzer: O aetiologii i prognozi mjehuraste potajnice (mola hydatitosa).

— *La Presse médicale* Nr. 82. Morin: Sanatoryum w Leysin od 1 maja 1902 do 30 kwietnia 1903. Guibal i Roland: Zaotrzewnowa przepuklina wyrostka robaczkowego i zaotrzewnowe przepuklinowe jego zapalenie.

— Nr. 83. Labbé: Rola leukocytów w przyswajaniu i podziale leków w ustroju. Simon. Rola sieci w przebiegu zakażeń ogólnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Dreser: Doświadczenia nad wydzielaniem moczu u zdrowego człowieka po użyciu teocyny. Kyes: Wydzielenie lecytydu z jadu żmii. Oppenheim: Zmiana położenia wątroby i narządów piersiowych przy rozdęciu brzucha i znaczenie tej zmiany dla rozpoznania i leczenia. Seegall: O hermofenylanie rtęciowym. Zypkin: Przyczynek do nauki o niedokrwistości śledzionowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Sihle: Przyczynek doświadczalny do fizyologii piersiowego odcinka nerwu błędnego, oraz uwagi nad ostrą rozedmą płuc. Morgenroth: Grubera zarzut zimna w teoryi amboceptorów. Wechsberg: Przyczynek do histologii hymenalnych zwężeń pochwy. Neudörfer: Operacyjne zmniejszenie nosa.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42. Frank: Zapisywanie tętna zapomocą sfigmografu zwierciadlanego. Baer: Ospa w Strasburgu n. E. w lecie 1903 r. Landsteiner: Stosunek między surowicą krwi, a komórkami ciała. Framme: Skręcenie osi jelita grubego podczas porodu. Neustatter: Aspiryna w praktyce okulistycznej. Winckelmann: Uboczne działanie aspiryny. Krönig: Uśpienie mieszaniną gazu rozweselającego. Vulpius: Nowa szyna opatrunkowa, używana w Heidelbergu. Klienenberger: Zmodyfikowana biureta jako rurka do centryfugowania. Pick: Proste urządzenie dla ulepszenia lampy elektrycznej do badania. Gruber: Toksyna i antytoksyna. Rosenthal: Jeszcze raz o piwie i wódce. Seggel: Porażenie obustronne nerwu odprowadzającego i jednostronne porażenie wzroku.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 43. Sasse: Skombinowana tułowiowo-krzyżowo,-międzykroczowa, względnie pochwowa metoda wycięcia wysoko usadowionego raka jelita grubego i okrężnicy. Wilms: Mechanizm zaciśnienia jelit. Schulz: Zapalenie okątnicze. Einhorn: Dalszy przyczynek do nauki o histologii błony śluzowej żołądka w stanach jego patologicznych. Bruns i Racine: Etyologia t. zw. tężca gośćcowego. Goltschalk: Operacya mięśniaka szyi macicznej.

Redakcya otrzymała. Popiel: Poradnik dla mężatek i mamek. Reiss: Ueber Urticaria pigmentosa perstans.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 4 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dobrowolski mówić będzie: „O cytotoksynie łożyskowej".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 2756. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście **Jaśliska** z płacą roczną w kwocie 1200 koron i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 800 koron rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, a mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Dalejowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Balucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola niźna, Wola wyżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Surowica, Polany surowiczne, Moszczaniec — z ludnością 9.600 głów i obszarem 213 9 klm 2.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w terminie dni 60-ciu zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej

W Sanoku dnia 17 października 1903.

L. 2756. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Mrzygłodzie** z płacą roczną w kwocie 1200 koron, ryczałtem na objazdy rocznie w kwocie 700 koron tudzież ewentualnie dopłata przez gminę Mrzygłód przez pierwsze dwa lata po 250 koron.

Okręg w Mrzygłodzie obejmować będzie następujące miejscowości: Mrzygłód, Liszna, Tyrawa solna, Wola krecowska, Siemuszowa, Hołuczków, Tyrawa wołoska, Rakowa, Hłomcza, Łodzina, Dębna, Międzybrodzie, Trepcza, Dąbrówka polska, Dąbrówka ruska, Zabłotce, Czertez, Srogów dolny, Srogów górny z Jurowcami i Popielami, Falejówka, Raczkowa, Sanoczek, Płowce z ludnością: 12.563 głów i obszarem 155.02 klm.

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku w przeciągu 60 dni zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwo praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Mrzygłodzie będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Z Wydziału Rady powiatowej

W Sanoku, dnia 17-go października 1903.

L. 1561/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu**. Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka, Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn, Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903.

Rok XLII. Kraków 7 Listopada 1903. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Ś. p. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI.

Działalnością swoją nauczycielską, naukową i społeczną zasłużył się ś. p. Włodzimierz Brodowski rzetelnie swemu krajowi.

Pracę nauczycielską rozpoczął w dojrzałym już wieku. Urodzony na Litwie w r. 1823, po ukończeniu gimnazyum mińskiego studyował medycynę w Moskwie. Złożywszy świetnie egzamina w r. 1848, pracował przez rok jako asystent kliniki ginekologicznej moskiewskiej. Potem rozpoczął zawód lekarza praktycznego w Białej Cerkwi, skąd wkrótce przeniósł się do Brusiłowa, a później do Łysianki. Kilkoletnie jednak trudy praktyki przypłacił chorobą stawu biodrowego i przeleżał rok w klinice prof. Cycuryna. Po wyjściu z niej na krótko wrócił do poprzednich zajęć. W r. 1855 wyjechał za granicę i kształcił się głównie w anatomii patologicznej pod kierunkiem Rokitanskyego w Wiedniu, Virchowa w Würzburgu i Robina w Paryżu. Wróciwszy do kraju, rok jeszcze praktykował w Łysiance. Dopiero nadzieja zużytkowania swych zdolności i nabytej wiedzy w powstającej Akademii medyko-chirurgicznej pociągnęła go do Warszawy, gdzie otrzymał posadę lekarza w szpitalu ujazdowskim. Już wtedy zdołał uzyskać materyał do pracy i zgromadzić koło siebie dobrowolnych słuchaczy, ale właściwa jego działalność dydaktyczna rozpoczęła się dopiero z chwilą powołania Go na adjunkta anatomii patologicznej w Akademii.

Stało się to przez jednomyślną uchwałę jej profesorów w kwietniu r. 1862. Pierwszy wykład miał ś. p. Brodowski 7 lutego 1862. Wykład ten wywrzeć miał wrażenie nowymi poglądami, opartymi na badaniach Virchowa, a odświeżającymi atmosferę naukową Akademii. Odtąd wykładał ś. p. Brodowski bez przerwy przez lat trzydzieści pięć, przechodząc kolejno z Akademii do Szkoły głównej, a z niej do Uniwersytetu, mianowany w r. 1864 nadzwyczajnym, a r. 1865 zwyczajnym profesorem. On dopiero stworzył cenny zbiór preparatów i pracownię, wykołatał dla niej środki i pomocników. Ta pracownia rychło przyciągać zaczęła młodzież, a po zmianie stosunków przetrwała najdłużej, jako jedno z ognisk rodzimej pracy naukowej. Z niej też oprócz własnych prac ś. p. Brodowskiego wyszedł szereg cennych rozpraw Jego uczniów. Prace te odznaczają się sumiennością i ścisłością i są w naszem piśmiennictwie lekarskiem trwałym dorobkiem.

Naukowo pracował sam bardzo wiele. Ogłosił drukiem około trzydziestu rozpraw. Znajdują się wśród nich rzeczy tej wartości, jak badania nad powstawaniem komórek olbrzymich, oraz prace, dowodzące samodzielności i świeżości pomysłów, jak przyczynki do anatomii patologicznej wątroby (ostry zanik żółty, zwyrodnienie miąższowe, marskość). Natomiast znaczniejszą część swoich spostrzeżeń i badań przedstawiał tylko w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, w którem nadto w każdej niemal rozprawie zabierał głos, dodając bystre i cenne uwagi. Z nichto głównie widać, że posiadł bardzo wielkie doświadczenie własne i że szedł ciągle z postępem nauki. W r. 1860 rozpoczął wydawać anatomię patologiczną (w „Bibliotece Umiejętności lekarskich“). Niestety, wydawnictwa tego nie ukończył. Z części ogłoszonej drukiem znać, że byłoby to dzieło oryginalne, oparte na własnych, rozległych badaniach.

Ś. p. Brodowskiego odznaczał umysł bystry i głęboki, charakter nieugięty i nieposzlakowana prawość, gorąca miłość sprawy publicznej, silne poczucie obowiązku, gorliwość o dobro młodzieży uniwersyteckiej. Toteż zjednał sobie rychło powszechne poważanie i uznanie. W r. 1869 wybrany został dziekanem Wydziału lekarskiego i odtąd bez przerwy przez lat kilkanaście sprawował ten urząd, połączony z wielką odpowiedzialnością a w późniejszych zwłaszcza latach wskutek zmiany stosunków szczególnie trudny. Z ciężkiego tego obowiązku wywiązał się niezwykle; nawet u tych, z którymi walczył, budził szacunek dla siebie i dla swego społeczeństwa; godności swego stanowiska i nauki polskiej strzegł pilnie; wśród młodzieży, którą rozwagą swoją od niewczesnych uniesień chronił, posiadał nadzwyczajny mir i posłuch. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem rządził jako prezes przez lat siedem, potem zaś przez lat kilkanaście piastował najwyższą godność, jako sekretarz stały. Instytucye dobroczynne warszawskie, w których oddawna pracował, oddawały zarząd swój w jego ręce, a na stanowisku prezesa Warszawskiego Towarzystwa dobroczynności położył niemałe zasługi.

Wieloletnią płodną pracę ś. p. Brodowskiego społeczeństwo umiało należycie ocenić. Wszystkie polskie Towarzystwa lekarskie mianowały go swoim członkiem honorowym, a Uniwersytet Jagielloński dał mu dyplom doktora *„honoris causa“*. Dwukrotnie, w ćwierćwiecze pracy profesorskiej i przy opuszczeniu katedry składali mu hołd czci i wdzięczności koledzy, uczniowie i wszyscy lekarze polscy.

Do ostatnich lat nie usuwał się ś. p. Brodowski od pracy naukowej i społecznej. Oderwała go od niej dopiero ciężka choroba, która przecięła Jego życie 27 października b. r.

Oprócz prac naukowych pozostawia po sobie ś. p. Brodowski trwały plon swej pracy dydaktycznej, wychowawczej i społecznej. Przy Nim i od Niego uczyły się pokolenia polskich lekarzy gorliwej i sumiennej pracy, pod Jego wpływem hartowały się i szlachetniały dusze i wyrabiali się dzielni obywatele kraju.

Nazwisko Jego pozostanie związane ze świetną chwilą dziejów Warszawskiej Szkoły Głównej, i nie zniknie z chlubnych wspomnień medycyny polskiej.

Browicz.

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał

Dr. Adolf Klęsk,

asystent kliniki.

Prace Simona o chirurgii nerek, zwłaszcza zaś publikacya o szczęśliwym wyniku usunięcia nerki, wytworzyły w pierwszej chwili silny radykalizm w chirurgicznem leczeniu chorób nerkowych. Okres ten trwał jednak nie długo. Doświadczenie wykazało, że zabieg na nerce, zwłaszcza jej wycięcie, zależnym jest nie tylko od obecności, ale w równej mierze i od wydatności fizyologicznej drugiej nerki. Przeświadczenie to stało się z jednej strony powodem oględniejszego stawiania wskazań do operacyi nerkowych wogóle, a nefrektomii w szczególności, z drugiej zaś strony dało pochop do licznych prac, mających na celu wykrycie sposobów, z pomocą których wydatność każdej nerki ocenićby można. Pierwotna śmiertelność po nefrektomii: 80 6% spadła obecnie do 17·4% (Schede).

W miarę rozwoju nowych metod badania i określania stanu wydatności nerek rozszerzył się wprawdzie zakres wskazań chirurgicznego leczenia chorób nerkowych, powiększyła się ilość zabiegów, lecz za to zabiegi więcej zachowawcze zastąpiły w wielu przypadkach miejsce dawnego radykalizmu.

Pierwsze operacye wycięcia nerek były spowodowane omyłkami w rozpoznaniu. Wolwet przystąpił do operacyi, sądząc, że ma do czynienia ze sprawą, wychodzącą z wątroby; Wells, że z torbielem jajnikowym; Peaslee podobnie. Świadoma siebie chirurgia nerek rozpoczyna się jednak dopiero od czasów Simona.

Już dawno Zambeccarius zrobił spostrzeżenie, iż u psów czasem jest tylko jedna nerka i to nadto mało co większa od prawidłowej. Psy takie mimo to wydzielają mocz zupełnie prawidłowo i żadnych zboczeń nie wykazują. Późniejsze doświadczenia wykazały, że zwierzęta znoszą zupełnie dobrze usunięcie jednej nerki (naturalnie w razie, jeżeli druga jest zdrowa). Szereg publikacyi wykazał brak wrodzony jednej nerki[1]) u ludzi zupełnie zresztą zdrowych (Brodowski, Bukowski, Bogdanik, Ballowitz, Kijewski, Stoube i t. d.). Zaczęto nawet szukać odpowiednich oznak, któreby umożliwiły rozpoznanie za życia braku jednej nerki; niektórzy (Israel, Baumer) przypuszczali, że prawdziwy brak jądra lub jajnika bywa często wyrazem braku jednej nerki.

W kilku przypadkach, w których usunięto nerkę patologicznie zmienioną, dopiero po operacyi przekonano się, że i druga jest chorą, mimo to operowani pozostali przy życiu i czuli się dobrze. Wynikiem tego spostrzeżenia były nowe badania, dążące do określenia *minimum* tkanki nerkowej, potrzebnej osobnikowi do życia. Badania Tuffiera wykazały, że na 1 kilogram wagi ciała osobnika wystarczy około 1 gram zdrowej nerki. Wobec tego człowiek ważący 70 kilogramów potrzebowałby przypuszczalnie około 70 grm. substancyi nerkowej, a więc prawie tylko 1/4 prawidłowej wagi obu nerek razem wziętych[2]). I na ten ostatni fakt znalazł się w patologii dowód. Niejedna sekcya wykazała u osobnika, zmarłego z innej przyczyny, zniszczenie prawie zupełne jednej nerki, a poważne zmiany w drugiej. Usunięcie jednej nerki zmienionej gruźliczo miało niejednokrotnie wpływ leczniczy na drugą. Wszystkie te fakta doprowadziły w końcu do tego przekonania, że nawet w przypadkach zmian w drugiej nerce, bardziej zniszczoną można usunąć, jednak pod tym tylko jednym warunkiem, że nerka, mająca pozostać, ma wymagalną „wydatność fizyologiczną“. W dostępnem dla mnie piśmiennictwie znalazłem 1250 opisanych i mniej lub więcej naukowo opracowanych przypadków wycięcia nerki. Z zestawienia materyału tego wynika, że usunięcie nerki autorowie uważają za wskazane przedewszystkiem w następujących przypadkach:

1) Guzy pierwotne nerki.
2) Zmiażdżenia nerki.
3) Zranienia, które wywołały oderwanie moczowodu, dużych naczyń lub bardzo silny krwotok.
4) Krwotoki groźne dla życia bez zranienia nerki.
5) Ropienie ogólne nerki.
6) Zgorzel nerki.
7) Gruźlica i inne sprawy niszczące miąższ.
8) Wodo- i roponercze.
9) Kamienie nerkowe (nawroty napadów z gorączką i ropieniem).
10) Przetoki moczowodów.
11) Bąblowiec.
12) Tętniak tętnicy nerkowej.
13) Jednostronne zwyrodnienie torbielowe.
14) Nerka chirurgów (*ren chirurgorum*).

Nie wszystkie z tych warunków uważamy za bezwzględne wskazania. Przy krwotokach wystarcza niejednokrotnie rozcięcie (*nephrotomia*) i tamponada nerki. Przy wodo- i roponerczu, również nacięcie (*pyelotomia*, t. j. założenie przetoki miedniczki nerkowej), ewentualnie plastyka miedniczki lub moczowodu zupełnie dobrze da się zastosować. W kamicy musimy się starać o usunięcie kamieni przez przecięcie nerki lub miedniczki i t. d. Usunięcie nerki powinno być *ultimum refugium*. Bezwzględnie wskazanem jest wycięcie nerki tylko przy nowotworach, gruźlicy, zgorzeli, oderwaniu i ogólnem zropieniu, szczególnie jeśli to ostatnie występuje pod formą tak zw. *ren chirurgorum*, t. j. ropnego prosówkowego (śródmiąższowego) zapalenia nerki. W innych przypadkach nie należy się spieszyć z wycięciem, lecz nabrać silnego przekonania o faktycznym stanie nie tylko zdrowej, ale i chorej nerki. Rozstrzygnięcie takie wymaga czasem dłuższego czasu, nie raz nawet zabiegów takich, jak przecięcie nerki, miedniczki lub moczowodu. Niejednokrotnie nastaje powolna poprawa vestitutis ad integrum.

Nagłe usunięcie nerki, zwłaszcza w przypadkach dobrej jej wydolności (zwłaszcza przy niewielkich nowotworach, ropniach ograniczonych, czasem przy urazach) może zgubnie oddziałać na drugą nerkę i to nawet w przypadkach, gdy ta ostatnia jest zupełnie zdrową. Przytaczam poniżej przypadek, który nas o tem pouczył.

Przypadek I. *J. J.*, l. 40, przyjęty na klinikę d. 24/IV 1900 r. Przed rokiem uderzył się silnie w bok prawy. Od 6 miesięcy doświad-

[1]) Mankiewicz zestawił 234 przypadków nerki pojedynczej, w 127 brakowało nerki lewej.

[2]) Nerki ważą u człowieka dorosłego obie 300 gramów, lewa zwykle jest cięższa.

cza parcia i częstego oddawania moczu, w którym z małemi przerwami ma się znajdować krew.

Badanie wykazuje: Nerki nie macalne. Cystoskopem wykazać można wydzielanie się z prawego moczowodu moczu lekko krwawego bez innych zmian chorobowych. Mocz z lewej nerki prawidłowy. W pęcherzu nic nieprawidłowego. Narządy wewnętrzne zdrowe. Ilość moczu prawidłowa.

Rozpoznanie. Guz nerki prawej.

24/V. Operacya. Cięcie prof. Kadera (opis niżej). Nerka lewa, zbadana dotykiem od strony jamy brzusznej, zmian nie przedstawia, Nerka prawa nie powiększona; rozcięta wzdłuż w pasie Zondeka, wykazuje w górnej połowie 2 guzki, objętości wielkiego ziarnka grochu. Amputacya górnej połowy nerki, zawierającej guzki. Po chwilowem wahaniu z obawy, że i w dolnej części nerki mogą być również guzy, wyciął prof. Kader całą nerkę.

Przebieg. W ciągu pierwszych 24 godzin przebieg był zupełnie normalny; mocz z lewej nerki w dużej ilości; potem nastąpił ostry bezmocz. Śmierć w 54 godziny po operacyi.

Sekcya zmian żadnych w lewej nerce nie wykazała. Nigdzie przerzutów nie znaleziono.

W przypadkach, gdzie chora nerka wykazuje już wydatność niedostateczną, usunięcie jej nie wywiera na ustrój wpływu tak zgubnego, jak w przypadkach takich, jak tylko co opisany.

O istnieniu drugiej nerki przekonać się możemy obecnie dość pewnie zapomocą różnych metod badania. Przedewszystkiem naocznie i dotykiem wśród operacyi drogą otrzewnej (Thornton), lub przez obustronne nacięcie lędźwiowe (Rovsing-Schede-Küster i t. d.). Badaniem fizycznem stwierdzić możemy obecność obu nerek, sondując przez pęcherz moczowody i zbierając mocz z każdej nerki z osobna, co przy zastosowaniu nowych metod badania (oznaczanie ilości dziennej azotu, punktu krzepliwości moczu i krwi próby z błękitem metylenowym i florydzyną), daje nam zarazem możność ocenienia wydatności każdej nerki. W pracy Dra Hermana, ogłoszonej z kliniki c. k. Radcy Dworu Rydygiera w „Przeglądzie lekarskim“ (Nr. 11—14, 1902) i „Nowinach lekarskich“ za rok 1902 znajdujemy wyczerpujące krytyczne zestawienie dzisiejszych sposobów badania nerek. Zajmujących się tą sprawą odsyłamy do tych prac.

Najważniejszym ze sposobów bezpośredniego badania jest cystoskopia i cewnikowanie moczowodów. Badanie to stosowaliśmy w klinice 26 razy. U kobiet cystoskopujemy zwykle bez uśpienia, u mężczyzn zwykle w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Wyjątkowo udawało się to czasem robić bez uśpienia. Co do wskazań, to cystokopowaliśmy

9 razy z powodu — guzów pęcherza.
2 „ „ — „ nerek.
3 „ „ — gruźlicy dróg moczowych.
1 „ „ — kamienia w moczowodzie.
4 „ „ — roponercza.
2 „ „ — zwężenia i przetoki moczowodu.
1 „ „ — wodonercza.
1 „ „ — nowotworu drążącego z kiszki do pęcherza moczowego.
3 „ — cystoskopia nie wykazała zmian.

Na tych 26 przypadków w 6 nie dopięliśmy właściwego celu. Dwa razy z powodu stałego, dość silnego krwotoku, który ciągle zalewał i zaciemniał pole widzenia. Raz znowu nie można było wejść do moczowodu z powodu blizny, która zacieśniała światło tuż przy ujściu tegoż do pęcherza. W czwartym przypadku badaliśmy chorą, u której wytworzyła się przetoka moczowa w pochwie po usunięciu mięśniakowo zmienionej macicy. W pochwie wykazaliśmy małą fistułkę, do której nawet najcieńszy zgłębnik nie dał się wprowadzić. Pęcherz prawidłowy, ujście moczowodów widoczne, mimo to do żadnego z nich nie można wsunąć zgłębnika dalej, jak na 1—2 ctm. Wobec tego pytanie, który z moczowodów został zraniony, pozostało tą drogą nie rozstrzygniętem. W jednym przypadku u młodej dziewczyny pęcherz był zupełnie niedomykalny i o tak małej pojemności, że po nieudałych próbach musieliśmy od badania odstąpić. Wspomnieć także tu muszę i o tem, że u chłopców lub mężczyzn z bardzo wązką cewką wprowadzić do pęcherza zwykłych cystoskopów nie podobna. W 6-tym przypadku nie można było zgłębnika wprowadzić do prawego moczowodu, z którego dobywała się ustawicznie ropa, gdyż ujście było obrzmiałe.

Prócz niepodobieństwa fizycznego zbadania moczowodów lub pęcherza zdarzyć się mogą przy cystoskopii inne niespodzianki, n. p. gdy jest nerka podkowiasta, mająca dwa prawidłowo uchodzące do pęcherza moczowody, lub gdy jest jedna nerka o dwóch moczowodach. W przypadkach tych, gdzie cystoskopia daje nam obraz niejasny lub nie daje żadnego, jesteśmy obowiązani przed usunięciem nerki chorej przekonać się namacalnie o obecności i jakości anatomicznej nerki drugiej. Prof. Kader uczynił to w dwóch przypadkach wycięcia nerki. Nerkę trzeba było usunąć drogą otrzewnej. W granicach cięcia, które opiszę poniżej, otworzył otrzewnę ścienną, wprowadził tamtędy rękę aż do nerki zdrowej i zbadał ją dotykiem. W trzecim przypadku, gdzie zrobiono tylko cięcie nerki, postąpił prof. Kader podobnie. Postępowanie takie jest stanowczo zabiegiem łagodniejszym, niż zakładanie osobnych ran lędźwiowych lub brzusznych. Potrzeba oglądnięcia nerki nie zachodzi tu wcale, dotykiem od strony jamy brzusznej można rozstrzygnąć wchodzące w grę pytanie.

Nie należy zapomnieć przy cystoskopii o wypróżnieniu kiszki stolcowej, gdyż zbyt silne nagromadzenie kału może być czasem wielką przeszkodą w cewnikowaniu moczowodów i zacierać obraz konturów normalnych pęcherza.

W jednym z naszych przypadków nagromadzony w kiszce odchodowej kał wypuklał w tak niesymetryczny sposób dno pęcherza, że dojście do prawego ujścia moczowodu było bardzo utrudnione; dla tego też należy baczyć na opróżnienie kiszki stolcowej przed cystoskopią.

W drugim przypadku z praktyki prywatnej profesora Kadera wypuklała część pochwowa macicy przy ustalonem tyłozgięciu macicy i zrostach okołopęcherzowych tak silnie i jednostronnie dno pęcherza, że wejście do lewego moczowodu było niemożebne, dno pęcherza było przesunięte na stronę lewą, wejście prawego moczowodu leżało po stronie lewej, lewego nie można było odnaleźć wcale.

W niektórych przypadkach dobrze jest natomiast podnieść dno pęcherza przez wprowadzenie dużego kolpeuryutera do odbytnicy, względnie do pochwy.

Czasami, zwłaszcza dla określenia kierunku przebiegu moczowodu, musimy do cewnika znajdującego się w moczowodzie wprowadzić metalowy mandryn i określić przebieg jego zapomocą radiografii Roentgena.

Na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgów w Berlinie Kümmel (Hamburg), opierając się na licznych przypadkach, badanych przez siebie, przemawiał w roku 1901 bardzo gorąco za kryoskopią krwi, polecając ją jako najlepszy sposób dokładnego ocenienia sprawności nerek i przestrzegał przed wycinaniem nerki, gdy punkt krzepliwości

krwi leży wyżej 0,60. W przypadkach takich dozwolone są co najwyżej zabiegi zachowawcze, jak n. p. cięcie nerki i t. d.

Sprawa określenia ilości dziennej wydzielanego azotu i określenia punktu krzepliwości moczu każdej nerki z osobna nie posiada już tego zasadniczego znaczenia, jak kryoskopia krwi. Metody te dają jednak tę ważną wskazówkę, że wykazują, która z nerek jest chorą lub więcej zniszczoną.

To samo da się powiedzieć o próbie florydzynowej, która nadto posiada tę zaletę, że daje się szybko i łatwo przeprowadzić. Niektórzy podnoszą zarzuty przeciw próbie florydzynowej, obwiniając ją o zgubne działanie na ustrój. Badania w naszej klinice, przeprowadzone przezemnie, podobnie i w innych klinikach, zupełnie obalają to przypuszczenie, i przemawiam tu gorąco za stosowaniem jej.

Czasami nie dopisuje jednak i ona. Rovsing ogłosił przypadek, w którym cukier zjawił się dopiero w 3 godziny po wstrzyknięciu.

Co do próby metylenowej, to o wartości jej wiele nie wiemy. Niektórzy z autorów odmawiają jej wszelkiego znaczenia. Jedna z ostatnich prac doświadczalnych w tym kierunku, dokonana przez elewa naszej kliniki Dra Feliksa Majewskiego na oddziale chorób wewnętrznych Dra Pruszyńskiego w Warszawie, pozostawiła pytanie to nierozwiązanem. Próba metylenowa posiada jedną bardzo ujemną stronę, a jest nią to, że dokładnie nie daje się wykonać wtedy, gdy w moczu jest białko, a właśnie najczęściej chodzi nam o takie przypadki. (C. d. n.).

III. O postaci zanikowej pierzchnicy płaskiej.
(lichen planus atrophicus).

Napisał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

(Dokończenie)

Badanie drobnowidowe. W celu badania drobnowidowego wycięto dwa kawałki skóry, odpowiadające różnym ogniskom chorobowym, a mianowicie: kawałek z miejsc zabarwionych brunatno i kawałek wysepki z wyraźnemi zmianami zanikowemi. Skrawki utrwalono w płynie Müllera i w większej części zabarwiono błękitem metylowym i hematoksyliną; prócz tego w celu zabarwienia innych używano hematoksyliny, fuksyny kwaśnej i kwasu pikrynowego.

Szczegóły drobnowidowe w głównych zarysach zawierają niewiele tylko cech znamiennych. Warstwa rogowa przyskórka jest wszędzie w zakresie ognisk zanikowych nierównomiernie zgrubiałą *(Fig. II* i *III)*, a w wielu miejscach okazuje znaczne złogi.

Warstwa ta tworzy przeważnie taśmowate jednolite szkliste smugi, które się barwią tylko bardzo słabo *(Fig. III)*. W całym przyskórku znachodzimy nierównomiernie ugrupowany drobnokomórkowy naciek, który miejscami także w górnych warstwach rogowych, a zwłaszcza w najpowierzchowniejszych wykazać można *(Fig. III)*. Warstwy szklistej (*stratum lucidum*) natomiast brak zupełnie w zakresie ognisk zanikowych. Warstwa Malpighiego jest tylko miejscami ścieńczała, zresztą prawidłowej grubości; tylko warstwa komórek ziarnistych okazuje zanik wyraźny, co więcej, wykazać ją można w niewielu tylko preparatach. W zakresie wykwitów pierzchniczych płaskich keratohyalina rozmieszczona jest nierówno i gromadzi się gęściej tylko w obwodowych częściach guzków pierzchniczych. (*Fig. II*). Pod imersyą komórki ziarniste wyglądają często, jakby przypłaszczone lub zgniecione. Natomiast w wale, otaczającym guzek, przyskórek jest prawidłowy w całości, tylko sieć Malphighiego nieco węższą.

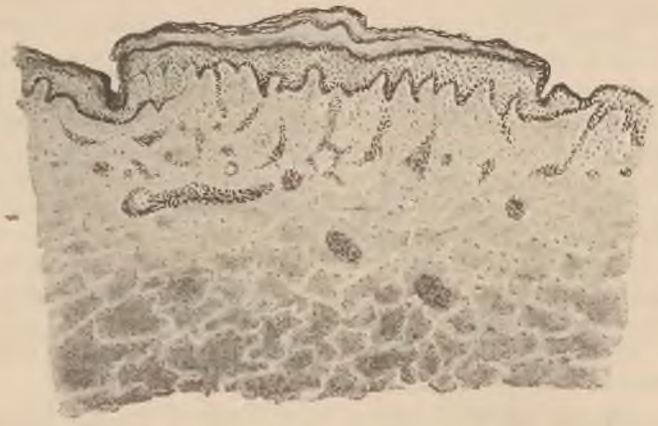


Fig. II.

Komórki warstwy śluzowej *(stratum mucosum)* mają wszędzie kształt kulisty, okrągły; dolne warstwy sieci wypełnia drobnokomórkowy naciek.

Brodawek skórnych nie brak nigdzie; są tylko nieco przypłaszczone i to w miejscach zanikiem objętych, ale wszędzie conajmniej wyraźnie zaznaczone. Warstwa podbrodawkowa okazuje dosyć gęste nacieki komórkowe, które gromadzą się jużto wokoło gruczołów, już też wokoło naczyń. W guzkach pierzchniczych przybierają te nacieki postać smug, biegnących wzdłuż naczyń głębiej położonych. Warstwy podbrodawkowe są wogóle ubogie w naczynia włosowate. Komórek tucznych brak. W tkance łącznej podskórnej nic nieprawidłowego. Gruczoły łojowe skąpe.

Tkanka sprężysta górnych warstw ciała brodawkowego jest w zakresie ognisk zanikowych nader słabo rozwinięta, w niektórych miejscach ledwo zaznaczona. Włókna jeszcze utrzymane są delikatne, cienkie, słabo zabarwione



Fig. III.

i mało pokręcone. W głębszych warstwach skóry zachowanie się tkanki sprężystej zupełnie prawidłowe.

Co do zawartości barwika dotyczących ognisk, to znachodzimy ziarna jego obficie rozsiane tak w głębszych, podstawowych warstwach sieci Malpighiego, jakoteż w samych brodawkach i warstwie podbrodawkowej skóry. W sieci podstawowej ziarna barwikowe są drobniejsze, mniej więcej ró-

wnomiernie rozsiane, podczas gdy w skórze właściwej grubość ich jest znaczniejszą, a nagromadzenie grupowe, zbite *(Fig. IV)*. Widzi się tutaj wewnątrz i zewnątrz komórek łączno-tkankowych ziarna barwikowe, zlane tu i owdzie ze sobą. Natomiast złogów barwikowych dokoła naczyń nie dostrzegłem nigdzie.

Jeżeli teraz obraz ten porównamy z obrazem drobnowidowym zwykłej pierzchnicy płaskiej, to znajdziemy tu i owdzie wybitne różnice. W typowych guzkach pierzchniczych znachodzimy mianowicie wyraźną akantozę, zwykle w związku z równoczesnym przerostem warstwy keratohyalinowej. To też Unna n. p. przywiązuje większe znaczenie do tej akantozy i obrzęku, aniżeli do tak charakterystycznego nacieku okrągłokomórkowego, który przecie ogólnie uważa się za zmianą tak typową dla pierzchnicy. Nadmierne wytwarzanie się zrogowaciałych warstw kosztem warstwy komórek zębiastych *(stratum dentatum s. spinosum)* jest zwyczajnie oznaką daleko posuniętych zmian, którym odpowiada późniejszy okres kliniczny. Za cechy najbardziej charakterystyczne uważać jednak należy ostre odgraniczenie się guzków pierzchniczych, płasko-wypukłe napięcie naskórka ponad częścią guzka, leżącą w samej skórze i zatarcie odgraniczenia naskórka od skóry. Dolną granicę guzka tworzy



Fig. IV.

zwyczajnie linia, wypukła ku dołowi tak, że cały twór przypomina płaską soczewkę dwuwypukłą. Guzek składa się przeważnie z pasm i komórek łącznotkankowych, dokoła których rozsiana jest pewna ilość komórek okrągłych.

Komórki te przedostają się gdzieniegdzie poza granicę przez naskórek wytworzoną i wnikają w sam naskórek. Wśród nacieku nie znachodzi się włókien sprężystych, nie można też dostrzedz zmian świadczących o zaniku.

Jak więc widzimy, różnice między obrazem drobnowidowym zwykłej pierzchnicy, a przypadkiem, przez nas opisanym, są wcale pokaźne. W naszych preparatach niema nigdzie przerostu warstwy ziarnistej, nie można też nigdzie dopatrzeć się w skórze samej odgraniczenia guzków w sposób wybitny i ostry; nie widzi się też prawie nigdzie znacznego przypłaszczenia granic naskórka wobec skóry, nigdzie chociażby śladów akantozy. W naszych preparatach jest wszędzie sieć Malpighiego prawidłowej szerokości, warstwa komórek ziarnistych częściowo zanikła, wypustki międzybrodawkowe wszędzie wydłużone, a nigdzie nie wyrównane w jedną płaszczyznę. Odgraniczenie guzków w skórze (*Fig. II*) nie jest szczególnie ostre, tylko zaznaczone w zwykły, dość widoczny sposób.

Możemy dostrzedz zupełnie wyraźnie lekką falistość odnośnych części skóry; widzimy też znane przypłaszczone grzybowate wyniosłości, odpowiadające skórnemu podkładowi guzków pierzchniczych, ale typowych ostrych odgraniczeń guzków niema nigdzie.

Znajdujemy za to w tychże preparatach nacieki okrągłokomórkowe, których obfite nagromadzenie w górnych warstwach skóry i w naskórku Pinkus *(Zur Kenntnis des Anfangstadiums des Lichen ruber planus, Arch. f. Dermatolog. u. Syphil. LX)* uważa właśnie za cechę typową i charakterystyczną w histopatologii pierzchnicy. *(Fig. III)*.

Pinkus był, o ile wiem, pierwszym, który uważał nacieczenie skóry właściwej aż do naskórka komórkami ziarnistemi za najważniejszą i najcharakterystyczniejszą histopatologiczną cechę pierzchnicy czerwonej. Badał on zupełnie młode, dopiero poczynające się rozwijać guzki pierzchnicze i znalazł w tem utkaniu guzkowem ciemnoziarniste okrągłokomórkowe nacieki, które w wielu miejscach przekraczały granicę naskórka, zmieniając równocześnie w tych górnych warstwach wejrzenie postaciowe:

„Te ciemnoziarniste komórki okazują pewne różnice wejrzenia. Znaczna ich część, mianowicie w głębszych warstwach, zawiera prawie okrągłe ziarna, tylko tu i owdzie nieco nieregularnie wieloboczne (ale nigdy podłużne), które tak silnie barwią się hematoksyliną, że ledwie gdzieniegdzie dostrzedz można dużą zbitą siatkę, jako zrąb podstawowy. Od strony naskórka, a zwłaszcza na granicy jego i w dalszych jego warstwach, mają te ziarna wejrzenie wydłużonych płatowatych jąder ciałek białych wielojądrzastych, tylko są nieco grubsze i nie okazują nigdzie pasem łączących płatki jądra podobnego do liścia koniczyny. (Jestto prawdopodobnie następstwem utrwalenia. W skrawkach utrwalanych w sublimacie są ciałka białe wielojądrzaste pięknie wydłużone). Ten ich kształt zgadzałby się z opisem, podanym przez Schumachera; jednak zapatrywań jego, odnośnie do rodzaju tych komórek, nie podzielałbym. Widzi się wyraźnie, jak całe pasma tych nacieków zdążają ku obu wspomnianym miejscom naskórka".

W preparatach naszych można wprawdzie widzieć, że komórki naciekowe sięgają aż do najpowierzchowniejszych warstw naskórka, różnic postaciowych jednak między komórkami nacieku skóry właściwej, a komórkami naciekowemi naskórka nie mogłem nigdzie stwierdzić. Pytanie, dotyczące rodzaju tych poszczególnych drobnych komórek naciekowych, rozstrząsano już niejednokrotnie. Dotąd jednak nie rozstrzygnięto jeszcze na pewne, czy komórki te uważać za limfocyty, czy też, jak chce Unna, Pappenheim, za drobne komórki plazmatyczne.

Darier w opisanym przez siebie przypadku pierzchnicy czerwonej płaskiej twardzielowej zauważył w początku cierpienia naciek zarodkowych komórek łącznotkankowych, które później rozwinęły się w tkankę łączną stałą. Konsolidowanie się jej następowe mogło później dać powód do rozszerzenia się warstwy brodawkowej i bliznowatego zaniku.

Spostrzeżenia kliniczne i drobnowidowe każą nam uważać nasz przypadek za pierzchnicę płaską zanikową barwikową *(lichen planus atrophicus pigmentosus)*. Jest on zupełnie podobny do przypadku, który ogłosili Gancher, Barbe Balli w r. 1895. Nie możemy też uważać go za końcowy okres zwykłej pierzchnicy płaskiej z wytwarzaniem barwika; owszem pojmować go należy, jako całkiem odrębną

postać pierzchnicy, jako osobny rodzaj choroby skórnej z samego zaraz początku, wiodącej do zaniku i silnego wytwarzania barwika.

Niestety przypadek nasz nie może równocześnie choćby częściowo rozświetlić przyczynowości w ogólnej patogenezie pierzchnic. Wielu autorów skłania się do przyjęcia przyczyn nerwowych. My jednak w tym kierunku nie możemy wykazać żadnych pewniejszych danych, bo w przypadku naszym ani żadne schorzenie układu nerwowego, ani też jego osłabienie nie poprzedzało wybuchu choroby, a w późniejszym jej przebiegu także nic podobnego nie było można wykazać. Do przyjęcia teoryi pasorzytniczej nie uprawnia znów ani kliniczne spostrzeganie chorego, ani drobnowidowe badanie tkanek. Co się tyczy klinicznego rozpoznania przypadku, to obraz chorobowy był tak charakterystyczny, że jakkolwiek wykwitów pierwotnych było bardzo mało i jakkolwiek miałem dotąd sposobność raz tylko i to przed laty widzieć jeden jedyny przypadek tej zanikowej postaci pierzchnicy, to mimo to nie wahałem się ani chwili uznać choroby za pierzchnicę zanikową barwikową *(lichen atrophicus pigmentosus)*. Poszczególne ogniska pierzchnicze, podzielone na pola marskie i zanikowe, białawe plamy przypominające rysunkiem draperye i ułożone w mozaikę, a przytem liczne miejsca przebarwione, ułatwiają rozpoznanie. Potwierdza je jeszcze bardziej sam przebieg choroby, brak wszelkiego silniejszego swędzenia, sączenia i pęcherzyków. W wielu z piśmiennictwa znanych przypadkach ostateczne rozpoznanie opierano dopiero na równoczesnem zajęciu guzkami pierzchniczymi i błony śluzowej ust. W naszym przypadku błony śluzowe były wolne, ale za to zmiany na skórze były tak typowe, że istotnie nie wiem, z jaką inną chorobą możnaby ten przypadek pomieszać. Typowe występowanie ognisk chorobowych, charakterystyczne zmiany barwikowe, a przedewszystkiem wytwarzanie zaniku mogłoby przypominać nieco tylko *parakeratosis variegata* Unny i istotnie w ostatnich czasach znaleźli się autorowie, którzy chcą uważać za jedno i ową parakeratozę Unny i tę zanikową postać pierzchnicy.

Skutków leczenia w dotychczasowej obserwacyi nie mogliśmy zauważyć. Podawanie arsenu powstrzymywało tylko powstawanie nowych guzków pierzchniczych. Pacyentowi chodziło raczej o względy kosmetyczne. Zastosowane w tym celu środki, mające sprowadzić odbarwienie poszczególnych ognisk, pozostały niestety bez wyraźniejszego wyniku lub co najwyżej przejściowe tylko miały znaczenie.

Piśmiennictwo. 1) Besnier: Congres international de dermatologie. (Paris 1889). — 2) Breda: Beobachtungen und Betrachtungen über Lichen ruber. (Archiv f. Dermatolog. XLIII). — 3) Brocq: Traitemant de maladies de la peau, 1890. 4 Brocq: La pratique dermatologique. Paris, 1902. — 5) Darier: Lichen plan sclereux. (Annales de dermat., 1892) — 6) Düring: Lichen neuroticus u. Pityriasis rubra pilaris. (Monatshefte für Dermatolog, 1895). — 7) Gaucher, Barbe u. Balli: Lichen plan atrophique pigmenté. (Annal. de dermatologie, 1895). — 8) Hallopeau: Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophique (Annal de derm, 1887). — 9) Hallopeau. Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. (Annales de dermat, 1896). — 10) Hallopeau: Sur un lichen en nappe. (Annales de derm., 1890). — 11) Jarisch: Hautkrankheiten. (Wien, 1900). 12) Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899. — 13) Neisser. Krankheiten der Haut. (Stuttgardt, 1901). — 14) Orback: Lichen atrophicus und Vitilligo. (Arch. f. Dermatologie L.). — 15) Pincus: Zur Kenntniss des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus. (Arch. f. Dermatologie LX, 1902). — 16) Róna: Weitere Beiträge zur Lehre des Lichen ruber. (Monatshefte f. Dermat, 1889, VIII). 17) Schwimmer: Lichen ruber planus atrophicus. (Arch. f. Dermatologie. 1895, XXXIII). — 18) Stowers: Lichen planus atrophicus. (Third international Congress of derm. London, 1896). — 19) Unna: Die Histopathologie der Hautkranheiten, 1894. — 20) Unna: Lichen annularis universalis. (Atlas seltener Hautkrankheiten, XIV, 1899). — 21) Vinrace: Lichen planus atrophicus. (Third internat. congress of dermat. London, 1896. — 22) Zarubin: Ueber atrophische und serpiginöse Formen des Lichen ruber planus. (Arch. f. Dermat. LVIII).

IV. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Do dalszej grupy czynników biernych mechanizmu 3-go okresu, należą fizyologiczne zwężenia przewodu rodnego niewiasty: 1) okolica pierścienia skurczowego, zawierająca na powierzchni wewnętrznej mięsień okrężny, stanowi dla obsuwania się popłodu w 3-cim okresie przeszkodę dla tego, iż w czasie stanów skurczowych mięśni macicy usiłuje zamknąć jamę trzonu i dna od jamy dolnego odcinka; 2) ujście zewnętrzne i wewnętrzne szyi, równie jak i 3) ujście zewnętrzne pochwy mają skłonność do ściągania się według prawideł połogu. Skoro popłód w czasie trwania 3-go okresu nie dość szybko się obsuwa ku dołowi, ściągnięcie się wyżej wspomnianych zwężeń przewodu rodnego może postąpić mniej lub więcej znacznie tak, że czynniki wydalające popłód muszą dopiero porozszerzać te zwężenia w analogiczny sposób, jak to czyni główka płodu. Zależnie więc od stopnia ściągnięcia owych miejsc przewodu rodnego, a z drugiej strony od wielkości popłodu i siły czynników wydalających, przeszkoda dla wydalenia się popłodu będzie mniej lub więcej znaczną.

Rolę i znaczenie wyżej wyliczonych czynników biernych przedstawiłem bliżej w pracy pod tyt. „Przebieg kliniczny 3-go okresu“, drukowanej w „Przeglądzie lek.“ z r. 1903, Nr. 34, 35, 36. Pominięte szczegóły uwzględnię poniżej przy omówieniu hipotezy 2-go okresu.

Obecnie przechodzę do 2-ej grupy czynników mechanizmu, mianowicie powodujących odklejenie się i wydalenie popłodu. Tu należą: 1) Skurcze macicy w 3 cim okresie porodu, t. j. początkowy tężec, a w dalszym przebiegu skurcze okresowe. 2) Parcie niewiasty. 3) Krwiak. 4) Ściąganie się macicy. Czynniki pod 1, 2, 3 przedstawiłem w wyżej ogłoszonej mej pracy pod tyt. „Przebieg kliniczny 3-go okresu“; tu pozostaje mi bliżej zastanowić się nad znaczeniem 4-go czynnika, t. j. ściągania się macicy.

Macica w ostatnim miesiącu ciąży przedstawia się jako worek mięsny, okryty otrzewną, o ścianach wiotkich, względnie cienkich, albowiem grubość ta od szczytu dna aż do okolicy pierścienia skurczowego, t. j. do linii silnego przyczepu otrzewnej i miejsca występowania naczyń okrężnych macicy waha się w granicach od 4 do 8-miu milimetrów, począwszy zaś od tego miejsca ku ujściu wewnętrznemu szyi, ściana dolnego odcinka cieńczeje do 4 mm. Kształt jamy macicy, w czasie gdy bólu niema, jest zmienny, a zależy poprostu od miejsca w jamie brzusznej. W czasie zaś skurczu kształt jamy macicy staje się albo kulistym (u wieloródek), albo jajowatym (u pierwiastek).

Długość 3-ch osi macicy waha się między 23 a 25 ctm. Przedstawiając sobie jamę macicy jako kulę, w przybliżeniu możemy z tych danych obliczyć wewnętrzną jej powierzchnię. Równa się ona 1700 $ctm.^2$. Wielkość obwodu

72 ctm., wielkość łuku od szczytu dna do ujścia wewnętrznego szyi = 36 ctm. Okolica pierścienia skurczowego leży w wysokości 5 do 8 ctm. nad ujściem wewnętrznem szyi. Jeżeli przyjmiemy średnicę łożyska = 18—20 ctm., to widzimy, że zajmie ona przeszło połowę łuku, a błony zajmą resztę niezajętych 18—16 ctm. łuku, oraz resztę powierzchni.

Jeżeli jamę macicy opróżnimy z płodu, wód, oraz popłodu, to macica natychmiast ściąga się (retrahuje), przybierając kształty macicy pierwszych chwil połogu. Macica w pierwszych chwilach połogu przedstawia narząd mięsisty, okryty otrzewną, wyścielony w 2-ch górnych częściach rozdartą deciduą, zaś w dolnej 3-ciej części błoną śluzową nienaruszoną (z wyjątkiem przypadkowych zdarć przyblonka), składający się z 2-ch ścian przedniej i tylnej, łączących się z sobą w krawędziach i dnie tak, że ściśle rzecz biorąc, jamy macicy niema, jest tylko szpara płaska, przedstawiająca się na przekroju podłużnym macicy w kształcie linii. Razem ściany te tworzą ciało spłaszczone od przodu ku tyłowi, na którem wyróżnić możemy powierzchnie: przednią, tylną, dwie boczne i dno. Powierzchnia przednia jest płaską, tylna wypukła. Wypukłość tylnej powierzchni nie zależy od większej grubości tylnej ściany, ale od tego, że ściana tylna jest większa niż przednia, tworzy wklęsłość, w którą zaadoptowuje się ściana przednia.

W dwu przypadkach przezemnie badanych znalazłem wymiary następujące: grubość ścian 1) w dnie: $\frac{2}{2}$ ctm. 2) na granicy dna i trzonu $\frac{2}{2^1/_2}$ ctm., w środku trzonu $\frac{2}{3}$ ctm. w środku okolicy pierścienia skurczowego $\frac{1^1/_2}{1^1/_2}$ ctm. Długość 2-ch osi jamy (bo trzecia = 0): 1) od dna do najgrubszej części mięśnia okrężnego, czyli środka okolicy pierścienia skurczowego = 13 ctm 2) Szerokość jamy mierzona *a*) od ujścia obu trąbek = 8 ctm., *b*) w środku trzonu = 7 ctm., *c*) w środku okolicy pierścienia skurczowego = 8 ctm. 3) Promień powierzchni dna (które tworzą dwa półkola) = 4 ctm. Długość dolnego odcinka, mierzona od środka okolicy pierścienia skurczowego do ujścia wewn. szyi = 5 ctm. Z wymiarów powyższych możemy obliczyć wielkość powierzchni wewn. macicy pierwszych chwil połogu = 310 ctm.². Miejsce łożyskowe, najczęściej umiejscowione na przedniej lub tylnej powierzchni trzonu macicy (np. w moich 2-ch przypadkach), jest albo owalne, albo okrągłe. Wymiary miejsca łożyskowego owalnego w jednym z moich przypadków były: oś długa = 11 ctm., szeroka = 6 ctm. W drugim zaś o kształcie nieregularnego koła o średnicy = 8 ctm. Z wymiarów powyższych obliczona powierzchnia = 48 ctm.². Jeżeli przyjmiemy zaś, że łożysko okrągłe o średnicy 15 ctm. ma powierzchnię = 250 ctm.² i jeżeli przyjmiemy, że w ciąży powierzchnia miejsca łożyskowego = powierzchni łożyska, to widzimy, że maksymalnie ściągnięte miejsce łożyskowe skraca swe osie przeszło 2 razy, a powierzchnię redukuje 5 razy. Miejsce łożyskowe, maksymalnie ściągnięte, odznacza się nierównością, albowiem usiane jest brodawkami mięsnemi, okrytemi, strzępiastą błoną doczesną następową. Granicę miejsca łożyskowego od reszty gładkiej powierzchni macicy stanowi lekki wał, którego jeden stok w kierunku reszty macicy jest mało spadzisty, gładki, drugi zaś w kierunku miejsca łożyskowego więcej spadzisty, nierówny, bo okryty brodawkami mięsnymi. Przekrój ściany macicy przez miejsce łożyskowe, natrafia na naczynia przeważnie żylne, przebiegające w rozmaitych kierunkach, w przeciwieństwie do reszty muskulatury macicy, która jest w naczynia ubogą.

To porównanie anatomii makroskopowej macicy ciężarnej z macicą pierwszych chwil połogu demonstruje nam naocznie fakt, że macica obok zdolności do skurczów okresowych i tężcowych, co jest łatwo zrozumiałem wobec budowy złożonej z włókien mięsnych, posiada także szczególniejszą zdolność ściągania się. Obserwacya kliniczna ostatnich chwil 2-go okresu porodu, oraz obserwacya cięcia cesarskiego przekonywa nas, że ściąganie się to następować może bez stanu skurczowego mięśni macicy. A więc już proste zastanowienie się musi nas doprowadzić do przekonania, że ściąganie się macicy, to nie zmiana kształtów mięśnia, będącego w stanie czynnym.

Na czemże to zjawisko polega?

Analogiczną własność ściągania się, podobnie jak macica ciężarna, mają balony z gumy elastycznej. Jeżeli np. kolpeurynter wypełnimy szczelnie wodą, wtedy powiększy on znacznie swą objętość, ściana jego ścieńczeje, wyciągnie się, ale co najważniejsza, napnie się, a napięcie to ścian będzie tem większe, im większą jest objętość wprowadzonej wody. Napięcie to ścian (w myśl prawa fizycznego akcya równa jest reakcyi) udziela się płynowi, zawartemu wewnątrz tak, iż napięcie płynu dałoby się manometrem wymierzyć. Gdybyśmy taki balon rozkroili, płyn tryśnie, a ściany zwolnione z nacisku wrócą do swej pierwotnej grubości.

Gdyby zjawiska spostrzegane na macicy ciężarnej zupełnie odpowiadały owemu przykładowi fizycznemu, mielibyśmy oczywistą przyczynę ściągania się macicy, przyjąwszy, iż tkanki, składające ścianę macicy, zachowują się, jak błona elastyczna. Obserwacya przedmiotowa atoli wykazuje poważne różnice, które nakazują nam gdzieindziej szukać przyczyny ściągania się macicy. I tak: gdybyśmy zrobili worek z nitek gumowych o analogicznym przebiegu włókien, jaki spotykamy w macicy pierwszych chwil połogu i worek ten chcieli wydąć zapomocą wody do wielkości macicy w końcu ciąży, to choćby guma ta była najrozciąglejszą, musielibyśmy użyć znacznego ciśnienia, które napięłoby bardzo znacznie powierzchnię sztucznej macicy. Tymczasem powszechnie znanym jest fakt, że macica w końcu ciąży, albo podczas porodu w czasie przerwy między bólami, jest zupełnie wiotkim, flakowatym workiem mięsnym.

Przy sposobności cięcia cesarskiego przekonywamy się, że macica, wytoczona po rozkrojeniu powłok brzusznych na zewnątrz, w razie braku bólu wygląda jak duży balon wiotki, niezbyt szczelnie wypełniony wodą. Skoro przeprowadzimy cięcie przez ścianę macicy, rana rozwiera się, a macica po wylaniu się wód płodowych i wydobyciu płodu, nawet bez wyjęcia popłodu, natychmiast przybiera postać macicy połogowej. Odbywa się to w sposób delikatny, jakby kto składał wachlarz, albo sfałdowalną lampę papierową, a nie przecinał silnie napięty pęcherz gumowy.

Porównania z wachlarzem i lampą papierową użyłem rozmyślnie. Zobaczmy, czy i ta analogia może nam posłużyć do objaśnienia zjawisk, spostrzeganych na macicy. Weźmy balon sfałdowalny, składany i wypełniajmy go zwolna wodą,

to dopóki on może zwiększać swoją pojemność, a fałdy mogą się rozkładać, ściany jego nie ulegną napięciu. Z chwilą atoli, gdy fałdy się wyrównały, a będziemy wprowadzać jeszcze więcej płynu, składany ten balon natychmiast przyjmie własności worka elastycznego. Jeżeli balon ten będziemy opróżniać, to bez najmniejszej trudności będzie się fałdować, aż się całkowicie sfałduje, a jama jego zniknie.

Analogia z macicą bardzo uderzająca i tłómaczyłaby nam wybornie fizyologiczną wiotkość ścian w końcu ciąży, oraz podczas porodu w czasie przerwy między bólami, napięcie ścian macicy w czasie „hydramnios acutus", zwijanie się natychmiastowe macicy w miarę opróżniania się jamy macicy choćby częściowego; trzebaby tylko przyjąć, że włókna mięsne, składające ścianę macicy, nie są bynajmniej wyciągnięte, ale tylko p r z e m i e s z c z o n e w końcu ciąży tak, żeby mogły utworzyć odpowiednio wielką powierzchnię wewnętrzną macicy, którąby wystarczyła do pomieszczenia płodu, wód i popłodu. Dalej: że przemieszczenie to włókien mięsnych, w czasie zmniejszenia się objętości treści może się bez trudności zmienić, nawet bez działania skurczów muskulatury, że do tego wystarczy już sama elastyczność otrzewnej, oraz ciśnienie śródbrzuszne w razie parcia niewiasty. Naturalnie, że głównym czynnikiem, składającym macicę, są stany skurczowe jej muskulatury. Nareszcie, że droga, którą przebywa dane włókno mięsne w macicy w końcu ciąży, aż się znajdzie w tem położeniu, jakie zajmuje w macicy pierwszych chwil połogu, jest stałą i niezmienną, bo układ włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu jest identyczny i w p r z y p a d k a c h c i ę ć c e s a r s k i c h, wykonanych w czasie ciąży, i w przypadkach, gdzie wśród porodu macica energicznie pracowała t a k, i ż p ę k ł a.

Analogia ze składanym balonem nieelastycznym byłaby zupełną, gdyby nie jedna okoliczność: mianowicie balon składany możemy dowolnie zwijać i rozwijać, tymczasem macica raz zwinięta, choćby do pewnego tylko stopnia, z trudnością daje się rozwinąć do pierwotnej wielkości, i gdy to rozwinięcie staramy się wykonać, zachowuje się przez pewien przeciąg czasu jak worek elastyczny.

Najłatwiej o tym fakcie przekonać się możemy, zamierzając w pierwszych chwilach połogu wprowadzić rękę do jamy trzonu macicy, niebędącej w skurczu, n. p. w celu wydobycia błon lub resztek łożyska, albo też w czasie 3-go okresu, w celu odklejenia i wydobycia łożyska całkowicie przyklejonego. Wprowadziwszy rękę do pochwy i przytrzymawszy sobie drugą ręką dno macicy, przekonywamy się, że 4 palce na płask ułożone z łatwością możemy wprowadzić poza pierścień skurczowy do jamy trzonu, piąty palec (wielki) wprowadza się już z trudnością, choćby nawet skurczu macicy nie było; ściągnięta bowiem okolica pierścienia skurczowego musi się dopiero stopniowo rozszerzyć. Zazwyczaj przy tem mechanicznem rozszerzaniu okolicy pierścienia skurczowego wskutek podrażnienia występuje skurcz muskulatury. W czasie skurczu mięsień okrężny okolicy pierścienia skurczowego obciska się około palców badających, przyczem często ma się takie wrażenie, jakby usta schwyciły rękę i nie pozwoliły na dalsze wprowadzanie pięści do jamy trzonu. Skurcz ten trzeba przeczekać. W czasie ustania bólu wprowadzamy zwolna partyami całą rękę, nagle zwykle wprowadzić się nie udaje, co chwila bowiem przeszkadza temu występujący skurcz macicy. Pięść w jamie macicy po pewnej chwili swobodnie się porusza, albowiem ściany trzonu macicy obecnie się rozprzestrzeniły, rozwinęły, czyli ściąganie się jej częściowo ustąpiło.

Obserwacya powyższa daje nam wytłómaczenie faktu, czemu macica łatwo się ściąga, ale ściągnięta trudno się rozwija, przyczem zachowuje się przez pewien czas, jak worek elastyczny. Odgrywają tu rolę 2 następujące czynniki: 1) s k u r c z e m u s k u l a t u r y, które natychmiast zjawiają się (skoro tylko pobudliwość macicy jest prawidłową), gdy jakikolwiek czynnik usiłuje ściągniętą macicę rozwinąć. Skurcze te mają za zadanie wydalić przyczynę, wywołującą rozciąganie macicy. Skoro atoli przeczeka się działanie skurczu, to macica, nie mogąc wydalić ciała obcego, po pewnym czasie grupuje tak swoje pierwiastki, aby go módz pomieścić w swej jamie. Gdy atoli nowy dodatek chcemy wprowadzić do istniejącego ciała, macica na nowo oddziaływa nowym skurczem. 2) Nie tylko same skurcze muskulatury przeszkadzają rozwijaniu się ściągniętej macicy, owszem musimy przyjąć, że istnieje tu p e w i e n r o d z a j b i e r n e g o o p o r u, który przy wachlarzu, czy balonie składanym nazwalibyśmy tarciem, tu zaś nazwijmy go n i e r o z c i ą g l i w o ś c i ą w nowe położenie zgrupowanych składników ściany macicy, jako to: tkanki łącznej międzymięśniowej, samej tkanki mięsnej, elastycznej otrzewnej, naczyń itd. Że tak jest i że tego biernego oporu pominąć nie można, dowodzi tak samo przeprowadzone doświadczenie jakie opisaliśmy na kobiecie żywej, n a m a c i c y p o ł o g o w e j, w y c i ę t e j w ustroju w czasie cięcia cesarskiego, a więc gdzie muskulatura obumarła i stała się niezdolną do skurczów. I tu trzeba zwolna rozszerzać jamę macicy, chcąc do niej całą pięść wprowadzić. Po wprowadzeniu pięści atoli przekonywujemy się, że ściany macicy są wiotkie, czyli że elastyczność tkanin odgrywa przy ściąganiu się macicy minimalną rolę.

Zdolność macicy do ściągania się wraz ze zdolnością do skurczów jej muskulatury wywołuje w c z a s i e s k u r c z u efekt taki, jakby ściany macicy były zrobione z materyału elastycznego, t. j. po rozciągnięciu wracały do pierwotnego swego położenia i grubości z pewną siłą. Oczywiście przy napiętym pęcherzu gumowym siła skurczu jest największą na początku, a w miarę postępu ściągania się maleje, tu zaś zrazu jest słaba, narasta wraz z narastaniem bolu, największą zaś jest na szczycie bolu, aby później powoli spaść do 0. Ze względu na ostateczny cel ściągania się i skurczów macicy ma ona tę cenną zaletę, że składa się bardzo łatwo, a składanie to odbywa się na szczycie bolu ze znaczną siłą; natomiast raz zwinięta, choćby tylko do pewnego punktu, rozwija się trudno. Jestto mechanizm, który możnaby przyrównać d o m e c h a n i z m u z a t r z a s k ó w.

Aby tem głębiej wniknąć w istotę ściągania się macicy, zapytajmy się, czy mamy w ustroju narządy, któreby przedstawiały analogiczną zdolność do ściągania się, jak macica ciężarna? Szukajmy między narządami o analogicznej budowie anatomicznej, jak macica. Znachodzimy p ę c h e r z m o c z o w y wypełniony moczem, albo pusty, oraz s e r c e. Pęcherz moczowy w stanie pustym jest znikomo małym narządem w porównaniu do stanu swego wypełnienia. I on, podobnie jak macica, wypełniony moczem w granicach fizyologicznych, ma ściany wiotkie, nie napięte; tu dopiero skurcz muskulatury nadaje jego ścianom własności napiętego worka elastycznego. Analogię w funkcyi możnaby jeszcze dalej przedłużać.

Zupełnie inaczej natomiast zachowuje się serce, jakkolwiek i ten narząd anatomicznie przypomina macicę; jest ono bowiem narządem mięsistym z jamą, wyścieloną śródbłonkiem, okrytym błoną osierdziową, zdolnym do skurczów okresowych i tężcowych. Serce niema zdolności do ściągania się takiego, jak macica lub pęcherz moczowy. Zmiany kształtu i pojemności jam serca, wywołane skurczem muskulatury, po ustaniu skurczu wyrównują się do tych samych wymiarów i kształtów, jakie były w czasie rozkurczu. W sercu w czasie ustania skurczu przez pewien czas istnieje parcie ujemne. Włókna mięsne ścian serca, przemieszczone w czasie skurczu, wracają, jak z napięcia zwolniona sprężyna elastyczna, w pierwotne swe położenie. (Patrz „Fizyologia“ Cybulskiego). (D. nast).

V. Wyciągi.

Orłowski Witold. **O autointoksykacyi ustroju kwasami, jako czynniku przyczynowym w patologii chorób wewnętrznych, zwłaszcza w mocznicy.** (*Centralbl. für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* Nr. 5, 1902). Zapatrywanie, wypowiedziane pierwszy raz przez Jakscha, o samozatruciu ustroju kwasami, jako przyczynie mocznicy, utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Teoryę swoją oparł Jaksch na podstawie badań krwi, które stale wykazywały obniżenie jej zasadowości. Orłowski powątpiewa o ścisłości tego zapatrywania, gdyż na obniżenie zasadowości krwi mogą wpływać prócz zatrucia kwasami także inne czynniki: rozcieńczenie krwi, zmniejszenie liczby krwinek czerwonych, nośników przeważnej części zasad krwi i wreszcie spółczesne istnienie wszystkich tych trzech czynników. Autorowi chodzi o wykazanie, która z przyczyn tych gra rolę w mocznicy. Badania krwi przeprowadził w ten sposób, że obok oznaczenia alkalescencyi krwi obliczał liczbę krwinek u psów, u których wywołał mocznicę przez podwiązanie moczowodów, oraz u ludzi chorych na przewlekłe zapalenie nerek z objawami mocznicy; krew badał przed, w czasie napadu i po nim. W czasie napadów znachodził stale nieznaczne obniżenie liczby krwinek czerwonych, co dowodzi rozcieńczenia krwi i znaczniejszego zmniejszenia się jej zasadowości, niżby to odpowiadało jej rozcieńczeniu. Zatem obok rozcieńczenia występuje nagromadzenie produktów kwaśnych we krwi. Jednak obniżenie zasadowości nigdy, co do czasu, nie szło równolegle z nasileniem objawów mocznicowych. Zrazu, lubo objawy zatrucia mocznicowego istniały w całej pełni, zasadowość nieznacznie była obniżoną. Wnioskuje ztąd autor, że mocznicę wywołuje nie nagromadzenie kwasów we krwi, lecz nieznana nam dotąd przyczyna; zaś spadek zasadowości jest tylko objawem, towarzyszącym mocznicy, nie mającym z nią związku przyczynowego. Jako dalsze dowody swego twierdzenia przytacza Orłowski, że leczenie alkaliczne nie daje wyniku, że w przypadkach, w których pilokarpina przynosiła poprawę stanu chorych mocznicowych, zasadowość krwi wznosiła się bardzo mało odpowiednio do swego zagęszczenia wskutek utraty części płynnych przez poty. Zapewne jako następstwo specyalnego narządu regulującego utrzymuje się zasadowość osocza u człowieka zdrowego i chorego na jednakiej wyżynie. Wyjątek stanowią prócz mocznicy: ciężka cukrzyca, charłactwo rakowe, oraz zapalenie płuc ze zejściem śmiertelnem. Gdyby nagromadzenie ciał kwaśnych, samo, jako takie, wywoływało objawy mocznicowe, musiałyby one też mieć miejsce śród wymienionych stanów chorobowych, gdzie, jak w raku lub cukrzycy, obniżenie zasadowości może wynosi 67%, było znaczniejszem, niż w przypadkach mocznicy, badanych przez autora. W dalszym ciągu wykazuje autor kruchość podstaw, na których budowano teoryę samozatrucia ustroju kwasami. Aby fakt samozatrucia wykazać, żądali zwolennicy tej teoryi stwierdzenia następujących faktów: 1. obniżenia zasadowości krwi; 2. zwiększenia we krwi i moczu ilości soli amonowych; 3. zwiększenia wydzielania sodu i potasu; 4. zwiększenia wydzielanego z moczem azotu; 5. podwyższenia kwasoty moczu wskutek większej ilości kwasu fosforowego, siarkowego, solnego; 6. występowania acetonu, kwasu octoilo-octowego i β-oksymasłowego w moczu; 7. dodatniego wpływu leczenia zasadami. Jedni z autorów wymagają udowodnienia wszystkich wyliczonych punktów, przeważna zaś część zadowalnia się wykazaniem kilku z nich. Tymczasem, jak już autor wykazał, obniżenie zasadowości nie dowodzi zatrucia kwasami. Zwiększenie ilości wydzielanych amoniaku, sodu, potasu, zwiększenie kwasoty, wszystko to są przejawy czynności narządu, którego zadaniem utrzymanie zasadowości krwi na tymże stalo stopniu, są to akty samoobrony ustroju, gdzie daleko jeszcze do zatrucia. Dowodem, że ludzie, na których Limbeck robił tego rodzaju doświadczenia i u których te objawy znachodził, niczem nie zdradzali jakiegoś stanu chorobowego; podczas gdy Walter, który stopień zatrucia spotęgował, spostrzegał zmiany, przypominające śpiączkę cukrzycą, ustępujące przy podaniu zasad. Do innych objawów, podawanych jako cechy samozatrucia kwasami, zaliczyć należy obecność acetonu i kwasu octoilo-octowego, która dowodzi znacznego zaburzenia w przemianie materyi, które ma miejsce w najróżnorodniejszych schorzeniach. Podobnie ma się rzecz ze zwiększeniem azotu. Jedynie wystąpienie kwasu β-oksymasłowego ma znaczenie, gdyż, zdaje się, występuje on w wielkich ilościach tylko w ciężkich postaciach cukrzycy i w śpiączce cukrzycej. Gdzie więc mamy ten objaw, a leczenie alkaliczne skutkuje, można mówić o zatruciu ustroju kwasami. Jedno i drugie stwierdzono tylko dotychczas w śpiączce cukrzycej. Dotychczasowe tłómaczenie różnych stanów chorobowych zatruciem kwasami: w mocznicy, charłactwie, stanach gorączkowych, niedokrewności, pewnych postaciach nieżytów żołądkowo-kiszkowych u dzieci, tem samem upada. *Orzechowski.*

J. Feinschmidt. **Czy komórki zwierzęce zawierają ferment glikolityczny?** (*Fortschritte der Medizin.* Tom 21, str. 729, 1903). Istnienie fermentu rozkładającego cukier, wykryte we krwi przez Lépinca, w narządach przez Blumenthala, podawano z pewnych stron w wątpliwość. Autor uzyskał z trzustki, wątroby i mięśni sok wytłoczynowy, posiadający w wysokim stopniu własność rozkładania cukru. Przy doświadczeniach przestrzegano starannie jałowości płynów. Mały dodatek chloroformu, względnie toluolu, wyjaławiał mieszaninę soku wytłoczynowego z narządu i cukru, nie powstrzymując procesu glikolizy. W atmosferze wodoru okazywała się glikoliza energiczniejszą, niż w warunkach prawidłowego oddechania. Poczynała się glikoliza dopiero w 3 do 6 godzin od początku doświadczenia, a w przebiegu jej powstawał bezwodnik węglowy, alkohol w zmiennej ilości i kwasy. Zapomocą mieszaniny alkoholu i eteru udało się autorowi wyosobnić czynny ferment, przyczem się okazało, że działał on energiczniej od soku, wytłoczonego z narządów. *Orzechowski.*

Jung. **Doświadczenia przy leczeniu spraw ropnych przydatków macicy i tkanki łącznej w miednicy.** (*Archiv für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 1, 1903) Kwestya leczenia spraw ropnych w miednicy kobiecej nie jest jeszcze jasną tak ze względu na wskazania, jak i na technikę postępowania. Jedni usuwają wraz z chorymi przydatkami i macicę, jako źródło dalszych przypadłości, inni ograniczają się tylko do wyjęcia części zajętych; jedni operują przez jamę brzuszną, drudzy przez pochwę. Prawie wszyscy ginekologowie zgodnie zauważyli, że otrzymana ropa jest w 50% jałową, a w 50% zawiera dwoinki Neisserowskie (gonokoki), rzadko tylko inne bakterye; śmiertelność przypadków operowanych wynosi przeciętnie 8%; autor spostrzegał 134 przypadków ropni miednicowych, z których 117 leczono operacyjnie, 17 zaś zachowawczo. Z operowanych umarło 24 = 20·5%, liczba bardzo wysoka w porównaniu z 8% u innych. Po wykluczeniu błędów, mogących powstać z odmiennych wskazań, lub w technice, sądzi autor, że przyczyna tak różnych wyników leży w doborze materyału klinicznego. Podczas gdy materyał, którym autor rozporządza, składa się głównie z ludności wiejskiej, statystyki inne opierają się na materyale z miast wielkich, a że ten jest inny, wykazują już wprost przeciwne wyniki badania ropy. Ta była tylko 15 razy jałową, a 12 razy zawierała gonokoki, najczęściej zaś znajdowano gronkowce i łańcuszkowce (35·8%) i bakterye gruźlicze (24·6%). Podczas więc gdy w miastach wielkich sprawy ropne w miednicy kobiet należy odnieść przeważnie do zakażenia rzeżączkowego, u kobiet wiejskich idzie głównie o sprawy posocznicze, nabyte w pologach, oraz gruźlicze. Nic też dziwnego, że przy tej samej technice operacyjnej wyniki autora są gorsze, jużto z powodu rozlania się takiej ropy na otrzewnę, jużto z powodu innych ciężkich powikłań gruźliczych w całym ustroju. Z tego powodu i ze względu na wcale dobre wyniki leczenia zachowawczego radzi autor przy doborze materyału, składającego się z ludności wiejskiej, ograniczyć się tylko do nacięcia drogą pochwy, wypuszczenia ropy i sączkowania z zastosowaniem leczenia następowego, polegającego na stosowaniu gorąca, kąpieli, przestrzykiwań, gorącego powietrza i środków wsysających, jak ichtyol, jod. Sposób ten ma te strony ujemne, że nie daje jasnego obrazu o stosunkach istniejących w miednicy, że skutkiem tego nieraz nie opróżni się wszystkich ognisk ropnych i naraża chorą na nawroty; nadto mogą pozostać blizny, przewlekłe zapalenia tkanki przymacicznej, które czasem powodują niemniej ciężkie

przypadłości, aniżeli cierpienie pierwotne. Zaletą zaś wielką tej metody jest to, że zachowuje cały narząd rodny i jego czynności, a tem samem chroni kobiety od owych ciężkich przypadłości, występujących przy przedwczesnem ustawaniu miesiączki. Dłużej zatrzymuje się autor nad gruźlicą części rodnych, której rozpoznanie pewne rzadko jest możliwe, zwykle tylko prawdopodobne. Tylko w przypadkach gruźlicy, ograniczonej do części rodnych, można się kusić o operacyę doszczętną, chociaż i tu zdarza się, że dopiero po operacyi wybucha ogólna gruźlica prosówkowa. Przy równoczesnej gruźlicy otrzewnej należy się ograniczyć do wypuszczenia płynu przesączynowego drogą pochwy. Postępując według tych zasad, otrzymał autor znacznie lepsze wyniki, aniżeli postępowaniem doszczętnem, przynajmniej ze względu na odsetek śmiertelności.

Dr. E. Ehrenpreis.

Menzer: **Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej znaczenie dla człowieka.** (*Münch. med. Wochensch.* Nr. 25, 1903). Praca ta daje się ująć w następujących punktach: 1) Działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, tak w doświadczeniach na zwierzętach, jako też i u człowieka, polega na wywoływaniu fagocytozy, przez co ustrój ludzki musi wziąść na siebie najważniejszą pracę w walce z paciorkowcem. Jeśli temu podołać nie może, natenczas zastosowanie surowicy jest bezowocne. 2. Pominąwszy już zniszczenie drobnoustrojów, które sprawę chorobową wywołały, musi ustrój usunąć niejako z pola walki padłe drobnoustroje i komórki przez wessanie. W przypadkach, gdzie przychodzi do zamkniętego nagromadzenia ropy, surowica jest bez zabiegu operacyjnego przeciwwskazana, gdyż zwiększa jeszcze wessanie trujących, ropnych substancyi. 3. Surowica w wysokich dawkach może dać w przypadkach rozpoczynającego się ostrego zakażenia paciorkowcami bardzo dobre wyniki. 4. W leczeniu ludzkich zakażeń paciorkowcowych działa tylko surowica, która jest sporządzoną z paciorkowców świeżo z człowieka wyhodowanych. 5. Dotychczasowe próby nad surowicą przeciwpaciorkowcową na zwierzęciu nie pozwalają ocenić jej siły leczniczej w stosunku do człowieka. Tymczasowo w braku lepszego sposobu próbowania zadziałanie na człowieka musi pozostać jedyną miarą.

B. Żmigród.

Hahn. **Obecny stan i wyniki zachowawczego i operacyjnego leczenia zapalnych schorzeń przydatków.** (*Wiener med. Presse* Nr. 30 i 31, 1903). Autor dochodzi do następujących wniosków: 1. Nakłucie jest dobrym pomocniczym środkiem dla stwierdzenia, czy wogóle jest ropa i jaka, ale rzadko tylko daje się zastosować, jako zabieg leczniczy. 2. Nacięcie od strony pochwy jest operacyą tylko łagodzącą; rzadko bardzo osiąga się po niem rzeczywiste wyleczenie. 3. Nim się przystąpi do operacyi, należy wyczerpać wszystkie istniejące sposoby zachowawcze. Wskazanym jest zabieg operacyjny w chorobach przydatków przy zbiegu ciężkich objawów z pewnemi zmianami anatomicznemi, przy których to zmianach nie można, jak doświadczenie uczy, spodziewać się stałego powrotu *ad integrum*, a także przy objawach nieciężkich, jeśli się na pewno wykazało ropę. 4. Najlepsze wyniki trwałe z bardzo małym odsetkiem śmiertelności daje operacya doszczętna od strony pochwy. Przy rozległych zrostach i niejasnych stosunkach należy operacyę pochwową zastąpić brzuszną. W końcu dodaje autor, że w każdym poszczególnym przypadku należy zwracać uwagę na specyalne warunki chorej.

B. Żmigród.

Milchner. **Prątki rzekomogruźlicze w przypadku bardzo znacznej rozstrzeni oskrzelowej, nadto przyczynek do zachowania się prątków w tkance wobec barwików.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 29, 1903). U chorego, który miał już kilka razy krwotoki płucne, badanie przedmiotowe wykazywało stłumienie na szerokość dłoni w dolnej części płuca, nadto oddech oskrzelowy i drobne rzężenia. W celu upewnienia się w rozpoznaniu badano plwociny i znaleziono prątki, barwiące się barwikami kwaśnymi, które to prątki barwieniem się i wejrzeniem odpowiadały gruźliczym. Rozpoznano wobec tego gruźlicę płuc: jednakże przeciwko temu rozpoznaniu przemawiały przedmiotowy i podmiotowy stan chorego, a także niezwykłe umiejscowienie stłumienia w płacie dolnym. Badania, dokonane z tymi prątkami na zwierzętach, nie dały gruźlicy, lecz wykazały, że prątki te są prątkami rzekomogruźliczymi. Chory umarł po sześciu miesiącach z powodu osłabienia serca, a sekcya wykazała rozległą rozstrzeń i jamę oskrzelową; poza tem ani gołem okiem, ani drobnowidowo śladu gruźlicy wykazać nie można było. Ciekawem było w tym przypadku, że prątki te z plwociny barwiły się bardzo dobrze Gabbetem, podczas gdy w tkance ustalonej w wyskoku i formalinie przed barwieniem, ani Gabbetem, ani Ehrlichem zabarwić się nie dały. Autor idzie dalej od Liechtensteina, który zauważył lekkie odbarwianie się w wyskoku i co do tego przypadku sądzi, że prątki rzekomogruźlicze, przygotowane przedtem w wyskoku i formalinie, tracą siłę barwienia się. *B. Żmigród.*

Baermann. **Patogeneza rzeżączkowego zapalenia przyjądrza i próby jego leczenia nakłuciem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 40) Autor na podstawie swoich badań dochodzi do następujących wniosków: 1. Każde zapalenie przyjądrza, występujące w przebiegu rzeżączki, powstaje wskutek miejscowego wtargnięcia dwoinek rzeżączkowych; z płynu otrzymanego z nakłucia można zawsze dwoinki rzeżączkowe wyhodować. 2. W przeważnej liczbie zapaleń przyjądrza tworzy się bardzo szybko ropień, co dotychczas klinicznie nie było stwierdzonem. Ropienia te przedstawiają albo ropnie zastoinowe, więc ropnie rzekome z ewentualnym następowym rozpadem ściany przewodu przyjądrza, albo należy je po części uważać za czyste ropnie, występujące w otaczającej tkance łącznej, do której dwoinki dostają się drogą naczyń chłonnych. 3. W przypadkach, w których przychodzi do ropienia, występuje zawsze równocześnie mniej lub więcej znaczny wodniak jądra, wywołany również miejscowem wtargnięciem dwoinek rzeżączkowych między blaszki osłonki pochewkowej. 4. Także przy istniejących od lat resztkach po zapaleniu przyjądrza można pod pewnymi warunkami wykazać dwoinki bakteryologicznie. 5. Zapalenia przyjądrza, występujące w połączeniu z pierwotnem zapaleniem cewki nierzeżączkowem, (że takie zapalenia cewki istnieją, nie ulega wątpliwości; występujące w połączeniu z niemi ostre zapalenie przyjądrza jest wprawdzie rzadkie, lecz na pewno klinicznie stwierdzone), są również wywołane miejscowem wtargnięciem drobnoustrojów, wywołujących zapalenie cewki. 6. W zapaleniach przyjądrza, przebiegających wśród gwałtownych objawów zapalnych, poleca się wczesne nakłucie (zabieg bardzo bolesny), przez co wypróżnić można ewentualne ropnie rzekome, lub umiejscowione w tkance łącznej i uchronić w ten sposób sam przewód przyjądrza od rozpadu ropnego. 7. Również poleca się nakłucie zapalnego wodniaka jądra, gdyż po jego wypróżnieniu powstają lepsze stosunki w krążeniu i tem korzystniejsze warunki dla wessania.

Dr. Fels.

Dr. C. Goutermann. **Badania doświadczalne nad ilościowem zachowaniem się bakteryi w ranach przypadkowych pod suchym aseptycznym opatrunkiem i pod wilgotnym przeciwgnilnym.** (*Langenbecka Archiv* T. 70, Z. 2, 1903). 1) Nie można stwierdzić, aby środki przeciwgnilne (jodoform, sublimat 0,5‰, karbol 3%) wpływały niekorzystnie na rozwój bakteryi w ranach. 2) Ilość bakteryi w ranach przypadkowych, nie ropiejących, zwiększa się pod wilgotnym nieprzenikliwym opatrunkiem antyseptycznym, czego nie spostrzegamy pod opatrunkiem suchym. 3) Najlepsza okazała się gaza jodoformowa sucha, ta bowiem wchłania wydzielinę, tamuje krwawienie i powstrzymuje wzrost bakteryi. 4) Pod wpływem opatrunków wilgotnych powstaje w otoczeniu rany skutkiem maceracyi skóry — wyprysk i ropnie w torebkach włosowych. 5) Wilgotne opatrunki nie zapobiegają zropieniu ran przypadkowych. 6) W ranach ropiejących, opatrywanych na sucho, ilość bakteryi szybciej się zmniejsza, aniżeli pod wpływem opatrunków wilgotnych. 7) W zapaleniach ropówkowych gaza aseptyczna, lub jodoformowa sucha działa korzystnie na zmniejszanie się ilości bakteryi. 8) Wiele ran przypadkowych, mimo znacznej ilości bakteryi, bakteryologicznie w nich wykazanych, klinicznie nie przedstawia cech zapalnych.

Herman.

Dr. Nonne. **Ostre porażenie poprzeczne przy złośliwych nowotworach kręgosłupa. Przypadek ostrego poprzecznego zwyrodnienia rdzenia lędźwiowego przy ogólnem zrakowaceniu kości.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1903). Mężczyzna 57-letni zachorował przed rokiem na przewlekle przebiegający wiąd rdzenia. Następnie rozwinął się u niego rak w gruczole krokowym, stąd potworzyły się liczne przerzuty w kościach, zwłaszcza zaś w kręgach, nigdzie jednak tak się nie usadowiły, aby choć w najniższym stopniu zmniejszały pojemność kręgosłupa. W końcu dolnej części rdzenia, już przewlekle zmienionego (wiąd), wystąpiło ostre zwyrodnienie, zajmujące cały przekrój poprzeczny rdzenia. Przyczyną zaś tego zwyrodnienia były najprawdopodobniej toksyny, wytwarzane przez nowotwór rakowy.

Herman.

Dr. Wieting i Dr. Niko Cassane Effendi. **Wyniki po wysokiem cięciu nadłonowem z powodu kamicy pęcherzowej.** (*Langenbecka Archiv* T. 70, 22). Zdaniem autorów ta metoda jest najlepszą, którą chirurg sobie przyswoi i którą dla swoich celów uważa za najodpowiedniejszą. Według autorów warunkom tym odpowiada *sectio alta*, gdyż jest 1) technicznie łatwa; 2) pozwala dokładnie przejrzeć pęcherz, 3) sondować moczowody; 4) w leczeniu następowem jest prostą i 5) nie wymaga specyalnego instrumentaryum. Więc też użyli cięcia nadłonowego 45 razy, cięcia kroczowego dwa razy. W 42 przypadkach (z I seryi) pęcherz zeszyto całkowicie, a tylko trzy razy pozostawiono go otwartym, tj. tam, gdzie znaleziono zmiany, odpowiadające ciężkiemu nieżytowi pęcherza. Z ogólnej liczby operowanych (44) dwóch zmarło, obaj

z powodu ropienia w nerkach, wywołanego kamicą; (jeden z nich operowany już *in extremis*). Z 42 przypadków I-szej seryi w 7-miu miano potem do czynienia z przetokami. Przyczynę ich upatrują autorowie w błędach technicznych, popełnionych przez operujących bez dostatecznej wprawy. Autorowie zakładają szew dwurzędowy; katgutowy ciągły na błonę śluzową i węzełkowy jedwabny na błonę mięsną. Leczenie następowe polega na opróżnianiu pęcherza cewnikiem co 3—4 godziny w dzień i na zakładaniu cewnika komornem na noc. Dłuższego pozostawiania cewnika na stałe, z wyjątkiem przypadków z przerostem gruczołu krokowego i zwężeniem cewki, unikają z obawy spraw ropnych w cewce, które mogą wywołać nawet zropienie gruczołu krokowego. Również występują autorowie przeciw *sectio mediana*, gdyż drogi płciowe wewnętrzne, głównie pęcherzyki nasienne, mogą uledz znacznemu i stałemu uszkodzeniu. *Herman.*

C. Beck. **O samoochronie przy röntgenoskopii.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 32). Badacze, posługujący się röntgenoskopią, mają zwyczaj próbować twardość rur na własnej ręce. Z tej przyczyny po pewnym czasie dostają zapalenia skóry na rękach, zmian w paznokciach itd. B. radzi, aby do prób tych używać fantomu ze szkieletu ręki, przyszytej do tektury. Fantom taki oddaje znakomite usługi. *Herman.*

Dr. Tadao Houdo (Tokio). **W sprawie doszczętnych operacyi przepukliu pachwinowych.** (*Deutsch. med. Woch.* 1903. Nr. 32). Autor operuje ściśle wedle metody Bassiniego, a swoją modyfikacyę nazywa uniesieniem i wsunięciem kikuta worka przepuklinowego między otrzewnę ścienną a powięź poprzeczną. Aktu tego dokonuje w ten sposób, że worek podwiązuje długą nitką, odcina go, poczem na tępo w obwodzie otworu wewn. kanału pachwinowego oddziela otrzewnę od powięzi poprzecznicy. Na oba końce nitki, podwiązującej kikut worka, zakłada igły i niemi przewleka sieć ponad otrzewną przez całą grubość powłok brzusznych (z pominięciem skóry), zawiązując je wreszcie ponad rozcięgnem m. skośnego zewnętrznego. (W klinice Rydygiera, gdzie się do niedawna operowało wyłącznie metodą Bassini-Postempskiego, tego unoszenia worka używało się stale i to co najmniej od 10-ciu lat. *Uw. ref.*). *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Surowica przeciwpaciorkowcowa i jej zastosowanie u człowieka. (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 25 i 26, 1903). Dr. Menzer, asystent berlińskiej kliniki wewnętrznej prof. Senatora, opiera swoje spostrzeżenia nad stosowaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej u człowieka na materyale przeszło stu chorych, leczonych w klinice. Usiłuje on określić, czego spodziewać się możemy u chorych ze stosowania tej surowicy, a na co liczyć nie należy. Ponieważ kwestya zakażenia paciorkowcami w ostatnich czasach znajduje się na porządku dziennym, zachodzi obawa przecenienia działania leczniczego tego środka; z tego powodu autor zamierzył zawczasu przestrzedz, aby początkowe przecenienie nie dało powodu do tem większego rozczarowania. Kto poznał szczególne własności działania surowicy paciorkowcowej, ten łatwo oceni granice jej skuteczności z jednej, a niebezpieczeństwa z drugiej strony. Przy trafnem stosowaniu i dozowaniu osiągnąć można znakomite wyniki lecznicze. Końcowe wnioski autora są następujące: 1. Surowica przeciwpaciorkowcowa działa u człowieka tak, jak w doświadczeniu na zwierzętach, przez pobudzenie fagocytozy. Jeżeli ustrój ludzki nie może już rozwinąć tego działania, stosowanie surowicy paciorkowcowej będzie bezużytecznem. 2. Oprócz wytępienia czynników chorobowych, które wtargnęły do ustroju, pozostaje jeszcze zadanie wessania obumarłych prątków i komórek. W przypadkach, w których przychodzi do otorbionego nagromadzenia się ropy, surowica paciorkowcowa jest przeciwwskazaną bez chirurgicznego zabiegu, ponieważ wzmaga ona wchłanianie trujących substancyi ropnych. 3. Surowica paciorkowcowa może dać najlepsze wyniki w przypadkach rozpoczynającego się ostrego zakażenia („streptococcaemia“). 4. W leczeniu zakażenia paciorkowcowego u człowieka skutkują tylko surowice przeciwpaciorkowcowe, które przygotowano zapomocą paciorkowców, świeżo wyhodowanych z człowieka. Przy tożsamości wszystkich paciorkowców stosować można taką surowicę we wszystkich zakażeniach tymi drobnoustrojami, jeżeli poszczególny przypadek do tego się nadaje z innych względów. 5. Dotychczasowe wypróbowanie surowicy paciorkowcowej w doświadczeniu na zwierzętach nie daje podstawy do ocenienia siły leczniczej u człowieka. Na razie wobec braku lepszego sposobu wypróbowania, działanie na człowieka musi pozostać jedynie ważnym probierzem. *Baschkopf.*

VII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

35. Żuławski (Gorlice): **Przedstawienie chorego i preparatu po wycięciu rękojeści i części mostka, oraz kilka słów w sprawie gruźlicy.** Prelegent przedstawia chorego 8-letniego, u którego z powodu gruźliczego zniszczenia mostka wyciął pozostałe jego części, a od strony obojczyków eksartykulował. Mimoto czynność kończyn górnych nie została upośledzoną, powierzchnie obojczyków zaś zbliżyły się i wytworzył się staw. Prelegent omawia smutne stosunki w szpitalach prowincyonalnych, gdzie znaczny odsetek chorych (przeszło 20%) cierpi na gruźlicę w różnych postaciach; jest zdania, że państwo powinno się energiczniej zająć zapobieganiem gruźlicy, a jako jeden ze środków zaradczych uważa Ż. szczepienie ochronne bydła tuberkuliną.

36. Jankowski (Warszawa): **O przedziurawieniach jelita w durze.** J. zdaje sprawę z przypadku duru ambulatoryjnego, w którym nastąpiło przedziurawienie jelita. Przypadek operowano i chory wyzdrowiał. Operowano w ten sposób, że brzegi wrzodu okrojono, a po obrównaniu zeszyto i opatrzono gazą jodoformową. Statystyka tych operowanych przypadków wykazuje coraz to lepsze wyniki: w roku 1901 na 107 przypadków wyzdrowiało 23. Midlewski podaje w roku 1902 28% wyzdrowienia, Harte w roku 1903 na 333 przypadków 31% wyzdrowień.

37. Barącz (Lwów): **Krótki pogląd na obecny stan techniki operacyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, na podstawie własnych spostrzeżeń.** W Ameryce wszystko operuje się w szpitalu; w domu nie operuje się wcale; to też szpitale są podzielone na dwie części: jedna dla chorych szpitalnych, druga dla chorych prywatnych. Dozorują po salach posługaczki, które odbyły trzyletni kurs w szkole dla posługaczek; one też przygotowują do operacyi, gotują narzędzia i asystują przy operacyi. W Ameryce używają środka antyseptycznego, wynalezionego przez Roberta Weira: jestto mieszanina sody zwykłej (do prania) i chlorku wapna; bierze się kryształ sody i łyżkę chlorku wapna, dodaje się trochę wody i wciera w ręce przez 3—5 minut; uczuwa się początkowo gorąco, a potem chłód. Wytwarza się wolny chlor, znakomity środek bakteryobójczy i płyn Labaraca; badania umytych w ten sposób rąk wykazały, że są jałowe. Sposób ten sprawia, co prawda, woń bardzo nieprzyjemną, drażniącą; by tę woń chloru usunąć, nalewa się na ręce 5% wody amoniakalnej, która woń usuwa. Skóra przy tej metodzie jest bardzo mało drażnioną. Amerykanie operują w rękawiczkach gumowych, nie mają ropienia po operacyi. Opatrunki wyjaławiają podobnie, jak my. Katgut sterylizują sposobem Elsberga: wysycony roztwór siarkanu sodowego, potem alkohol i olej jałowcowy; są jednak w użyciu i inne sposoby, np. Sell w Chicago używa katgutu jodowego według Blocha; silkwanu używają na szwy zewnętrzne. Murphy używa w celach antyseptycznych zamiast jodoformu „bismutum oxyjodatum“, zamiast drenu zaś kawałek gazy w papierze gutaperkowym sterylizowanym, który się daje łatwo wyciągnąć. Do mieszanki jodoformowej przy gruźlicy używają dużo formaliny. Maski do usypiania robią z papieru; są to woreczki, do których się daje trochę gazy, nalewa się trochę eteru i tem się usypia dzieci przy małych operacyach. Do znieczuleń miejscowych używają kokainy, eukainy, nirwaniny; wstrzykują też kokainę do pni nerwowych; metody Biera zaniechano zupełnie. Roentgen jest bardzo częstym w zastosowaniu; używają przyrządów wielkich; leczą nim toczeń, wągry, raka skórnego i nawroty raka. Ochsner stwierdził zmniejszenie się raka. Skrzywienie kręgosłupa leczą metodą Lorenza. Gastroenterostomię robią metodą Murphyego i Mc Raba. Co do zapalenia wyrostka robaczkowego, to poczytują za błąd interniście, jeśli nie wzywa chirurga; operują zwykle w pierwszych 24 godzinach; jeśli zaś nie, to po napadzie nigdy nie mają przypadków przedziurawienia wyrostka. Po odcięciu wyrostka robaczkowego jedni go przypalają, inni obszywają. Przepukliny operują metodą Bassiniego i Halstädta.

38. Bossowski (Kraków): **Metoda wyjaławiania katgutu według Blocha.** B. używa katgutu, wyjałowionego sposobem Blocha, od czasu ukazania się referatu w „Centralblacie“ w październiku r. z. Daje się 10 grm. czystego jodu do roztworu 10: 100 jodku potasu, a dopiero po rozpuszczeniu się jodu dodaje się 1000 grm. wody przekroplonej i ma się gotowy płyn Blocha, do którego wkłada się surowy katgut, a po 24 godzinach staje się on jałowym. B. radzi, by katgut dla pewności przed użyciem potrzymać przez tydzień

w płynie Blocha. Katgut ten jest dobry i nigdy nie zawodzi. Prelegent użył go przy operacyi wola, przepukliny, naczyniaka limfatycznego, szył nim otrzewnę i nigdy się nie zawiódł. Ponieważ jednak kanały szwów nie są tak ładne, przeto nie używa go do szycia skóry. B. poleca go bardzo gorąco.

39. Wehr (Lwów): **O wartości katgutu jodowego.** W. może się tylko przyłączyć do zdania Bossowskiego. Można taką nitkę katgutu owinąć na palec i rzucić na pożywkę, a nie wyrasta nic; a przecież nie mamy rąk jałowych; jestto zaletą, że katgut ma w sobie trochę tego środka przeciwgnilnego, w którym leży. Wehr daje go zwykle przed użyciem do 20% karbolu. Prelegent pokazuje słój, w którym ma katgut od dwóch miesięcy, a zawsze jest on dobry.

Dyskusya:

Kozłowski (Drohobycz) dodaje, że zaletą katgutu tego jest jeszcze to, że nie pęcznieje; by zaś zapobiedz jego szorstkości, trzeba go opłókać przez chwilę w wyskoku.

Kryński (Warszawa) używa tego katgutu od dwóch miesięcy i jest z niego zadowolniony.

Kader (Kraków) trzyma ten katgut w specyalnych flaszkach i uważa go za najbardziej jałowy.

Rydygier (Lwów) przyznaje, że jest to istotnie dobry katgut, ale on używa suchego, który steryjizuje w paczkach po pięć nitek, jak to wypróbował Kozłowski jeszcze dawniej. Jest ze swego katgutu zadowolniony; w takim słoju, zdaniem R., jest za dużo nitek.

Bossowski (Kraków) radzi jeszcze sporządzać sobie samemu rozczyn do katgutu, a nie brać zrobiony przez aptekarzy. Trzeba robić w ten sposób: jod, roztarty na najdelikatniejszy proszek, zalać rozczynem jodku potasu (10: 100 ctm.³), potem 24 godziny czekać i dopiero wtedy dopełnić wodą do 1000 grm. i dać do tego katgut.

Wehr (Lwów) dodaje, że dla ginekologów ma katgut ten zalety, gdyż ulega wessaniu dopiero po 10—12 dniach. Katgut do laparotomii przechowuje się w osobnych naczyniach i na zwijadełkach. Może go wszystkim polecić, szczególniej lekarzom praktycznym.

40. Rydygier (*jun.*) Lwów): **O znieczulaniu tropakokainą sposobem Kozłowskiego.** Po raz pierwszy próbowano wstrzykiwań do rdzenia i w klinice lwowskiej, gdzie z tej metody są bardzo zadowoleni; postępują tak, jak podał zeszłego roku Kozłowski. Z objawów następowych należy zanotować ból glowy i to tylko wtedy, gdy się coś robi w położeniu Trendelenburga, ale rzadko. Przeciwwskazaniem jest wysokie położenie miejsca operacyjnego, a wskazaniem są cierpienia nerek, które się oszczędza przez usunięcie uśpienia chloroformem. W klinice lwowskiej rozpuszczają tropakokainę odrazu w strzykawce Luera, z której poprzednio tłok usunięto, chwytając wprost do niej płyn mózgordzeniowy. Igłę wbijają między I. a II. krąg lędźwiowy. Na 49 przypadków w dwóch nie nastąpiło znieczulenie, w trzech zaś przypadkach za prędko minęło.

41. Przybylski (Kraków): **Dalsze uwagi nad znieczulaniem lędźwiowem tropakokainą.** Prelegent zbija w swym odczycie zarzuty, robione temu sposobowi znieczulania. Przypadki śmierci z powodu wstrzykiwania do kanału rdzeniowego, znane z piśmiennictwa, dotyczyły osobników z cierpieniami nowotworowemi mózgu i rdzenia, zwłaszcza z umiejscowieniem w okolicy móżdżku; śmierć spowodowaną została nagłą zmianą w hidrostatycznej równowadze płynu mózgordzeniowege w czaszce i kanale rdzeniowym. Co się zaś tyczy objawów ubocznych, zniechęcających do używania tego znieczulania, to te zeszły na plan drugi z chwilą zastosowania eukainy α i β, tropakokainy i sposobu Guinarda i Kozłowskiego. Różnica zdań panuje jeszcze co do wskazań i zakresu używania tego znieczulania. W klinice krakowskiej operują metodą Biera wszystkie operacye na miednicy, międzykroczu, kończynach dolnych, operacye brzuszne i na dolnej części:klatki piersiowej. U osób bardzo nerwowych i histerycznych, u małych dzieci, przy operacyach dłużej trwających, nie można stosować metody Biera; ale za to po niej niema się tyle zapaleń płuc, można stosować u chorych z cierpieniami dróg oddechowych i nerek, przy wadach sercowych i zwapnieniu tętnic. Nadto chorzy nie są po operacyi narażeni na głodzenie się i wstrzymanie od picia, jak przy chloroformie. Dotychczas w klinice krakowskiej naliczają 300 przypadków tego sposobu znieczulania i na tej podstawie twierdzi P., że metoda ta ma warunki zapewnienia sobie stałego miejsca w chirurgii.

Dyskusya:

Kader (Kraków) stosuje 20% tropakokainę, wypuszcza 8 ctm³ płynu mózgordzeniowego, a wstrzykuje 0,08 tropakokainy (4 ctm.³ płynu). Wstrzykuje strzykawką z zamknięciem bagnetowem i ma swego pomysłu naczynie do przygotowania rozczynu. Wyraża radość, że Rydygier do tych prób się przyłączył.

Rydygier (Lwów) dał się nakłonić do tych prób dzięki modyfikacyi Kozłowskiego, która zdaniem R. ma te zalety, że jest nieskomplikowaną, prostą i z niej bardzo zadowolony. Tropakokainę nabiera się łyżeczką unormowaną.

Kozłowski (Drohobycz) ma 115 przypadków; gorączka bywa rzadko, najwyższa 38°. Używa niesterylizowanej kokainy, a jeśli kto ma skrupuły co do tego, może ją łatwo w wyskoku wyjałowić.

42. Kossobudzki (Warszawa): **O nowym sposobie gastroenterostomii, wykonanej na psach.** Sposób ten polega na tem, iż po otwarciu jamy brzusznej wyciąga się szczypczykami jelito, które tworzy lejek i dno tego lejka podwiązuje; podobnie podwiązuje dno lejka, wytworzonego ze ściany żołądka, a po podwiązaniu wypala części nad podwiązanemi dnami i zeszywa. Drożność jest dobra.

43. Kossobudzki (Warszawa): **Nasze szpitale i gruźlica chirurgiczna.** K. omawia stosunki w naszych szpitalach, które będąc przeładowane pacyentami z przewlekłemi schorzeniami gruźliczemi, nie mogą zadość czynić stawianym obecnie wymaganiom. Zdaniem prelegenta powinny być osobne szpitale dla gruźlicy chirurgicznej, względnie oddziały z odpowiedniemi urządzeniami zdrowotnemi.

44. Habicht (Kraków): **Przypadek urazowego tężca, wyleczonego surowicą przeciwtężcową** (z demonstracyą preparatu bakteryologicznego). Do szpitala św. Ludwika zgłosiła się chora, skaleczona przed 6 dniami, z objawami tężca; przypadek przedstawiał się rozpaczliwie. Wstrzyknięto zaraz 60 ctm.³ surowicy przeciwtężcowej Bujwida, potem przez 3 dni po 20 ctm.³. Nastąpiła znaczna poprawa, a po 15-tu dniach chora była uleczoną. Z rany na nodze wydobyto kostkę, z której wyhodowano prątki tężca, obrzęku złośliwego i jakiegoś paciorkowca. Rozpoznanie tężca sprawdzono nietylko badaniem drobnowidowem i hodowlą, ale także doświadczeniem na zwierzętach. Prelegent sądzi, że należy w każdym przypadku tężca wstrzykiwać surowicę w większych dawkach, a z zasady w zranieniach należy wstrzykiwać zapobiegawczo 5—10 ctm.³ surowicy. (Odczyt ten został ogłoszony w Nrze 37 „Przegl. lek.“).

45. Sołtysik (Stryj): **Trzy przypadki niedrożności jelit leczone wstrzykiwaniem atropiny.** S. jest stanowczo za operacyą, lecz chorzy, o których mowa, nie chcieli się poddać operacyi. W jednym przypadku zastosował prelegent 0,0055 atropiny; po 48 godzinach nastąpiło wypróżnienie; po jakimś czasie znów był zmuszony wstrzyknąć 0,005; po czterech tygodniach chory umarł. W drugim przypadku wstrzyknął ogółem 0,004, po 36 godzinach nastąpił stolec i wiatry. W trzecim wstrzyknięto 0,0015, a wogóle 0,003; chory ten miał już wymioty kałowe; nadto zastosował prelegent okład sublimatowy na brzuch, poczem chory wrócił do zdrowia. W każdym razie, jeśli operacya nie jest możebna, należy spróbować atropinę.

46. Kader (Kraków): **Przedstawienie przyrządu do leczenia schorzeń w stawie biodrowym.** Przyrządy te stosuje Kader po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia stawu kulszowego; różnią się one od Hessingowskich i innych tem, że część miednicowa połączona jest z częścią nożną szyną podwójną, boczną i tylną. Część miednicowa posiada zamknięcie tylne i przednie w postaci ram, zapobiegających wszelkiej ruchomości, sięga przytem wysoko aż po klatkę piersiową.

Prof. Rydygier zamyka Zjazd, wyrażając swą radość z powodu jego udania się, tak co do liczby członków, jak i co do wygłoszonych wykładów. Stwierdza tylko z żalem, że kilka wykładów dla braku czasu nie mogło się odbyć. Zdaniem jego czasu dośćby było, bo trzy dni trwał Zjazd, gdyby przewodniczący ukrócał nieco dyskusye, nie pozwalając mowcom dłużej mówić, niż regulamin na to pozwala. Musi przecież nie należeć do przyjemności, by wykład przygotować, na Zjazd przyjechać i nie mieć możności wypowiedzenia wykładu. Na pocieszenie zaprasza prof. Rydygier na Zjazd do Lwowa z uwagą, że „na przyszłość będziemy się musieli skracać“.

VIII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

SPRAWOZDANIE
Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1902.

W roku 1902 zgłosiło się do Zakładu ogółem 516 osób. Z liczby tej 16 osób nie poddano szczepieniu, z powodu że zwierzę

kąsające nie było dotknięte wodowstrętem, lub też naskórek mimo ukąszenia nie był naruszony.

Wykaz 500 osób, leczonych w roku 1902, ze względu na rodzaj pokąsania, dołączam.

Liczba chorych przypadała w poszczególnych miesiącach, jak następuje:

styczeń . .	34	maj . . .	54	wrzesień . .	36
luty . . .	63	czerwiec . .	70	październik .	36
marzec . .	36	lipiec . . .	41	listopad . .	40
kwiecień . .	49	sierpień . .	32	grudzień . .	25

Na 500 osób szczepionych zmarło wśród objawów wodowstrętu, według zawiadomień nadesłanych do Zakładu przez dotyczące c. k. Starostwa, ogółem osób 8, co równałoby się 1.6% śmiertelności.

Znaczny stosunkowo odsetek śmiertelności nie da się wyjaśnić inaczej, jak tylko szczególnemi własnościami zarazka zeszłorocznej epidemii wodowstrętu. Szczepienia wykonywane były w ogólności w czasie właściwym i w dostatecznej ilości. Ostrożności, przedsięwzięte w roku ubiegłym, były rzec można wygórowane, w celu uniknięcia wszelkiej możliwości dostania się obcego zarazka do szczepionki. Każdy chory otrzymywał szczepienie osobną igłą, — strzykawka zaś każdorazowo była wyjałowiona zapomocą pary dla każdej seryi i następnie wodą jałową przepłókana.

Podobne podwyższenie śmiertelności notowano w roku ubiegłym również i w Zakładzie wiedeńskim, mianowicie 1.3%.

Zauważyć należy, że wypalania, stosowane przez lekarzy, były wogóle zbyt silne, co powodowało znaczne zniszczenie tkanki. Należałoby wprowadzić napuszczanie ran nalewką jodową. Wiadomo bowiem, że jod działa szybko na zarazek i dosyć głęboko do rany przenika, nie powodując tak rozległych zniszczeń tkanki, jak środki żrące.

Spis zmarłych ośmiu osób:

1. N. D., lat 16, ze Smolnika, pokąsany dnia 3/II bardzo głęboko w rękę lewą. Rana nieopatrzona, silnie bardzo krwawiła. Do szczepienia zgłosił się w 8 dni po ukąszeniu. Zmarł wśród objawów wodowstrętu dnia 18 kwietnia.

2. B. A., lat 6, z Bitkowic, ukąszona dnia 28/III, w powiekę i skroń lewą. Rana nieopatrzona, silnie krwawiła. Leczenie rozpoczęto 31/III. skończono zaś po 18 dniach. Zmarła na wodowstręt; szczepienie królika jej mózgiem wywołało wodowstręt po 25 dniach.

3. W. J. lat 5, z Załuża, ukąszony 7/VI w kąt oczodołu prawego i w skroń prawą. Leczenie rozpoczęto 10/VI, zastosowano przez 15 dni 35 szczepień. Rana otwarta 3 ctm. długa, głęboka, nieopatrzona, silnie krwawiła; zmarł 7/VII.

4. P. J., lat 10, ze Złoczowa, pokąsany 5/VII w obie ręce oraz plecy i potylicę. Rany głębokie, silnie krwawiące; leczony od 6/VII, przez dni 16, zmarł 6/VIII.

5. P. F., lat 4, ze Złoczowa, pokąsany 5/VII. Rana na potylicy długa, silnie krwawiąca; takie samo ukąszenie na nosie i na powiece dolnej prawej. Leczony od 6/VII przez dni 16, zmarł dnia 7/VIII.

6. C. I., lat 6, z Wasylowa, pokąsany 7/VIII; na grzbiecie dłoni rany oraz zdarcia naskórka; na dłoni rana głęboka. Zapuszczono rany jodyną w 4 dni po ukąszeniu. Leczony od 13/VIII, przez 10 dni; zmarł 10/X.

7. M. J., lat 9, z Michalcza, ukąszony 20/VIII w powiekę dolną oka lewego. Na obu dłoniach i ramionach po kilka ran głębokich i zdarć naskórka. Leczony przez 10 dni od 23/VIII, zmarł po 25-dniowej chorobie, wśród objawów wodowstrętu.

8. W. J., lat 11, z Łyśca starego, ukąszona 29 października w rękę lewą. Zmarła dnia 5 grudnia.

Wykaz 500 osób leczonych w roku 1902. ze wzgledu na rodzaj pokąsania:

Pokąsanie	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez: sekcyę weterynar-ka	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	17	21	38
w kończyny górne i tułów	5	144	196	345
w kończyny dolne . . .	1	49	83	133
w ciało gołe	4	141	197	—
przez ubranie . . .	2	70	102	—
Ogółem . . .	6	211	299	—

Zwierzęta kąsające były w 483 przypadkach psy, w 21 przypadkach koty, po trzy przypadki konie i krowy, po 1 przypadku borsuk, lis, świnia, cielę, wreszcie w 2 przypadkach dzieci dotknięte wodowstrętem.

Bujwid.

Otrzymujemy następujące sprawozdanie:

Zapowiedziane nadzwyczajne walne Zgromadzenie Tow. Samopomocy lekarzy odbyło się pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana w niedzielę dnia 1 listopada b. r., przy nader licznym udziale członków. Przedmiotem obrad były przedewszystkiem radykalne zmiany statutu, które też wywołały bardzo obszerną dyskusyę, a zwłaszcza stylizacya § 3 i § 4, określających cel i środki. Obrady rozpoczęły się o godz. 10; gdy jednak do godz. 2-giej nie przyszło do porozumienia co do brzmienia tych dwóch paragrafów, Zgromadzenie odroczyło się do godziny 4 tej, wybierając osobną komisyę, któraby przez ten czas zredagowała owe 2 paragrafy na podstawie wzajemnych koncesyi. Komisya, w której skład weszli: Koll. prof. Kadyj, Mikołajski, Moszkowicz, Ozarkiewicz, Cwiklicer, Flis, Doliński i cały Wydział Towarzystwa, odbyła o godz. 3 osobne posiedzenie, na którem ostatecznie przyszło do porozumienia i wystylizowania rzeczonych paragrafów, po części w myśl projektu Wydziału, poczęści w myśl żądań delegatów lwowskich i przemyskich.

O godz. 4-tej podjęto na nowo obrady walnego Zgromadzenia, uchwalono § 3 i § 4 w nowej stylizacyi, oraz resztę paragrafów statutu z nieznacznemi już zmianami i poprawkami. Z kolei zgłosili członkowie do punktu drugiego porządku dziennego cały szereg doniosłych wniosków, które przekazano Wydziałowi do rozpatrzenia i ewentualnego wykonania.

Zgromadzenie zakończyło się piękną owacyą dla prof. Jordana, który od chwili założenia Towarzystwa jest jego prezesem. Mianowicie kol. Mikołajski oświadczył, że życzeniem jest wszystkich członków lwowskich, przemyskich i obecnych na Zgromadzeniu krakowskich i prowincyonalnych, aby walne Zgromadzenie w uznaniu zasług prof. Jordana około rozwoju Towarzystwa mianowało go pierwszym członkiem honorowym. Wśród burzliwych oklasków wniosek ten przyjęto przez aklamacyę.

Bezpośrednio po zamknięciu walnego Zgromadzenia odbyła się konferencya informacyjna prenumeratorów „Głosu lekarzy“. Przewodniczył prof. Jordan, a udział wzięli wszyscy obecni na walnem Zgromadzeniu. Po wyrażeniu jednogłośnego uznania dla Redakcyi i zadowolenia z dotychczasowego prowadzenia pisma, zgłoszono kilka interpelacyi i życzeń, na które wyczerpująco odpowiadali członkowie Komitetu redakcyjnego. Postanowiono jak najgoręcej popierać wydawnictwo tak niezbędnie potrzebnego organu i dążyć do tego, aby jak najprędzej dwutygodnik mógł się zamienić na tygodnik. W końcu utyskiwano, że obie Izby galicyjskie niedostatecznie informują ogół lekarzy o posiedzeniach, uchwałach, komunikatach rządowych i t. d. i wyrażono życzenie aby odtąd czyniły to za pośrednictwem „Głosu lekarzy“, który w tym celu odstąpić im może na warunkach bardzo przystępnych co miesiąc jedną stronicę druku.

Dnia 2 listopada 1903. *Dr. Langie.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. dr. Gliński demonstrował okazy anatomiczne; 2) kol. dr. Piotrowski przedstawił kobietę z rzadką chorobą; 3) kol. doc. Dobrowolski miał odczyt: „O cytotoksynie łożyskowej“.

* **Z Sejmu.** Z działalności świeżo zamkniętego Sejmu na polu szpitalnictwa i wogóle zdrowia publicznego zapisujemy niektóre daty i uchwały, zaznaczające dalszy rozwój tej ważnej gałęzi administracyi krajowej.

Ze »Sprawozdania sejmowej Komisyi sanitarnej» wynika, że Wydział krajowy wydał w r. 1902 na cele zdrowia publicznego kwotę 2,716.467 koron, która przekracza kwotę preliminowaną o 151,019 koron, a w porównaniu z r. 1901 jest wyższą o 167,822 koron. Nadwyżka wydatków znajduje usprawiedliwienie w większej liczbie dni leczenia, w podniesieniu się kosztów podczas epidemii, w urządzeniu okręgów sanitarnych i t. d. Szpital krakowski wykazuje nadwyżkę w kwocie 39,048 koron; toż samo zakład w Kulparkowie 88,588 koron; kwoty te przelano do funduszu krajowego. Szpital lwowski nie wykazuje nad-

wyżki, ponieważ Wydział krajowy nie otrzymuje od c. k. rządu w należytym czasie zwrotów za leczenie chorych klinicznych.

W ważnej sprawie utworzenia szpitali dla kiłowych w powiatach kosowskim i nadworniańskim toczą się dalej rokowania z c. k. rządem. Namiestnictwo proponowało użycie prowizoryczne baraków Towarzystwa czerwonego Krzyża, na co Wydział krajowy się nie zgodził. Namiestnictwo ustanowiło w tych powiatach 9 lekarzy i urządziło im ambulatorya; lekarze ci otrzymują po 12 koron dziennie (7 płaci rząd a 5 Wydział krajowy). Nadto namiestnictwo urządziło szpital na 20 łóżek w domu najętym. W sprawie budowy dwóch szpitali w tych powiatach Wydział krajowy oczekuje odpowiedzi od namiestnictwa, które odesłało plany do ministerstwa, gdzie one zalegają.

Sprawa, dotycząca pomieszczenia chorych, leczonych na wściekliznę w roku 1902, była w ręku władz rządowych; Ministerstwo zgodziło się na najem domu w Krakowie dla pokąsanych przez wściekłe psy pod warunkami, postawionymi przez Wydział krajowy; zażądało jednak jeszcze opracowania statutu dla mającego powstać prywatnego instytutu. Prof. Bujwid przedłożył opracowany statut, który ma być przedstawiony do potwierdzenia obu władzom krajowym; jest zatem nadzieja, że sprawa w niedługim czasie pomyślnie i ostatecznie załatwioną będzie.

Sprawa budowy klinik dla lwowskiego Wydziału lekarskiego weszła obecnie w okres końcowych rokowań z c. k. Rządem. C. k. Rząd wezwał Wydział krajowy do oświadczenia się, czy jest skłonny przyczynić się do budowy tylko dwu klinik, czy też wolałby szerszy plan, aby w nowo budować się mających klinikach przyczynił się także do kosztów pomieszczenia kliniki dermatologicznej i chorób oczu. Jak dotąd sprawa znajduje się w Wydziale krajowym.

W celu zbudowania zakładu dla położnic w Krakowie Wydział krajowy jeszcze w roku 1901 oświadczył gotowość przyczynienia się do kosztów budowy o tyle, o ile zakład służyć będzie celom szpitalnym. Zmodyfikowane plany zostały przedłożone c. k. Ministerstwu, skąd w ostatnich dniach powróciły do Wydziału krajowego; można zatem mieć nadzieję, że obecnie sprawa ta wejdzie już w okres rokowań końcowych.

W sprawie emerytury lekarzy okręgowych i zaopatrzenia pozostałych po nich wdów i sierót Wydział krajowy wdrożył badania i przyszedł do przekonania, że na fundusz emerytalny musi się złożyć kilka czynników w myśl ustawy, normującej charakter i stanowisko lekarzy okręgowych. Współdziałać muszą w złożeniu tego funduszu: c. k. Rząd, rady powiatowe, fundusz krajowy i lekarze okręgowi sami. Wydział krajowy zwrócił się do c. k. Rządu i Rad powiatowych w tym kierunku nadto odniósł się do Wydziałów krajowych innych krajów, w Radzie Państwa reprezentowanych, w których organizacya lekarzy okręgowych już dalej postąpiła. Do chwili zamknięcia sprawozdania Wydziału krajowego, t. j. do dnia 1 października 1902 roku, nadeszła odpowiedź tylko od 21 Rad powiatowych. Z odpowiedzi Wydziałów krajowych okazało się, że w niektórych krajach koronnych sprawa emerytur dla lekarzy okręgowych już jest uregulowaną, w innych toczą się rokowania. O ile Komisyi sanitarnej wiadomo, w ciągu okresu od 1-go października 1902 do obecnej chwili, sprawa postąpiła dalej, nadeszły odpowiedzi prawie od wszystkich Rad powiatowych, zebrany został tym sposobem podstawowy materyał. Komisya sanitarna żywi niepłonną nadzieję, że Wydział krajowy w najbliższej sesyi będzie mógł przyjść do Wysokiego Sejmu z konkretnymi dodatnimi dla sprawy wnioskami.

Komisya sanitarna nie może pominąć milczeniem jednego szczegółu, mianowicie postanowienia Wydziału krajowego co do obniżenia lekarzom okręgowym taksy za szczepienie ochronne ospy, zwłaszcza, że w ostatnich czasach była ta sprawa w szerszych kołach zawodowych poruszana. Lekarze autonomiczni uczuli się zarządzeniem Wydziału krajowego, obniżającem im taksę za szczepienie ospy z 7 k. na 6 k., wielce dotknięci. Według udzielonych Komisyi sanitarnej wyjaśnień przez szefa Departamentu i sprawdzenia odnośnych aktów, faktyczna podstawa tego postanowienia Wydziału krajowego jest ta: ponieważ fundusz krajowy ponosi koszta szczepienia ospy, przeto Wydział krajowy słusznie starał się uzyskać i uzyskał większą ingerencyę, by, po myśli ustawy o lekarzach okręgowych, w rozdawnictwie okręgów szczepienia uwzględniano przedewszystkiem lekarzy okręgowych. Intencyą więc Wydziału krajowego było, ażeby w ten sposób, mając na oku stosunki lekarzy okręgowych, przez powierzanie im w większej mierze czynności szczepienia ospy, powiększyć ich dochody. Przerzucając tę czynność na lekarzy okręgowych, liczyć się musiał słusznie Wydział krajowy z tym dalszym faktem, że lekarze powiatowi pobierali za te czynności tylko 5 do 7 koron, wskutek tego też Wydział krajowy, przydzielając obecnie lekarzom okręgowym w znacznej mierze te czynności, obniżył taksę z 7 na 6 koron. Lekarzom okręgowym wprawdzie nie przyznano kosztów podróży, które pobierali lekarze powiatowi i wolnopraktykujący, lecz za to lekarze okręgowi mają wyznaczony w myśl ustawy stały ryczałt na koszta podróży. Wobec tego Komisya sanitarna stwierdza, że Wydział krajowy postąpił prawnie i że działał w dobrej wierze i intencyi dla lekarzy okręgowych; atoli zarządzenia te, jako nowe, wymagają dalszych doświadczeń, o ile okażą się odpowiedniemi.

W bieżącej sesyi sejmowej Wydział krajowy nie czyni propozycyi utworzenia nowych okręgów sanitarnych, gdyż żądania, które wpłynęły, nie były dojrzałe do poczynienia wniosków i nie wykazywały wskazanych ustawą przedwstępnych czynności; twierdzić już jednak dziś można, że na najbliższej sesyi Wydział krajowy stanie przed Sejmem z wnioskiem utworzenia 10 nowych okręgów.

Komisya sanitarna kończy swoje sprawozdanie wnioskami, z których najwięcej ogół lekarski obchodzić mogą następujące:

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby wziął pod rozwagę sprawę przywrócenia zwyczaju publikowania sprawozdań naukowych z czynności lekarskich wszystkich szpitali krajowych i prowincyonalnych.

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby na najbliższej sesyi przedłożył sprawozdanie i wnioski co do kwestyi, w których szpitalach i o ile dałoby się urządzić łóżka płatne dla zamożniejszych chorych, któreby mogły przynosić czysty dochód funduszowi krajowemu.

Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby wziął pod rozwagę: czy i o ile będzie wskazane ewentualne podwyższenie dyet lekarzom okręgowym i szpitalnym za szczepienie ospy?

Wzywa się c. k. Rząd, aby przyspieszył budowę projektowanego zakładu, który ma pomieścić klinikę położniczo-ginekologiczną i szkołę akuszerek w Krakowie, a nadto aby wzniósł kosztem skarbu państwa klinikę dla chorób umysłowych w Krakowie. (C. d. n.).

* Dr. Władysław Janowski, redaktor »Zdrowia«, mianowany został docentem chorób wewnętrznych w petersburgskiej Akademii lekarskiej.

* Dowiadujemy się, że Kalendarz lekarski na r. 1904 opuści prasę w końcu listopada.

* Rzecz zupełnie nieprawdopodobna: holenderskie ministeryum oświaty wezwało na katedrę farmakognozyi i farmakodynamiki w Leydzie znanego partacza homeopatę z Zurychu, b. proboszcza, Dr. Mende-Ernsta, dodajmy — wbrew woli Wydziału lekarskiego.

* Do Towarzystwa Samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: kolledzy: Biber (Przemyśl), Langier (Mościska), Puchalski (Dobromil), Sędzimir (Krakowiec); ze Lwowa: Aschkenazy, Feuerstein Z, Gluziński L., Gürsching, Hescheles, Kucharski, Lilien, Mintz, Paklikowski, Reitzer D., Selzer, Spalke, Stachiewicz, Szymański, Tatarczuch, Wisłocki, Wajgel E, Zgórski.

Z d. 1 listopada liczy Towarzystwo ogółem 611 członków, a to: z Krakowa 149, ze Lwowa 96, z prowincyi 350, ze Śląska 8, z Bukowiny 1, z zagranicy 7. *Dr. Langie,* I sekretarz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień (XLI) (11—17—X). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 13, (9 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 3 (1 zam.), z krztuśca 1, z duru brzusznego 4 (4 zam.), z czerwonki 2 (2 zam.), z cholery niemowląt 6 (2 zam.),

* Między 20 a 26 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (3 gm.), kamioneckim (2 gm.), kolbuszowskim (3 gm.), niskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), żydaczowskim (1 gm.),

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. chirurgii w niemieckim uniwersytecie w Pradze, Dr. Schloffer mianowany profesorem zwyczajnym w Insbruku. Nadzwyczajni profesorowie: dr. Trambusti (patologia ogólna) i Colella (psychiatrya) mianowani profesorami zwyczajnymi w Palermo. Nadzwyczajny prof. Delicyn z Charkowa mian. prof. zwycz. chirurgii w petersburgskiej Akademii wojskowo-lekarskiej.

Nekrologia. Dr. Adam Gliszczyński, b. profesor nadzwyczajny położnictwa i ginekologii warszawskiej w Szkole głównej, zakończył życie w Warszawie d. 30 października, licząc lat 74. Zmarły przyszedł na świat w Pomorzanowicach w W. Ks. Poznańskiem roku 1830; nauki lekarskie ukończył r. 1852 w Wrocławiu, gdzie następnie pełnił przez czas pewien obowiązki asystenta przy katedrze położnictwa. W r. 1858 objął posadę ordynatora w warszawskim szpitalu Dzieciątka Jezus; w r. 1861 mianowany został adjunktem profesora położnictwa, ginekologii i pedyatryi, a r. 1864 — profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu. Po przekształceniu Szkoły głównej warszawskiej na Uniwersytet w r. 1869 wykładał ginekologię jeszcze przez dwa lata w charakterze docenta.

Kilkadziesiąt prac z zakresu położnictwa i ginekologii chlubnie świadczą o wyższym umyśle i wielce pracowitem życiu zmarłego.

Dr. Seweryn Zaleski, l. 77, zmarł w Warszawie. Dr. Otto Nasse, prof. zwyczajny farmakologii, zmarł w Rostoku. Dr. Tibone, prof. położnictwa — w Turynie. Dr. Duffey, prof. farmakologii, — w Dublinie.

Bibliografia:

— *Biblioteka lekarska.* Z. X. zawiera: 1) Dyagnostykę chirurgiczną. — Landerera (dok. cz. I-szej.). 2) Położnictwo — Rungego (dok. cz. 1-szej). 3) Podręcznik chorób wewnętrznych (Choroby żołądka) przez Dieulafoy.

— *Zdrowie* Z. 11. Gałecki: Przewlekłe zatrucie tytoniem. Geisler: 1) Przepisy ochronne przy porażeniu prądem elektrycznym. 2) Ochrona pracujących od kurzu. Łazarowicz: Przepisy higieniczne dla pracowników fabrycznych i rzemieślniczych. Jakimiak: Udział Towarzystwa higienicznego w wystawie włościańskiej w Miechowie.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 176. Sokołowski: Rozpoznanie i leczenie wysiękowego zapalenia opłucnej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Łapiński: Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych. Landau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 43. Bychowski: Hipotonia i hipertonia u jednej i tej samej chorej.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 10. Sterling: O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Zarazem przyczynek do klasyfikacyi tego cierpienia. Krusche: Przypadek postępowego kostnienia mięśni. Lidmanowski: O plamach Koplika, jako środku rozpoznawczym we wczesnych okresach odry. Piasecki: Atropina w niedrożności jelit. Żółtowski: O trzech przypadkach niedrożności kiszek, wyleczonych atropiną.

Głos lekarzy N. 9. Praktyka prowincyonalna. — Jak postępować mają lekarze okręgowi. — Audiatur et pars altera. Stan szpitali w Galicyi. Ustawy i rozporządzenia sanitarne. — W ważnej sprawie. — Z krakowskiego bruku.

— *Lékařské rozhledy* Z. 10. Kopfstein: Kasuistické příspěvky z chirurgie. Vesely: Sphygmografie v praxi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Maixner: Ledvina a syfilis. Chlumský: O operativním léčení nohy ploské podle Müllera i novém spůsobu připevnění šlachy w kostech. Salmon: Stenosis pylori ve věku dětském (dok.). Kimla: Nová theorie Behringova o spůsobu propagace tuberkulosy a Behringova osnova na racionelní její potřeni.

— *La Presse médicale* Nr. 84. Forgue: Odsłonięcie bez przewodnika tylnego odcinka cewki moczowej przy gruczole krokowym podczas uretrotomii zewnętrznej.

— Nr. 85. XVI Kongres chirurgów francuskich. Wyłączenie jelita.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Moreschi: O przyrodzie izohemolizyny surowicy krwi ludzkiej. Aleksander: Drzenie głosowe w brzuchu. Katz: Południowo-zachodnia niemiecka Afryka, jako uzdrowisko przeciw gruźlicy. Kyes: Wydzielenie lecytyny z jadu żmij (dok). Zypkin: Przyczynek do nauki o niedokrwistości śledzionowej. (dok)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Zuckerkandl: Całkowite wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego. Moll: Działanie żelatyny tamujące krew. Föderl: Plastyka podniebienia z przegrody nosowej. Fleischmann: Przypadek rwy nerwu trojdzielnego, jako przyczynek do patologii i etyologii tego cierpienia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 43. Arnold: Synteza kulek tłuszczu w komórkach wędrujących i ropnych. Albers-Schönberg: O nieznanem dotychczas działaniu x — promieni naustrój zwierząt. Edel: Istota i etyologia marskości nerek, oraz obiecujące jej leczenie. Kehr: Pierwszy przypadek pomyślnego podwiązania tętnicy wątrobowej właściwej z powodu tętniaka. Hey: Przyczynek do myastenii złośliwej rzekomo-poraźnej. Grünewald: Użycie dawniejszej tuberkuliny Kocha dla poznania gruźlicy płucnej. Pickert: Wartość dyagnostyki tuberulinowej w zakładach dla chorych gruźliczych. Freymuth: Tuberkulina i zakłady lecznicze dla chorych na płuca. Menzer: Leczenie surowicą przeciwłańcuszkowcową zakażenia mięszanego w przebiegu gruźlicy. Baer: Przyczynek do sprawy sanatoryów. Sanatoryy okrętowe. Wertheimber: Zranienia przy spółkowaniu. Kneise: Leczenie poronienia. Rosenbach: Przewaga jednoocznego widzenia przy patrzeniu dwuocznem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Ribbert: Morfologia i chemia zwyrodnienia tłuszczowego. Riegel: Dwubitność serca i hemisystolia. Grützner: Rozdrabianie kału ludzkiego. Riedel: O wyłyżeczkowaniu gruczołu krokowego. Sticher: Cystoskopijnie wykazalne zmiany w pęcherzu przy raku macicy. Mainzer: Samoistne naprężenie prącia (priapismus) trwające 9 dni. Stein: O szybkiem stwardzaniu i szybkiem zatapianiu.

Redakcya otrzymała. Rzętkowski: Cele i widoki farmakologii nowoczesnej. Kędzior: 1) O leczeniu błednicy. 2) Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung. 3) Przyczynek do nauki o chorobie Basedowa. 4) Spostrzeżenia kliniczne nad zimnicą w okolicach Krakowa.

---

* *Otrzymujemy następujące oświadczenie:*

Kraków, dnia 3 listopada, 1903.

Szanowny Panie Redaktorze!

W sprawozdaniu z XIII Zjazdu Chirurgów polskich w Krakowie w „Przeglądzie lek." z r. b., streszczenie wykładu mego „O fagocytozie" (str. 552. 553), oraz przemówień moich w dyskusyi (str. 553, 611) jest bardzo niedokładne tak, że zupełnie nie oddaje wyrażonych przezemnie myśli. Wobec tego nie mogę przyjąć odpowiedzialności za poglądy i twierdzenia, podane w tem sprawozdaniu pod mojem nazwiskiem i zmuszony jestem odesłać czytelników, interesujących się tym przedmiotem, do publikacyi wykładu mego „O fagocytozie", jaka w niedalekiej przyszłości się ukaże, oraz do Pamiętnika XIII Zjazdu Chirurgów polskich w Krakowie, który poda treść przemówień moich w dyskusyi.

Uprzejmie prosząc Pana Redaktora o zamieszczenie powyższych słów kilku w najbliższym numerze „Przeglądu lekarskiego", łączę wyrazy poważania *Prof. K. Klecki.*

Z naszej strony oświadczamy, że sprawozdawcą z XIII-go Zjazdu chirurgów polskich jest Dr. Żmigród, lekarz poświęcający się chirurgii i niejako urzędowy stenograf Zjazdu, a tem samem posiadający idealne warunki sprawozdawcy. Jesteśmy przekonani, że są odczyty i przemówienia, zupełnie nienadające się do streszczenia, jak np. wspomniany odczyt prof. Kleckiego „O fagocytozie"; a powtóre, streszczenia sprowadzone do kilku lub kilkunastu wierszy, nigdy nie mogą zadowolnić prelegentów, a czasem przyczyniają się do wypaczenia myśli autora. Na przyszłość uwzględniać będziemy tylko autoreferaty. (*Redakcya*).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L 1561/903. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Łyścu**. Do okręgu sanitarnego należą następujące gminy i obszary dworskie powiatu Bohorodczańskiego: Iwanikówka, Lesiówka, Łysiec, Łysiec stary, Hryniówka, Niewoczyn, Posiecz, Pochówka, Stebnik.

Płacę roczną 1000 koron pobierać będzie lekarz okręgowy z kasy Wydziału powiatowego w ratach miesięcznych z góry, oraz ryczałt na objazdy ustanowiony przez Wydział krajowy w kwocie 600 koron.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego.
2. Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3. Nieskazitelny charakter.
4. Znajomość języków krajowych.
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Dotyczące podania należycie udokumentowane, należy wnosić w nieprzekraczalnym terminie dni 30 do Wydziału Rady powiatowej w Bohorodczanach.

Wydział powiatowy.

Bohorodczany, dnia 8 października 1903

Rok XLII. Kraków 14 Listopada 1903. **Nr. 46.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

1. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Marsa we Lwowie.

Fistulae cervico-vaginales laqueaticae

napisał

Dr. Rudolf Brejter,

I. asystent kliniki.

W sierpniu zeszłego roku ogłosił F. Neugebauer z Warszawy 9 przypadków przetok maciczno-pochwowych, zebranych w piśmiennictwie; wkrótce potem Wormser z Bazylei dwa i Dirmoser z Wiednia jeden podobny przypadek. A zatem znanych i opisanych mamy 12 przypadków tych przetok.

Niejasne zupełnie ich powstawanie, jakoteż rzadkość, zachęciły mnie do opisania dwóch podobnych przypadków, które się zgłosiły po poradę do kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej wkrótce po ogłoszeniu pracy Neugebauera. Przebieg ich jest następujący:

Przypadek I. L. p. 311. — *M. M.*, l. 26, zgłosiła się do kliniki 11. grudnia 1902 r. W 12. roku życia przechodziła dur brzuszny. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 15. roku życia, następne co miesiąc, trwały 3—4 dni, miernie obfite, bolesne; ostatnia przed 10-ciu dniami. Nie rodziła; roniła raz przed trzema laty w 3. miesiącu ciąży. Od czasu poronienia uczuwa bóle nad spojeniem łonowem, w krzyżach, cierpi na upławy białe, które często bywają różowo zabarwione. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Badanie narządów zewnętrznych nie przedstawia żadnych nieprawidłowości; badanie wewnętrznych części rodnych wykazuje: część pochwowa długa, stożkowata, siodełkowata, ujście zewnętrzne tworzy drobniutkie zagłębienie o brzegach gładkich i jest zwrócone ku przodowi, t. j. ku spojeniu łonowemu. Na tylnej ścianie części pochwowej w odległości mniej więcej 1 ctm. od ujścia zewnętrznego wyczuwa się zagłębienie, względnie ubytek w ciągłości tkanki. Średnica poprzeczna ubytku szersza, zajmuje prawie całą szerokość tylnej ściany części pochwowej; średnica prosta zaś krótsza, szerokość jej nie dochodzi 1-go ctm. Brzegi ubytku głębokie, ostro się odgraniczają, z pojedyczemi nierównościami, dno zaś daje uczucie, jak gdyby było zasiane drobniuchnym piaskiem. Mostek dzielący ujście od przetoki, jest gładki; żadnych blizn przy dokładnem badaniu wyśledzić nie można.

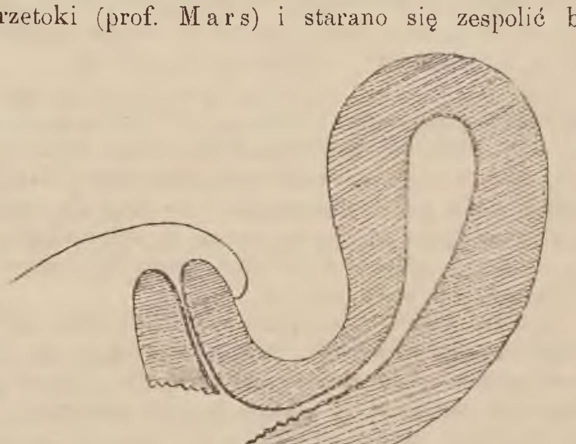
Zbitość części pochwowej cokolwiek znaczniejsza. Ciało macicy w przodo-pochyleniu, twardsze, nieznacznie powiększone, cała macica kształtu ogórkowatego *(uterus cucurbitaceus)*. Ruchomość ciała macicy względem szyi upośledzona. Trąbki i jajniki obustronnie prawidłowe. W świetle wziernika okazuje się tylna ściana części pochwowej; ujście zewnętrzne wielkości główki od szpilki, skierowane ku przodowi, kryje się pod przednią ścianę wziernika. Ubytek wyżej wpomniany, wielkości halerza, przedstawia się jako zagłębienie owalne o brzegach wysokich i dnie zabarwionem żywo czerwono, zasianem drobnemi nierównościami, w którem widać szczelinę poprzeczną, znajdującą się w tylnej części dna. Zgłębnik wprowadzony do szczeliny wchodzi do jamy macicy na długość 7-miu ctm. Równocześnie wprowadzony zgłębnik chirurgiczny do drobniutkiego ujścia zewnętrznego okazuje się pod przednim brzegiem zagłębienia, co dokładnie jest przedstawionem na poniżej zamieszczonym rysunku *C*, rysunek zaś *D* przedstawia macicę w przecięciu.

Rozpoznanie: *Fistula utero-vaginalis laqueatica, metritis chronica, uterus cucurbitaceus.*



Rysunek C.

Postanowiono operacyjnie przetokę usunąć. Odświeżono brzegi przetoki (prof. Mars) i starano się zespolić brzeg



Rysunek D.

przedni z tylnym, t. j. zeszyć w kierunku osi poprzecznej, jak kształt przetoki tego wymagał. Zespolenie to jednak oka-

zało się niemożliwem; nie pozwalała bowiem na to z jednej strony jędrność tkanek zmienionej macicy, z drugiej zbyt wielki ubytek.

Poprowadzono zatem cięcie podłużne przez całą grubość tylnej ściany części pochwowej, łączące drobniutkie ujście zewnętrzne z przetoką, podobnie jak przy operacyi Simsa; w ten sposób powstały dwa płaty ruchome, które można było przesunąć, względnie nagiąć z łatwością ku tyłowi, t. j. w miejsce istniejącej przetoki i zupełnie ją nakryć, zeszywając brzegi tylne płatów z brzegiem tylnym przetoki.

Następnie wprowadzono setonik gazy jodoformowej do szyi, kierując go na zewnątrz pomiędzy brzegami cięcia podłużnego, nie dopuszczając w ten sposób do ponownego ich



Rysunek A.



Rysunek B.

zrośnięcia się. Brzegi przetoki się zrosły, a ujście pozostało szerokie i przebiegało w kierunku podłużnym. Poniżej zamieszczone rysunki dokładnie przedstawiają przebieg operacyi i stosunki pooperacyjne. *(A i B).*

Używając tego cięcia, zyskaliśmy dwie rzeczy, t. j. po pierwsze udało się pokryć przetokę i uniknąć niekorzystnego napięcia tkanek; powtóre rozszerzono ujście zewnętrzne, co było również wielce wskazanem; ułatwiając bowiem odpływ swobodny wydzielinie macicy, zyskaliśmy znowu większą pewność zagojenia się przetoki i uniknęliśmy następowego krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego.

Przypadek II. L p. 133. *K. M.* l. 40, zgłosiła się dnia 8/V. 1903 r. Zamężna po raz wtóry, z pierwszym mężem żyła lat 4, z drugim do dnia dzisiejszego, t. j. lat 10. Nie chorowała nigdy. Pierwsza miesiączka w 20 r. życia, następne w prawidłowych odstępach czasu, trwające dwa dni, skąpe, niebolesne. Ostatnia miesiączka miała miejsce przed kilku dniami. Rodziła 7 razy (troje dzieci z pierwszego małżeństwa, czworo z drugiego). Porody były ciężkie, czasowe, dzieci rodziły się nieżywe z powodu przedłużania się porodu, prócz dziecka pierwszego z drugiego małżeństwa, które wkrótce po urodzeniu się umarło. Piąty poród operacyjny — kleszczowy. Nie roniła. Od czasu porodu operacyjnego moczu nie utrzymuje, który tuż po porodzie samoistnie zaczął odchodzić. Zresztą żadnych dolegliwości nie odczuwa.

Status praesens: Badaniem zewnętrznem nie można wykazać żadnych nieprawidłowości ważniejszych. Okolice sromu i ud wyprzałe, srom ziejący, na międzykroczu stara blizna. Wejście do pochwy i pochwa szerokie. Część pochwowa walcowata, gruba, ujście zewnętrzne poprzeczne, kanał szyi drożny dla palca, ku górze się zwęża; brzegi ujścia zewnętrznego z wybitnymi wrębami po obu stronach; wrąb po stronie lewej sięga głęboko w sklepienie lewe i ku przodowi, tworząc bliznę głęboką, lecz wcale podatną.

Na tylnej ścianie części pochwowej, mniejwięcej na centymetr od brzegu ujścia zewnętrznego, znajduje się poprzeczne zagłębienie, w którem można wyczuć otworek wielkości grochu, kształtu owalnego, znajdujący się cośkolwiek na lewo, o brzegach twardszych. Ciało macicy w tyło-zgięciu, kuliste, cokolwiek powiększone, dające się z łatwością wprowadzić w przodopochylenie. Trąbki i jajniki prawidłowe. Badanie miednicy kostnej wykazuje znaczne ścieśnienie: d sp. = 23. $^1/_2$, d. cr. = 27, d. tr. = 29, c. extr. 16 $^1/_2$, c. dg. = 9. Palec badający dostaje się z łatwością do wzgórka, kości krzyżowej silnie występującego, na którym wyczuć można wyniosłość kostną wielkości małego orzecha laskowego, umiejscowioną cokolwiek na lewo. Wygięcie kości krzyżowej wybitne; dolna jej część silnie zagina się ku przodowi. Na tylnej ścianie spojenia łonowego na 1 ctm. od dolnego jego brzegu i cokolwiek na lewo wyczuć można również guzek wielkości dużego grochu.

Fotografia powyższa *E.* zdjęta przy pomocy wziernika, przedstawia część pochwową grubą, walcowatą; ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami obustronnymi. Wrąb po stronie lewej, głęboki, przechodzi przez całą grubość części pochwowej, gubiąc się w bliźnie w przedniej części sklepienia lewego. Na tylnej ścianie części pochwowej, niespełna centymetr od brzegu ujścia zewnętrznego, znajduje się linijna blizna poprzeczna, przebiegająca przez całą tylną ścianę części pochwowej, w środku której, względnie cośkolwiek bardziej na lewo, znajduje się owalny otworek, do którego można z łatwością wprowadzić gruby zgłębnik maciczny. Zgłębnik wchodzi do jamy macicy na $7^1/_2$ ctm. wprowadzony do ujścia zewnętrznego przedostaje się z łatwością do otworka powyższego, ukazując się w jego świetle. Przestrzeń pomiędzy brzegiem ujścia zewnętrznego a przetoką gładką, blizn stwierdzić nie można. Przy bliższem oglądaniu blizny w lewem sklepieniu spostrzega się otworek o świetle włosowatem, do którego wprowadzony cieniutki zgłębnik chirurgiczny przedostaje się do pęcherza moczowego. Przy równoczesnem wprowadzeniu cewnika szklanego do pęcherza i poruszaniu nim, ręce badające doznają charakterystycznego uczucia chrzęstu.

Rozpoznanie: *Fistula vesico-vaginalis nec non fistula cervico-vaginalis laqucatica posterior.*

Przetokę pęcherzową okrojono i zeszyto ze skutkiem pomyślnym, przetokę zaś w tylnej ścianie części pochwowej, jako obojętną i bez znaczenia, pozostawiono nietkniętą.

Geneza tych przetok wogóle jest ciemną. Neugebauer, zebrawszy z piśmiennictwa dziewięć podobnych przypadków,



Rysunek E.

wylicza wiele przyczyn, powodujących powstawanie przetok maciczno-pochwowych, na które się pojedynczy autorowie powołują.

Do tych należą:

1. Podłużne pęknięcia szyi z częściowem zrośnięciem się brzegów w okolicy dolnej pęknięcia.

2. Zrośnięcie się częściowe okrwawionych brzegów po operacyi plastycznej Emmeta.

3. Wrzody: gruźlicze, kiłowe, rakowate, błonicze.

4. Obumarcia uciskowe, stojące w związku z porodem.

5. Urazy, zwłaszcza podczas wzniecania zbrodniczych poronień.

6. Podwójne wrodzone ujście zewnętrzne.

7. Pęknięcie samoistne tylnej ściany części pochwowej podczas porodu.

To są przyczyny, jakie Neugebauer zestawił, mogące wywołać przerwę w ciągłości tkanki części pochwowej, zwłaszcza jej ściany tylnej.

Przyczyny wyliczone pod 1, 2, 3 i 4, zdaje mi się, iż nie potrzebują żadnego tłómaczenia; powstawanie przetok maciczno-pochwowych pod wpływem tych przyczyn, aczkolwiek bardzo rzadkie, jest zupełnie możliwem i jasnem.

Więcej mogą nas zająć przetoki powstałe *sub tentamine abortu*, a mianowicie ze stanowiska sądowo-lekarskiego, jakkolwiek powstanie ich również jest zupełnie zrozumiałe.

Wykreśliłbym zaś zupełnie z powyżej wyliczonych przyczyn przypadki, wymienione pod 6, t. j. z podwójnem wrodzonem ujściem, które nie zasługują zupełnie na nazwę przetok w pojęciu patologicznem, lecz musimy uważać je za zboczenie rozwojowe, ani umiejscowieniem, ani wogóle istnieniem swojem nie pociągające za sobą złych następstw.

Zagadkowe natomiast i wielce interesujące są przetoki, wspomniane pod 7, t. j. pęknięcia samoistne tylnej ściany części pochwowej podczas porodu, względnie poronienia. Przetoki te nazwałbym samoistnemi *(ruptura cervicis spontanea)*, powstającemi z przyczyn nam bliżej nieznanych, w przeciwieństwie do powyżej wyliczonych, które są wyrazem, względnie następstwem urazu zewnętrznego i zasługują na nazwę przetok wtórnych, następowych.

Przypadek nasz pierwszy zaliczam właśnie do pęknięć samoistnych, pod 7 przytoczonych.

Nie chcąc sprawy rozwlekać wykluczaniem pojedynczych przyczyn, mogących powodować powstanie przetoki w naszym pierwszym przypadku, zaznaczam z góry, iż po sumiennych wywiadach, jakoteż sądząc z umysłowego stanu chorej, która sobie nawet sprawy nie zdawała z tego, iż onego czasu była w ciąży, przyszliśmy do przekonania, iż przetoka w danym przypadku powstała samoistnie podczas poronienia, po pęknięciu tylnej ściany części pochwowej. Tu zaliczam również przypadki Nordmanna, Schauty-Pieringa, Jaqueta, Steffecka, Olshausena, Wormsera i Dürmosera.

Niewyjaśniony dotychczas sposób powstawania tych przetok będę się starał ująć w pewne objawy w przypadkach opisanych, o ile dokładność opisów na to pozwala i opierając się na pewnych danych w naszym przypadku pierwszym.

Przedewszystkiem zwrócić muszę uwagę na dwie okoliczności:

1) że przetoki powyższe powstają podczas poronień, t. j. pod wpływem skurczów macicy;

2) że przetoki te powstają wyłącznie tylko na tylnej ścianie części pochwowej.

Obie te okoliczności dadzą się wytłómaczyć z łatwością, jeśli przyjmiemy towarzyszące przetokom sprawy zapalne przewlekłe, toczące się na błonie śluzowej i w miąższu macicy, za podstawę cierpienia, nie zaś za ich następstwo, jak niektórzy autorowie utrzymują. Co do pierwszej okoliczności, to sądzę, iż nie potrzebuję się długo nad nią zatrzymywać, gdyż znany jest ogólnie wpływ spraw zapalnych macicy na ciążę; co do drugiej okoliczności, to pozwolę sobie na kilka uwag.

Z powodu spraw zapalnych przewlekłych miąższ macicy traci swą właściwą elastyczność i staje się bardziej kruchy, niepodatny. Jeśli teraz sprawa zapalna zajmuje okolicę ujścia wewnętrznego, może przyjść do unieruchomienia ciała macicy przodopochylonej względem szyi, jak to można było spostrzegać w naszym przypadku. Jeżeli teraz wśród tych warunków przychodzi do poronienia, to podczas skurczów macica nie może się wyprostować, kanał szyi i kanał macicy nie leżą w linii prostej, jak w warunkach fizyologicznych.

Z powodu zatem unieruchomienia ciała macicy przodopochyłonej względem szyi, kanał macicy pozostaje podczas skurczów niewyprostowany, zagięty pod pewnym kątem, a kierunek działania skurczów macicy nie wypada w linii osi kanału szyi, lecz na tylną ścianę szyi macicy. Podczas zatem wypychania jaja płodowego z jamy macicy do szyi rozszerza się kanał szyi w swej górnej części przeważnie kosztem tylnej ściany szyi. Jeśli zatem w takim przypadku mamy jeszcze do czynienia z wrodzonem zwężeniem całego kanału szyi, które to zwężenie tembardziej zostaje spotęgowane sprawą zapalną, t. j. obrzękiem błony śluzowej i miąższu, jak w naszym przypadku, to zdaje mi się, iż pod wpływem skurczów ciała macicy i kierunku ich działania niedrożny kanał szyi zostaje prawie z akcyi całej wyłączony, tylna ściana szyi będzie coraz bardziej rozciąganą, wytwarza się zaułek, do którego jajo płodowe zostaje wypychane. W miarę zaś działania skurczów cieńczeje ściana zaułka, wreszcie pęka, dając początek powstaniu przetoki. Mechanizm ten przypomina wielce mechanizm powstania centralnego pęknięcia międzykrocza podczas porodu przy nieznacznem nachyleniu miednicy.

Bardzo ważny również wpływ na powstawanie takich przetok może mieć, o ile mi się zdaje, i kształt części pochwowej.

W naszym przypadku pierwszym część pochwowa miała kształt siodełkowaty; ujście zewnętrzne, wielkości główki od szpilki, zwrócone zupełnie ku spojeniu łonowemu. W świetle wziernika rurkowego na pierwszy plan występowała silnie wypuklona tylna ściana części pochwowej, ujście zaś zupełnie się chowało pod przednią ścianę wziernika. Podobnie przedstawiają się też przypadki Steffecka i Wormsera, a o ile z pobieżnego opisu sądzić można, i przypadek Dürmosera; a może do tych przetok samoistnych zaliczyćby należało i przypadek F. Neugebauera?

Otóż w tych przypadkach kształt części pochwowej stwarza warunki tem pomyślniejsze do powstawania przetok w myśl wyłuszczonych zapatrywań, gdyż w tych warunkach kanał szyi przebiega w linii jeszcze bardziej krzywej.

Streszczając powyższe wywody możemy powiedzieć, iż warunki, które umożliwiają powstanie podczas poronień przetok samoistnych na tylnej ścianie części pochwowej, są następujące:

I. Utrata elastyczności i kruchość miąższu

macicy w następstwie spraw zapalnych przewlekłych;

II. następowe zniesienie ruchomości ciała macicy przodopochylonej względem szyi;

III. zwężenie całego kanału szyi;

IV. nieprawidłowy kształt części pochwowej (siodełkowaty).

Punkt IV. uwyżam za niekonieczny, w każdym razie dość częsty i wielce ułatwiający powstawanie przetok.

Nie zgodziłbym się w zupełności z poglądami Wormsera na powstawanie tych przetok. Według jego zdania pęknięcie ściany części pochwowej prawdopodobnie powstaje podczas tak zwanego *„abortus cervicalis“* u pierwiastek· a mianowicie wówczas, gdy jajo płodowe zostaje urodzone do rozdętej silnie szyi, podczas gdy ujście zewnętrzne jeszcze jest drobne i nie rozszerza się. Otóż Wormser przypuszcza, iż bardzo wczesne jajo nie może spowodować pęknięcia, gdyż jest za małe; w 5-tym jednak miesiącu według niego jestto możliwem. Przeciw temu przemawia już ta okoliczność, iż pęknięcia znajdują się zawsze w jednem i tem samem miejscu, t. j. na tylnej ścianie części pochwowej.

Ciśnienie w ten sposób rozdętej szyi, t. j. podczas *„abortus cervicalis“*, jest na wszystkie ściany jednakowe. Pęknięcia zatem szyi, powstałe w ten sposób, przydarzałyby się równie często w innych miejscach części pochwowej, zwłaszcza w najsłabszych, t. j. w okolicach bocznych, jak nas poucza codzienne doświadczenie przy porodach.

Kształt pęknięcia czyli przetoki może być poprzeczny lub podłużny. Zdaje mi się, iż kształt ten zależy li tylko od przypadku, względnie możnaby myśleć o tem, która warstwa mięśni, t. j. czy okrężna czy podłużna, jest tęższą i później ustępuje pod naciskiem, względnie pęka. I tak: pęknięcie włókien podłużnych da nam linię poprzeczną, pęknięcie zaś okrężnych podłużną.

Przypadek nasz drugi, wyżej opisany, zaliczam do kategoryi 4-tej, t. j. powstanie przetoki skutkiem obumarcia uciskowego podczas porodu. Przypadek ten jest zupełnie jasnym. Podczas porodu pozostawała przez dłuższy czas okolica przetoki pod wpływem ucisku, wywieranego z jednej strony częścią przodującą płodu, t. j. główką, z drugiej wybujałością kostną w okolicy wzgórka. Skutkiem złego odżywienia w następstwie ucisku przyszło do obumarcia tej części i oddzielenia się, a powstały ubytek, nie wypełniwszy się, pozostał przetoką.

Wyniki operacyjne tych przetok, o czem wspomina F. Neugebauer, są niepomyślne; świadczą o tem przypadki F. Neugebauera, Nordmanna-Fehlinga i Wormsera, w którychto pomimo kilkakrotnych zabiegów operacyjnych nie udało się usunąć przetoki. F. Neugebauer zupełnie słusznie przypisuje złe wyniki zbliznowaceniu brzegów przetoki i za wielkiemu napięciu tkanki po ściągnięciu szwów. Zdaje mi się, iż jeszcze jeden bardzo ważny czynnik wchodzi tu w grę, a mianowicie utrudnienie odpływu zmienionej i obfitszej wydzieliny błony śluzowej macicy po zeszyciu przetoki. Dlatego starałbym się najpierw stworzyć warunki pomyślniejsze dla odpływu wydzieliny przez rozszerzenie krwawe ujścia zewnętrznego, względnie szyi, a następnie okrwawić i zeszyć brzegi przetoki. Tak postąpiliśmy w naszym przypadku pierwszym i osiągnęliśmy wynik dodatni, dlatego uważam ten warunek za bardzo ważny i konieczny. Opis dokładny operacyi wraz z rysunkami szematycznymi podałem powyżej. Sposób powyższy operowania nadaje się wielce przy przetokach po pęknięciu poprzecznem, t. j. w których oś poprzeczna jest dłuższą od podłużnej. Przy przetokach podłużnych radziłbym po rozszerzeniu krwawem ujścia zewnętrznego pokryć przetokę plastycznie płatkami.

Kończąc niniejszą publikacyę, niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie memu Czcigodnemu Szefowi, Profesorowi Marsowi, za odstąpienie mi niniejszego materyału.

II. Przypadek ropnia pozaoponowego pochodzenia usznego.

Napisał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Ropniem pozaoponowym w szerszem słowa znaczeniu nazywamy wszelkie nagromadzenie się ropy między kością czaszki, a jej okostną wewnętrzną, t. j. oponą twardą. W ściślejszem znaczeniu stosujemy nazwę ropień pozaoponowy do nagromadzenia się pewnej ilości ropy na ograniczonem tylko miejscu między kością a oponą, podczas gdy ropienie więcej rozlane, otaczające oponę twardą na większej rozległości, oznaczamy (Grunert) mianem ropienia pozaoponowego. Podobny ropień, otaczający zatokę żylną, nazwano ropniem okołozatokowym. Jedna i druga postać ropienia powstaje wskutek zapalenia zewnętrznej powierzchni opony twardej, spowodowanego rozszerzeniem się zapalenia ropnego z jamy bębenkowej, lub z wyrostka sutkowego, albo wreszcie z błędnika, na jamę czaszkową. Powikłanie to przeważnie występuje w ostrem lub przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego, znacznie rzadziej spostrzegano je w prostem, nie ropnem, albo też nieżytowem zapaleniu tego narządu. Drogę, którą ropa z ucha dostaje się do jamy czaszkowej, stanowią przeważnie małe przetoki, prowadzące z jamy bębenkowej sutkowej do tylnego lub środkowego dołu czaszkowego. Zależnie od tego ropień pozaoponowy znajduje się w średnim, względnie w tylnym dole czaszkowym. Innym razem choroba kości, otaczającej jamę bębenkową, przenosi się nieprzerwanie do jamy czaszkowej. Nieraz ropa dostaje się drogą błędnika przez wewnętrzny przewód uszny, albo wodociąg przedsionkowy lub ślimakowy do tylnej powierzchni kości skalistej. Nareszcie zapalenie może przenieść się przez przednią albo tylną ścianę jamy bębenkowej na sąsiednie zatoki żylne: *sinus caroticus*, wzgl. *sinus sigmoideus* i pośrednio z nich przejść na oponę twardą. Grunert i Heiman opisują po 1 przypadku ropnia pozaoponowego w tylnym, względnie w środkowym dole czaszkowym, gdzie przyczyną wywołującą był ropień podokostnowy zauszny, względnie okolicy skroniowej.

Ropień pozaoponowy stanowi najczęstsze powikłanie śródczaszkowe zapalenia usznego. W większej części przypadków występuje równocześnie z innemi zaburzeniami śródczaszkowemi, znacznie rzadziej jako cierpienie samoistne, niepowikłane. Zdarza się on częściej u mężczyzn i po stronie prawej, niż u kobiet i po stronie lewej, częściej w tylnym, niż w środkowym dole czaszkowym. Może on przybierać

bardzo wielkie rozmiary, dochodzić do połowy czaszki, nawet do oczodołu ku przodowi, ku tyłowi aż do tłoczni Herofila *(torcular Herophili)*, może zajmować cały przetwór pozaoponowy jednej połowy czaszki i powodować ropnie opadowe bocznej części szyi. Opona twarda ulega przytem różnego stopnia zmianom, zależnie od rozległości i trwania choroby, począwszy od lekkiego zaczerwienienia zapalnego do rozpadu zgorzelinowego Ropa w świeżych przypadkach jest gęsta, niecuchnąca, śmietankowata; w przewlekłych rzadka posokowata, ciemna, cuchnąca. Wyrostek sutkowy jest przytem zawsze w głębi zajęty. Bakteryologicznie znachodzono w ropie przypadków ostrych dyplokoki, w przewlekłych gronkowce i paciorkowce.

Objawy, wywolane tą chorobą, są te same, które można uważać także przy każdej innej chorobie mózgowej. Wogóle niema prawie żadnego objawu mózgowego, któryby nie mógł wystąpić w przebiegu tego cierpienia. Tu należą: 1) Objawy ogólne, jak gorączka, osłabienie, wychudnienie, upadek sił, brak łaknienia, obłożony język, cuchnienie z ust. 2) Objawy mózgowe ogólne, uciskowe, mianowicie: bóle i zawroty głowy, bolesność czaszki przy opukiwaniu i nacisku, zwolnienie tętna, nudności, wymioty, zaparcie stolca, zaburzenia psychiczne, śpiączka, czkawka, zmiany w dnie oka. 3) Objawy ogniskowe, do których zaliczamy: zboczenia mowy przeważnie natury czuciowej, jeżeli ropień jest po stronie lewej; zaburzenia ruchowe i czuciowe, skurcze i porażenia mm. kończyn, szczególnie mm. ocznych (zez, drżenie gałek itd.), porażenie nn. okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, zboczenia źreniczne, sztywność karku itd. A zatem mogą tu wystąpić pojedynczo prawie wszystkie objawy ropnia mózgowego, zapalenia opon itp. Do tego przyłączają się nierzadko zmiany miejscowe zewnętrzne ze strony narządu słuchowego, bóle w uchu, obrzęk i bolesność w okolicy wyrostka sutkowego przy naciskaniu lub opukiwaniu, ropień podokostnowy, albo przetoka w sąsiedztwie ucha zewnętrznego na kości skroniowej. Uwzględnić jeszcze należy, że choroba ta zjawia się bardzo często w towarzystwie innych powikłań śródczaszkowych, których objawy pokrywają albo zacierają obraz ropnia pozaoponowego. Jeżeli do tego jeszcze dodamy, że niema żadnego ściśle znamiennego, patognomonicznego objawu tej choroby, to zrozumiemy, na jakie trudności rozpoznanie jej napotykać musi. Stąd pochodzi, że ta choroba przed operacyą rzadko tylko zostaje rozpoznaną z całą pewnością i że w największej części przypadków znachodzono tę zmianę niespodziewanie i przypadkowo przy oddłutowaniu wyrostka sutkowego, wskazanem z innego powodu. Tam zaś, gdzie się udało chorobę tę przed operacyą rozpoznać, stało się to w przeważnej części przypadków tylko z pewnem prawdopodobieństwem, albo drogą wykluczenia, jak to miało miejsce w naszym niżej podanym przypadku.

Wogóle można powiedzieć, że obrzęk i ropień podokostnowy, albo przetoka na łusce lub poza wyrostkiem sutkowym w okolicy wypustu sutkowego *(emissarium mastoid.)*, albo szwu sutkowo-potylicznego *(sutura mastoideo-occipitalis)*, usprawiedliwiają podejrzenie ropnia pozaoponowego. Przemawia nadto za tem cierpieniem 1) uporczywy ból głowy i bolesność kości skroniowej przy opukiwaniu lub nacisku, pozostające po chorobie usznej, dla których innej przyczyny wykazać nie można, oraz 2) objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego: zmiany w dnie oka, zboczenia źreniczne, zwolnienie tętna, sztywność karku. Oczywista rzecz, że objawy te mogą mieć wartość rozpoznawczą tylko o tyle, o ile inne przyczyny, tłómaczące je, wykluczyć można, gdyż występują one także i w innych chorobach mózgowych. Powikłanie to podejrzywać należy, jeżeli w przebiegu ropienia usznego występuje od czasu do czasu nagle wylanie się z ucha większej ilości ropy, zwłaszcza jeżeli istniejące przytem inne objawy mózgowe równocześnie ustępują. Nagle albo okresowo zjawiające się silne zwiększenie się wypływu z ucha chorego, dalej utrudniona ruchomość głowy z szyją skośną, jakoteż obustronne drżenie gałek ocznych, szczególnie ku stronie zdrowej, wskazują na tę chorobę Zdaniem Grunerta objawy żołądkowe powinny budzić podejrzenie ropnia pozaoponowego w przypadkach uporczywie, długo trwającego ropienia usznego, przy braku innych przyczyn tej uporczywości. Wobec znacznej grubości lub stwardnienia kości skroniowej, szczególnie jeżeli ropa ma swobodny odpływ przez jamę bębenkową, może brakować wszelkich zmian miejscowych zewnętrznych. Wtedy silne, zaostrzające się nocą bóle głowy po stronie chorej, połączone z zawrotem głowy, zwolnieniem tętna i skłonnością do wymiotów, powinny zwrócić uwagę na będącą w mowie chorobę. Rozpoznanie staje się pewnem, jeżeli można przez istniejącą przetokę kostną dojść zgłębnikiem aż do obnażonej opony twardej.

Przejdźmy teraz do naszego przypadku.

K. B., lat 40, urzędnik policyjny, zgłosił się do mnie dnia 2/XII 1902 roku [1].)

Wywiady: W m. wrześniu 1900 r. pacyent miał się zaziębić podczas manewrów, nabawił się nieżytu nosowego, doświadczał bolu, szumu w uszach i upośledzenia słuchu. Później bole w uchu ustąpiły, słuch się poprawił, szum zaś pozostał i przystąpiły szalone bole głowy. Przed kilku miesiącami przyłączyło się obrzmienie skóry za uchem lewem. Prawie przez 2 lata chory ten pozostawał w leczeniu u różnych lekarzy specyalistów, którzy stosowali tusz powietrzny, miesienie nosa, różne krople uszne, wysyłali go do wód siarczanych, zapisywali mu chininę i różne proszki, kojące bol głowy. Poprawy jednak nie było żadnej, albo tylko nieznaczna i przemijająca. Bole głowy stawały się coraz uporczywsze i silniejsze, często tak gwałtowne, że pozbawiały chorego snu i możności wypełniania obowiązków urzędniczych; wypływu ropnego z ucha nigdy nie było. W prawej kończynie górnej pacyent czuł osłabienie i drżenie; ręka prawa mniej była silną, niż lewa tak, że chory nie mógł się porządnie podpisać. Gorączka miała być tylko raz po pierwotnem zaziębieniu i tylko przez jedną noc; raz tylko chory leżał w łóżku przez 4 dni z powodu silnych bolów głowy, było to w marcu albo kwietniu 1901 roku.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, źle odżywiony, blady, podściółka tłuszczowa zanikła. Błony bębenkowe przedstawiają obraz przewlekłego suchego nieżytu jamy bębenkowej, zgrubiałe, mętne, zaciągnięte, bez blasku, bez stożka świetlnego. W gardle i trąbce stan nieżytu przewlekłego. Za uchem lewem nieznaczne ale wyraźne obrzmienie ciastowate skóry, ciągnące się od tylnej nasady małżowiny przez kość sutkową, skroniową, ciemieniową i potyliczną lewą, przekraczające nieznacznie linię środkową czaszki. We wszystkich tych miejscach kość przy dotknięciu była bolesna, a nawet posunięcie ręką po włosach głowy wywoływało u chorego nieprzyjemne wrażenie. W oczach i w obrębie unerwienia n. twarzowego nie można nic dostrzedz nieprawidłowego. Ciepłota ciała nie podniesiona.

Badanie słuchu: zegarek po stronie prawej $^{1}/_{60}$, po stronie lewej *o;* szept ze strony prawej *4 M.*, z lewej przy uchu. *W.* na prawo, *R.* obustronnie ujemny, przewodnictwo przez kości czaszki obustronnie obniżone.

---

[1]) Chory ten był przedstawiony w Towarzystwie lek. krak. na posiedzeniu dnia 10 czerwca b. r.

Dno oka nie było badane, w narządach wewnętrznych zmian niema, przytomność zupełnie prawidłowa.

Rozpoznałem ropienie pozaoponowe pochodzenia usznego po stronie lewej i skierowałem chorego do prof. Trzebickyego w celu otwarcia czaszki i wypróżnienia ropy.

Dnia 4/XII. Ciepłota ciała, mierzona przed operacyą, wynosiła 38° C., tętno 85, regularne. Po uśpieniu chorego mieszanką Billrotha poprowadził prof. Trzebicky cięcie skórne aż do kości, na 3 ctm. długie, równoległe do przyczepu muszli usznej, odsunął okostną i oddłutował wyrostek sutkowy. Okazało się, że powierzchowne warstwy tej kości uległy sklerotycznemu stwardnieniu, środkowa zaś część rozpadła i wraz z jamą sutkową wypełniona ziarniną. Opona twarda odsłonięta w średnim dole jamy czaszkowej, z którego wylała się wielka ilość ropy. Kość sutkowa okazała się zajętą również ku tyłowi i ku dołowi. Przy usuwaniu tylnej i dolnej częci wyrostka wydobyła się znowu ropa w znacznej ilości. Odsłonięta zatoka poprzeczna wypełnioną była skrzepem, który po otwarciu zatoki usunięto; skrzep był dobrotliwy, świeży. Gdy ropa ciągle z tylnych części czaszki napływała, oddłutowano kość dalej za zatoką ku tylnemu dołowi jamy czaszkowej na przestrzeni równej florenowi. Opona twarda okazała się zgrubiałą i pokrytą ziarniną. Na miejscu, odpowiadającem mniej więcej granicy między płatem skroniowym a czołowym, opona twarda była przedziurawioną przez przetokę, prowadzącą wgłąb aż do warstwy korowej mózgu, która się okazała powierzchownie rozmiękłą. Z przetoki tej wydobyły się cząsteczki mózgowej substancyi korowej. Po wydaleniu ropy wytamponowano przetokę mózgową i jamę operacyjną gazą jodoformową i ranę opatrzono.

4/XII. Wieczorem: ciepłota ciała 39° C., tętno szybsze, lecz silne i regularne. Wystąpiło porażenie n. twarzowego, stan umysłowy chorego podniecony.

5/XII. Rano i wieczorem: C. 39°. Chory przytomny, jednak bardzo podniecony, bole głowy ustąpiły.

6/XII. Ciepłota ciała podgorączkowa, stan chorego dobry.

8/XII. Zmieniono przesiąkły ropą wierzchni opatrunek. Setony z gazy jodoformowej nieco naciągnięto. Chory ciągle podniecony, nie pamięta imion własnych. (Afazya amnestyczna, częściowa, korowa, afazya ruchowa); pamięta tylko własne swoje imię, imię swego najbliższego zwierzchnika, oraz nazwisko dobrze mu znanego, jako urzędnikowi policyi, małżeństwa delikwentów.

11/XII. Zmiana opatrunku, naciągnięto setony. Wydzielina z rany zmniejsza się.

24/XII. Pamięć słowna powoli wraca. Chory uczy się powoli imion własnych, które potem w pamięci zachowuje tak, że zapytany, dokładnie je podaje po namyśle. Część setonów tkwi jeszcze w ranie. Wydzielina bardzo mała. Ciepłota ciała prawidłowa, podniecenie chorego ustępuje.

20/I 1903. Setony z rany wyjęto, rana wielkości monety 10 halerzowej, wydzielina bardzo mała. Chory wprawia się coraz więcej w mówieniu i przy usilnej pracy nad nim zasób jego pamięciowy imion własnych stopniowo się zwiększa.

24/II. Chory wypuszczony został ze szpitala prawie uleczony. Pozostała rana wielkości ziarnka grochu; zgłębnik zanurza się na głębokość jednego ctm. (Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał

Dr. Adolf Klęsk,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Stojąc na stopniu obecnego stanu nauki, wymagamy od nerek tak zwanej wydatności. W granicach fizyologicznych wydatność ta powinna mieć następujące cechy:

1) Ilość dzienna azotu więcej niż 10 gramów.

2) Punkt krzepliwości krwi $\delta = 0{,}55$—$0{,}57$.

3) Po próbie florydzynowej mniejwięcej w półgodziny powinien się wydzielać ze zdrowej nerki cukier i to w ilości sporej, a bezwarunkowo większej, niż z chorej [3]).

Wycięcie nerki w tych warunkach jest zabiegiem poważnym, ale zupełnie uprawnionym, a chorzy znoszą go przeważnie dobrze.

Jako ilustracyę przytaczam następujący przypadek:

Przypadek II. *Anna S.*, l. 28, przyjęta do kliniki 7/III 1902 r. Choroba rozpoczęła się przed rokiem bólami w pęcherzu i parciem na mocz. Od tego też mniejwięcej czasu oddaje mocz mętny. Od kilku miesięcy wystąpiły błyskawiczne bóle w boku prawym. Gruźlica dziedziczna.

Badanie: Zagęszczenie miąższu w szczycie prawego płuca.

Badanie cystoskopem wykazuje około ujścia prawego moczowodu owrzodzenie gruźlicze, wielkości 10-halerzówki.

Mocz wydobyty zapomocą cewnika moczowodowego z prawej nerki, mętny, zawiera ślad białka, prątki Kocha. Z lewego moczowodu, wzięty z pęcherza — prawidłowy Δ 1·4°, δ 0,56°.

Próba florydzynowa: w 35 minut po wstrzyknięciu w moczu z lewej nerki cukier wyraźny, z prawej ani śladu. Błękit metylenowy zabarwił mocz po godzinie. Ślady (kwasem octowym) można było wykryć w pół godziny.

Rozpoznanie: Gruźlica nerki prawej.

Operacya. Wobec wystarczającej wydatności nerki lewej usunął prof. Kader 14/III w znieczuleniu lędźwiowem tropckokainą nerkę prawą. Operacya była bardzo łatwa. Cięcie lędźwiowe Bergmanna. Dla łatwiejszego wydostania nerki usunięto 12. żebro. Miedniczka i moczowód okazały się zajęte gruźlicą. Ten ostatni wypreparowano aż do pęcherza — zaotrzewnowo, po przedłużeniu cięcia prawie aż do więzu Pouparta, odcięto tuż nad pęcherzem; kikut, zmieniony gruźliczo, wypalono żegadłem Paquelina i podwiązano katgutem. Przy wypreparowywaniu nerki z otrzewnej, bardzo zresztą łatwem, naderwano otrzewnę w jednem miejscu. Otwór zaszyto. Ze względu na gruźlicę ranę wytamponowano gazą jodoformową.

Operacya trwała 15 minut.

Nerka wycięta przedstawiała obraz zupełnego zserowacenia i zniszczenia.

Początkowo po operacyi chora była bardzo osłabioną; powoli zaczęły siły poprawiać się. Pęcherz przepłókiwano sublimatem 1:15000.

Chora opuściła klinikę dnia 25/V w stanie lepszym, niż weszła, ale z przetoką po tamponadzie, wydzielającą niewielką ilość ropy gruźliczej. W moczu były również prątki Kocha i od czasu do czasu ślady białka.

Ilość moczu nie uległa prawie żadnej zmianie, nawet w ciągu pierwszych dni po operacyi.

Obecnie, t. j. prawie 2 lata po operacyi chora ma się doskonale; przybyło jej 8 kilo na wadze. Przetoka zagojona. Wyszła za mąż. Mocz czysty bez zmian chorobowych. Owrzodzenia w pęcherzu zagojone.

Oprócz stanu miejscowego nerek wpływa naturalnie na wskazanie wycięcia nerki także stan ogólny. Osobniki wyniszczone nie zniosą takiego zabiegu. Wielką rolę odgrywa tu także stan serca. Nagłe usunięcie stosunkowo zdrowej nerki może, jak wspomnieliśmy, odbić się groźnie na ustroju całym i na sercu; natomiast w przypadkach, w których serce miało czas się przystosować, usunięcie schorzałej nerki może mieć nawet wpływ zbawienny. Znane są przypadki, gdzie chore po wycięciu nerki kilkakrotnie rodziły.

W naszej klinice dajemy wszystkim chorym, o których sercu nie jesteśmy pewni, że jest zupełnie sprawne, leki sercowe w formie naparstnicy, lub *strophantus* na 2 dni przed operacyą. Bezwarunkowo zawsze stosujemy te środki u chorych, u których mamy wykonywać jakiebądź rękoczyny na nerce [4]).

[3]) Punkt krzepliwości moczu nie gra miarodajnej roli.

[4]) Propozycya używania *Strophantus* lub napastnicy, jako środka podniecającego serce przed znieczuleniem, w celu zapobiegania złym wpływom narkotyzacyi, wyszła od profesora Kadera jeszcze w roku 1895 (*Allgem. med. Zentrelzeitung*). Tamże radzi prof. Kader podawać

Nawet wada serca w przypadkach, gdzie zmiany w nerce rozwijały się stopniowo i gdzie wada ta jest dobrze wyrównaną, nie jest przeciwwskazaniem do operacyi. Dowodzi tego najlepiej następujący przypadek z naszej kliniki:

Przypadek III. *Kaźmierz K.*, lat 40, żonaty, z Czeladzi ad Sosnowice. Z zawodu dozorca kopalni, przyjęty do kliniki dnia 7/XI 1901 roku.

Rodzice pomarli w różnym wieku. Chory miał zawsze być zdrów; dopiero przed dwoma laty zauważył lekkie powiększanie się gruczołu tarczykowego, potem bicie serca i drżenie rąk. Przed 3 miesiącami uderzony został silnie rurą żelazną w bok lewy. Po uderzeniu przewrócił się na ziemię i poczuł bardzo silny ból w podżebrzu lewem. Przytomności nie stracił. Przez parę dni czuł się bardzo osłabionym. W pierwszym stolcu po urazie miała być krew; trzy następne czarne. W niespełna 3 tygodnie po urazie zauważył chory guz w podżebrzu lewem i równocześnie począł doznawać przemijających bólów brzucha. W moczu zaczęły się pokazywać żyłki krwi, a w końcu raz po silnym wysiłku fizycznym i szczera krew. Od tego czasu w kilka dni pojawia się krew w moczu, potem odchodzą skrzepy wśród parcia, następnie znowu potem mocz czysty i oddany bez bólu.

Stan obecny. Budowa i odżywienie chorego mierne. Płuca bez zmian. Akcya serca przyśpieszona (tętno 112) i widzialna na dużej przestrzeni. Serce powiększone we wszystkich wymiarach. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Tętnice widzialne, tętnią wyraźnie W lewem podżebrzu wyczuć można guz wielkości głowy noworodka, wybitnie balotujący, o powierzchni dość równej, niebolesny. Przy ruchach oddechowych można wsunąć końce palców między łuk żebrowy, a guz i odsunąć go ku dołowi. Nad guzem wypuk stłumiony; w dole stłumiono — bębenkowy. Po wydęciu kiszek powietrzem przez odbytnicę wypuk bębenkowy w dole guza staje się wyższy i podnosi się ku górze. Inne narządy jamy brzusznej bez zmian. Prawy płat gruczołu tarczykowego powiększony. Gałki oczne wysadzone, chory zrzadka mruga powiekami, objaw Graefego bardzo wyraźny. Palce rozstawione trzęsą się mocno. Chory jest niespokojny, ciągle się rusza i poprawia, czerwieni, to blednie. Ręce gorące, czoło spocone, na twarzy i rękach bardzo liczne piegi.

Rozbiór moczu 7/XII: białka, badanego przyrządem Esbacha 0·5‰, zresztą bez zmian.

10/XI z nocy: zabarwienie krwawe, białka Esb. 1‰, c. g. 1·030, oddziaływanie alkaliczne. W osadzie liczne ciałka czerwone, przybłonki miedniczek nerkowych, cylindroidy, kryształki fosforanów. Tego samego dnia mocz dzienny: barwa winowo żółta, c. g. 1·021, białka brak, oddziaływanie kwaśne, mocz czysty.

13/XI mocz oddany podczas wizyty wśród silnego parcia był wysycony, c. g. 1·029, oddziaływanie kwaśne; fosforany i moczany zwiększone; białka ślad, liczne skrzepy krwi w postaci nitek, śrub, świderków skręconych i bezkształtnych kawałków. Wałeczki z ciałek czerwonych, przybłonki nerkowe, skąpe wałeczki szkliste, nieliczne ciałka białe.

Na kilka godzin przed oddaniem moczu chory uskarżał się na silne bóle i kłucie w podżebrzu lewem. Średnia dzienna ilość moczu 700 ctm.³. Mocz, oddany w czasie kilkogodzinnej kolki w podbrzuszu lewem, prawidłowy.

Wobec tych danych rozpoznano guz złośliwy nerki lewej u osobnika, cierpiącego na chorobę Basedowa i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Badanie moczu pozwoliło sądzić, że druga nerka funkcyonuje dobrze, gdyż mocz z dnia 10/XI (porcya dzienna) po krwotoku pochodził na pewno z nerki zdrowej w czasie, gdy miedniczka lub moczowód chorej nerki zatkane były skrzepami krwi i skład miał zupełnie prawidłowy.

Ponieważ sprawa przedstawiała się jasno, przeto nie cystoskopowano chorego.

Dnia 13/XI przystąpił prof. Kader do operacyi. Znieczulenie lędźwiowe wywołano tropakokainą. W kłucie, łatwe, wykonano między 3—4 kręgiem lędźwiowym. Wypuszczono 120 kropli płynu mózgowordzeniowego i wstrzyknięto 12 ctgm. ½%-rozczynu tropakokainy. Następnie nadano choremu położenie z głową na dół przez 5 minut. Znieczulenie zupełne po sutki. Cięcie przeprowadzono po zewnętrznym brzegu lewego mięśnia prostego, 15 ctm. długie, od łuku żebrowego w dół. Przecięto otrzewnę. Zbadano ręką nerkę prawą, która okazała się prawidłowej zbitości i wielkości. W miejscu nerki lewej guz wielkości głowy noworodka, dość swobodnie na podstawie osadzony, gruczoły niezajęte, nigdzie przerzutów. Od cięcia pierwszego poprowadzono prostopadle w linii pępkowej drugie ku tyłowi aż poza linię pachową tylną. Bardzo rozległe, zaopatrzone w duże naczynia zrosty ze śledzioną, przeponą, otrzewną, ścienną i okrężnic zstępującą, poprzecinano po podwiązaniu naczyń katgutem; szypułę podwiązano jedwabiem i guz usunięto wraz z częścią otrzewnej, przylegającej do guza. Obie blaszki otrzewnej, przednią i tylną, zaszyto o ile się dało; jamę pozostałą w górze w stronie śledziony wytamponowano częściowo, również i pozaotrzewnowo od strony lędźwi. Przy zaszywaniu rany powstał lekki krwotok, który szczypczykami zatamowano.

Operacya trwała 1½ godziny, znieczulenie godzinę i kwadrans tak, że do szwów ostatnich użyto kilku kropli chloroformu[5]). Serce przez cały czas funkcyonowało spokojnie, liczba tętna wynosiła średnio 72 uderzeń na minutę. Zaburzeń ze strony znieczulenia, ani wśród, ani po operacyi nie zauważono żadnych[6]).

Przebieg zdrowienia zupełnie dobry, bezgorączkowy. Mocz w dniu operacyi (650 ctm.³) zawierał ciałka krwi, skrzepy, ślad białka i liczne przybłonki. W następnym dniu ilość moczu 1200, po 3 tygodniach 2000, po 8 — 3000 na dobę. Mocz całkiem czysty, o nizkim ciężarze gatunkowymi bez białka i innych nieprawidłowych składników. Przez pierwsze dwa dni po operacyi chory skarżył się na ćmienie przed oczyma, zawroty głowy, raz wymiotował i przez parę dni miał biegunkę. Przypady te jednak znikły wkrótce bez śladu. Na 17 dzień po operacyi przy zmianie opatrunku nastąpił krwotok z głębi rany, który zatamowano tamponadą. Badanie guza wykazało utkanie raka siatkowatego (*carcinoma alveolare*). Guz wychodził z dolnej powierzchni nerki, na szczycie jego była jakby czapeczka ze szczątków zdrowej tkanki nerkowej. Nadnercze było całkiem prawidłowe. Stan serca po operacyi nie uległ żadnej zmianie. Gruczoł tarczykowy zmniejszył się widocznie, natomiast inne przypady choroby Basedowa, jak drżenie rąk i języka, pocenie się, wytrzeszczanie gałek ocznych i niepokój nerwowy nasiliły się znacznie.

Blizna po ranie zagojonej przez ziarninowanie znajduje się pod łukiem żebrowym. Pacyent przed odejściem z kliniki oddawał średnio 3000 ctm.³ moczu zupełnie czystego i prawidłowego. Dnia 22/I 1902 demonstrowałem chorego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak.; w tymże dniu opuścił on klinikę. W 23 miesięcy po operacyi przyjechał ten pacyent dla zbadania. Badanie wykazało: Chory poci się bardzo silnie. W dzień chłodny po miernym ruchu zlany jest całkiem potem. Drżenie rąk bardzo silne. Gruczoł tarczykowy powiększony w stosunku do tego, jakim był przed operacyą. Wymiary serca, jak dawniej; nad koniuszkiem serca słychać podczas skurczu głuchy ton z wybitnym szmerem. Tętno bardzo silnie napięte, liczba jego 108. Tętnice

te preparaty zamiast t. zw. środków wzmacniających, zwłaszcza zamiast wina i alkoholu wogóle, w przypadkach ogólnego osłabienia, zwłaszcza osłabienia serca i zaatakowania płuc, chorobach zakaźnych w czasie pooperacyjnym. Feilchenfeld wystąpił z tą samą propozycyą dopiero w roku 1900 w *C. f. Chirurgie.*

[5]) Stosowanie chloroformu w kombinacyi ze znieczuleniem lędźwiowem wywołuje efekt idealny. Chorzy usypiają po małej dawce chloroformu i śpią bardzo spokojnie.

[6]) Jest to jeden z pierwszych przypadków, może wogóle pierwszy przypadek, wycięcia nerki przy znieczuleniu lędźwiowem.

ciała wybitnie tętnią. Blizna pooperacyjna, prócz niewielkiej przepukliny następowej zmian nie przedstawia żadnych. Mocz czysty, bez białka, c. g. 1·015, zresztą prawidłowy.

Przypadek należy do rzędu ciekawszych. Czy i o ile uraz wpłynął na powstanie lub na szybszy wzrost już istniejącego guza, trudno przesądzać. Uraz musiał być dość silny, skoro działając od przodu i boku, potrafił uszkodzić nerkę i, jak się zdaje, jakąś część przewodu pokarmowego (krwawe stolce).

Guz zajmował tylko nerkę, nigdzie przynajmniej innego ogniska lub przerzutów wykazać nie było można. Znieczulenie lędźwiowe przydało się nam tu bardzo. Wiadomo, że długie uśpienie chloroformowe działa nieraz wprost zabójczo przy operacyach nerkowych. W przypadku naszym mieliśmy nadto i wadę serca. Wybitnych zmian w sercu po operacyi nie spostrzegliśmy, zapewne z tego powodu, że już przed operacyą nerka chora dla czynności serca była obojętną. Zastanawia tylko w tym przypadku tak silne pocenie się i wielomocz. Może między innemi stan ten jest w związku z chorobą Basedowa, na którą zabieg zadziałał stanowczo ujemnie. Przypadek ten pouczył nas przedewszystkiem, że i przy wadach serca i chorobie Basedowa nerkę usunąć można.

Po wycięciu nerki występują czasami zmiany w sercu w postaci przerostu lewej komory, lub i całego mięśnia sercowego; dalej szybko przemijające objawy mocznicowe (wymioty, zawroty i bóle głowy, biegunka). Ilość moczu po kilkudniowym okresie zmniejszonej jego ilości wraca szybko do normy, a nawet czasem występuje wielomocz. Nerka pozostała powiększa się i przerasta.

Do rzadszych, lecz za to bardzo przykrych powikłań po wycięciu nerki należy zwrotny bezmocz w nerce pozostałej. Powód bezmoczu leżeć ma w zwrotnem podrażnieniu nerwów zwężających naczynia i wstrzymaniu przez to dopływu krwi do nerki. Śmierć w podobnych przypadkach następuje w kilka lub kilkanaście godzin wśród objawów mocznicy, a sekcya wykazuje wysoką niedokrewność nerki. Tak było w naszym wyżej przytoczonym przypadku 1.

Bezmocz wystąpić może i po lekkim zabiegu na nerce, jak tego dowodzi następujący nasz przypadek o przebiegu szczęśliwym.

Przypadek IV. *Katarzyna G.*, lat 25, wolna, z Woli Batorskiej pod Bochnią. Przyjęta do kliniki 7/III 1902. Od 14 roku życia cierpi na bóle w boku prawym, które potęgują się przy wysiłku fizycznym. W 12 roku życia upadła całym ciężarem ciała na lód na bok prawy. Z moczem chodzi prawidłowo.

Stan obecny. Indywiduum źle odżywione. Narządy wewnętrzne bez zmian. W brzuchu po stronie prawej czuć ciało podłużne, odpowiadające kształtem nerce. Ciało to, t. j. nerka, daje się odprowadzić pod wątrobę i w dół jest bardzo bolesne. Bóle zmniejszają się znacznie, jeżeli nerkę odprowadzić na miejsce. Mocz bez zmian.

13/III. W znieczuleniu lędźwiowem dokonał prof. Kader umocowania nerki zapomocą trzech szwów katgutowych. Szwy objęły powierzchowne partye substancyi korowej, najgłębiej był założony szew dolny.

14/III. Ból głowy, wymioty; mocz, wydobyty cewnikiem w ilości 480 ctm.³ o wysokim ciężarze gatunkowym, zawiera ślad białka.

15/III. Cewnikiem odprowadzono 410 ctm.³ moczu o składzie jak wyżej. Ból głowy i wymioty silniejsze.

16/III. Bezmocz; przez całą dobę nie można cewnikiem moczu wydobyć. Wymioty coraz częstsze, ból głowy, zapad. Kamfora, degitalis.

17/III. Moczu wydobyto cewnikiem 125 ctm.³. Białka ślad. Mocz mętny od moczanów. Wymioty i ból głowy bardzo silne.

18/III. Chora oddała sama 700 ctm.³ moczu. Białka śladzik; mocz jasny.

19/III. Moczu 730 ctm.³. Białko znikło. Wymioty ustąpiły, ból głowy słabszy.

21/III. Moczu 760 ctm.³ o składzie prawidłowym. Ból głowy znikł.

31/III. Chora uleczona bez najmniejszych przypadłości opuszcza klinikę. W 4 miesiące chora zgłosiła się dla pokazania w zupełnie dobrem zdrowiu.

Langemak na Zjeździe chirurgów w Berlinie wspominał o gojeniu się ran operacyjnych w nerce. Badania tego autora doprowadziły go do wniosku, że rany te nie są, jak wielu sądzi, dla nerki obojętne: przeciwnie, każda rana przecina jakąś tętnicę i staje się przyczyną wytworzenia się następowego zawału. Jeżeli dodamy do tego, że znane są dość liczne przypadki ostrego zapalenia w nerce zdrowej po zabiegu na nerce przeciwnej, to musimy przyjść do przekonania, że w operacyach nerkowych z reguły unikać należy chloroformu i antyseptyków, gdyż te właśnie bywają powodem tych następowych zapaleń. Jaskrawy dowód tego szkodliwego działania chloroformu podaję w następującym przypadku.

Przypadek V. *A. B.*, lat 34, zamężna, z Krakowa. Od 6 lat cierpi na napadowe bóle w boku prawym. Przed 2 laty wśród jednego z takich napadów pojawiła się krew w moczu. Od 6 dni nowy napad i krwotok z pęcherza. Krwotok ustąpił po kilkugodzinnem trwaniu, natomiast powiększyły się znacznie bóle w pęcherzu i wystąpiło olbrzymie parcie na mocz. Badanie wykazało przepełnienie pęcherza skrzepami krwi. Po licznych bezskutecznych próbach wypłókania tych skrzepów rozszerzył prof. Kader w uśpieniu chloroformowem cewkę moczową *ad maximum* i teraz dopiero udało się usunąć skrzepy. Krwotok ustał; po obudzeniu się pacyentki wystąpiły jednak zawroty i bóle głowy, wymioty i częściowa nieprzytomność. Nazajutrz wystąpiły bóle i krwotok ponownie, chora czuła się podmiotowo lepiej, skarżyła się tylko na bóle i krwawienie. Wobec krwotoku okazała się potrzeba ponownego uśpienia w celu opróżnienia pęcherza. Mocz, badany przed zachloroformowaniem, zawierał ślad białka, odpowiadający krwi. Badanie cystoskopem w uśpieniu wykazało obustronne krwawienie z moczowodów, do których zgłębnikiem daleko wejść nie można było, gdyż napotykało się na twardy opór.

Rozpoznano prawdopodobną prawostronną kamicę nerkową z następowym krwotokiem. Po cystoskopii i kateteryzacyi moczowodów krwotok ustał zupełnie, natomiast zjawiły się objawy mocznicowe, które trwały z dość wielkiem nasileniem 3 dni. Stosowano lawatywy z dwuwęglanem sodowym, po których chora czuła pewną ulgę. Wobec tego stanu nerek wstrzymano się od zabiegu. Mocz, wydobyty cewnikiem po uśpieniu, zawierał 0·5‰ białka; w 6 dni później w moczu z białka ślad tylko pozostał. (Dok. nastąpi).

IV. Mechanizm III-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Omówiwszy istotę ściągania się macicy, z kolei nasuwa się do rozwiązania następujące pytanie logiczne: Jakim zmianom ulega ugrupowanie się tkanek macicy z końca ciąży, w czasie poszczególnych faz porodu? jaką drogę przebiegają poszczególne tkanki, a szczególnie włókna mięsne, zanim wreszcie ugrupowanie tkanek stanie się takiem, jakie opisałem, rozbierając anatomicznie macicę pierwszych chwil połogu: (Patrz: „Sprawozdanie z posiedzenia Tow. lekarsk. lwowsk.: kwestya dolnego odcinka macicy“. Autoreferat w „Przeglądzie lek.“ z grudnia 1902). Czy przebieg włókien mięsnych w macicy przy końcu ciąży jest w zasadzie analogiczny do tego, jaki widzimy w macicy pierwszych chwil połogu, czy też nie?

Stanowczą odpowiedź na powyższe zagadnienia otrzymalibyśmy łatwo, gdybyśmy często mogli spotykać się z materyałem sekcyjnym macic ciężarnych, oraz macic z poszczególnych faz porodu. Ja oczywiście materyałem takim nie rozporządzałem, bo ogółem, razem biorąc, otrzymanie do badania takiego cennego materyału sekcyjnego zawsze należeć będzie nawet dla zawodowych anatomo-patologów do szczęśliwych okazyj, które należy umiejętnie wyzyskać. Ryciny podane w piśmiennictwie nie mogą mieć dla badań ścisłych wielkiej wartości. Prędzej już miałyby ją klisze fotograficzne. Dlatego też, chcąc dojść koniecznie do jakichś wniosków, muszę posłużyć się rozumowaniem, na podstawie faktów znanych i przezemnie spostrzeganych.

Obserwacya fałdów błon, wyklejających wnętrze maksymalnie ściągniętej macicy, pozwala nam ocenić z całą ścisłością sposób, w jaki po opróżnieniu z treści redukuje się powierzchnia wewnętrzna macicy. Znając prawa fizyczne fałdowania się przedmiotów nieelastycznych naklejonych do ściągających się płyt gumowych napiętych, z łatwością dochodzimy do następujących wniosków: 1) wnętrze dna macicy redukuje się we wszystkich kierunkach jednakowo: 2) wnętrze jamy trzonu głównie w kierunku poprzecznym, obok tego jednak także i w kierunku podłużnym; 3) okolica pierścienia skurczowego, t. j. ta część macicy, która zajętą jest mięśniem okrężnym, redukuje się i w kierunku podłużnym (nieco mniej) i w kierunku poprzecznym, a więc podobnie jak trzon, a począwszy od najgrubszej części mięśnia okrężnego w dół, redukcya powierzchni wewnętrznej w obu kierunkach jest jednakowo silnie wyrażoną (jak w dnie). Ponieważ najwyższe fałdy a rowki między niemi najgłębsze, spotykamy w środkowych partyach powierzchni przedniej i tylnej, zaś znacznie płytsze rowki i niższe fałdy w bokach macicy, należałoby przyjąć, że najsilniej redukują się środkowe partye macicy, a mniej zaś boczne.

Ocena sposobu ściągania się powierzchni zewnętrznej macicy na podstawie fałdów otrzewnej jest trudniejszą, albowiem fałdy jej są mniej regularne, niż fałdy błon. Przyczyna leży w tem, iż otrzewna jest błoną elastyczną, napiętą na macicy ciężarnej, która wobec ściągania się macicy wraca przedewszystkiem do swej najmniejszej powierzchni, a potem dopiero fałduje się, zresztą według tych samych prawideł, co i błony nieelastyczne, a więc np. błony płodowe. Porównywając przebieg fałdów otrzewnej z przebiegiem fałdów błon, spostrzegamy w pewnych okolicach macicy analogiczne stosunki, tak co do jakości, jak i kierunku fałdów, w innych miejscach zaś analogii niema. I tak: przebieg fałdów otrzewnej jest zupełnie analogiczny w otoczeniu dna na przejściu na trzon, również zasadniczej różnicy w kierunku fałdów niema na tylnej powierzchni trzonu, natomiast sam szczyt dna jest wolny od fałdów otrzewnej, przeciwnie jak na powierzchni wewnętrznej, a na zewnętrznej powierzchni dolnego odcinka fałdy przebiegają poprzecznie.

Brak fałdów na dnie macicy możemy wytłómaczyć sobie w ten sposób, iż redukcya powierzchni zewnętrznej szczytu dna macicy nie jest tak znaczną, aby otrzewna, uprzednio silnie napięta, ściągnąwszy się, już musiała się fałdować, jak się to dzieje w dolnej części dna, gdzie przebieg fałdów otrzewnej jest zupełnie nieregularny. Nic nie stoi na przeszkodzie przyjęciu, że powierzchnia zewnętrzna macicy redukuje się w dnie podobnie, jak i wewnętrzna powierzchnia, we wszystkich kierunkach jednakowo silnie. Redukcya powierzchni zewnętrznej trzonu odbywa się podobnie, jak i wewnętrznej, t. j. głównie w kierunku poprzecznym, mniej zaś podłużnym, wobec czego fałdy otrzewnej są podłużne. Że fałdy te nie mają rysunku pasemek falujących, tłómaczyć należy tem, iż otrzewna elastyczna, po zwolnieniu napięcia może się jeszcze zastosować do redukcyi na długość i nie sfałdować się. Jednem słowem: według przebiegu fałdów błon i otrzewnej należy wnioskować, iż tak powierzchnia wewnętrzna, jak zewnętrzna macicy w trzonie i dnie redukują się w sposób jednaki.

Co do dolnego odcinka, to powierzchnia wewnętrzna redukuje się w obu kierunkach jednakowo, podobnie jak dno, zaś powierzchnia zewnętrzna, wnioskując z przebiegu fałdów otrzewnej, znacznie więcej w kierunku podłużnym, niż poprzecznym. Wytłómaczenie tego faktu jest trudne. Możliwie jest, iż przyczyny należy szukać w układzie włókien mięsnych w ścianie dolnego odcinka. I tak, pod powierzchnią zewnętrzną dolnego odcinka przebiega warstwa włókien mięsnych podłużnych, ta więc redukuje powierzchnię zewnętrzną głównie w kierunku podłużnym. Redukcya powierzchni wewnętrznej zaś pozostaje pod wpływem okrężnego mięśnia okolicy pierścienia skurczowego, który właśnie może wpływać na redukcyę powierzchni wewnętrznej w kierunku poprzecznym. Że wpływ mięśnia okrężnego nie sięga w sposób znaczny, a względnie taki sam, na redukcyę powierzchni zewnętrznej ściany dolnego odcinka, jest trudne do wyjaśnienia. Być może, że gra tu rolę łatwa przesuwalność blaszek mięsnych, złożonych z włókien podłużnych.

Znając przebieg włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu, oraz wiedząc, jak się redukują obie powierzchnie macicy przy jej ściąganiu się, możemy wnioskować o ułożeniu włókien mięsnych w końcu ciąży. Dlaczego? Bo kierunek fałdów zależy niewątpliwie od kierunku ściągania się powierzchni, a ściąganie się powierzchni musi zależeć od przebiegu włókien mięsnych. Komórka mięsna macicy, o kształcie wydłużonego wrzeciona, kurcząc się, grubieje i przybliża do siebie oba końce przyczepu. Jeżeli przyjmiemy, że po skurczu owe dwa punkty przyczepu końców komórki pozostają do pewnego stopnia w swem nowem położeniu, to musimy przypuścić, że te włókna mięsne, które ściągają powierzchnię macicy w kierunku np. podłużnym, muszą przebiegać, w kierunku podłużnym itd.

W myśl powyższego rozumowania przyjmijmy na chwilę hipotezę, jako jedną z możliwości, iż włókna mięsne w macicy końca ciąży są co do kierunku przebiegu analogicznie ułożone, jak w macicy pierwszych chwil połogu, a tylko warstwowo rozsunięte i obecnie zastanówmy się, o ile ta hipoteza dałaby się utrzymać.

Przypuśćmy więc, że włókna mięsne w dnie macicy połogowej przebiegają nieregularnie we wszystkich możliwych kierunkach. Tak ułożone włókna mięsne działają na każdy punkt powierzchni wewnętrznej i zewnętrznej w trzech wypadkowych kierunkach: podłużnym, poprzecznym i na grubość. Na redukcyę powierzchni niema wpływu

kierunek działania ich na grubość, a tylko dwa pozostałe kierunki, t. j. podłużny i poprzeczny, a te są jednakowo silnie wyrażone. Przyjęcie więc założenia za słuszne, jest usprawiedliwione. 2) Przypuśćmy, że w ścianach macicy ciężarnej, okalających jamę trzonu, przebiegają włókna podłużnie, skośnie, a w okolicy pierścienia skurczowego okrężnie; to tak ułożone włókna będą redukować obydwie powierzchnie macicy więcej w kierunku poprzecznym, niż podłużnym, co zgadza się z faktycznym stanem rzeczy, jak tego dowodzi obserwacya fałdów błon i otrzewnej. 3) Przypuśćmy, że w macicy ciężarnej mamy w dolnej części trzonu i górnej części dolnego odcinka, czyli w t. zw. okolicy pierścienia skurczowego, tuż pod błonami warstwę włókien okrężnych, to tu na redukcyę powierzchni zownętrznej i wewnętrznej działać będą w rezultacie te same dwa kierunki, co w dnie. Ponieważ grubość warstwy zewnętrznej jest znaczniejsza, niż wewnętrznej, więc wpływ włókien okrężnych odbija się w znaczniejszym stopniu na redukcyi powierzchni wewnętrznej, a mniej na ukształtowaniu się i redukcyi powierzchni zewnętrznej. Wobec czego po zupełnem ściągnięciu się macicy znajdziemy równomierne sfałdowanie się błon w dolnym odcinku, a poprzeczne sfałdowanie się otrzewnej.

Sądzę zatem, że przyjęcie hipotezy, iż przebieg włókien mięsnych w macicy końca ciąży jest w zasadzie analogiczny do przebiegu włókien mięsnych w macicy pierwszych chwil połogu, jest usprawiedliwione. W ten sposób zyskalibyśmy jednolity pogląd na budowę macicy. W czasie połogu włókna mięsne ulegają zwyrodnieniu, komórki mięsne cieńczeją i skracają się, ułożenie ich wzajemne atoli pozostaje niezmienione tak, że nawet w macicy nieciężarnej, którą można uważać za ostatni wyraz zaniku macicy połogowej, będzie ono w zasadzie takie samo, jak w pierwszych chwilach połogu. W pierwszych czterech miesiącach ciąży muskulatura macicy ulega przerostowi w ten sposób, że każda z komórek mięsnych grubieje i wydłuża się, a ponadto nie jest wykluczonem, iż ilość komórek mięsnych zwiększa się. Najgrubszą jest ściana macicy w 4-tym miesiącu księżycowym ciąży, poczem ściana macicy cieńczeje, albowiem wzrost jaja płodowego odbywa się tak szybko, że przerost muskulatury nie może za nim podążyć. Powiększenie ściany macicy od 4-go miesiąca ciąży odbywa się głównie przez to, że złożona muskulatura macicy rozwija się, rozkłada zwolna, przyczem atoli zasadnicze ugrupowanie wzajemne włókien mięsnych nie ulega zmianie, ale pozostaje aż do samego końca ciąży. W czasie porodu macica odbywa powrotną drogę do kształtów macicy pierwszych chwil połogu w ten sposób, iż dno ściąga się we wszystkich kierunkach jednakowo, trzon i okolica pierścienia skurczowego głównie w kierunku poprzecznym, a dolny odcinek głównie w kierunkn podłużnym, przyczem ogólny typ układu włókien zostaje zachowany w każdej fazie porodowej.

V. Wyciągi.

Burghart i Blumenthal. **Leczenie swoiste choroby Basedowa.** (*Therapie der Gegenwart*, Zeszyt 8, 1903). Opierając się na zdaniu, wygłoszonem przez Moebiusa, że choroba Basedowa i obrzęk śluzakowy polegają na zatruciu ustroju przez wytwory schorzałego gruczołu tarczykowego i że oba te cierpienia są niejako sobie wprost przeciwne, próbował Burghart w roku 1897 leczyć chorobę Basedowa wyciągiem solnym z krwi chorego na obrzęk śluzakowy. Wyniki były korzystne; oczywistą jednak była trudność uogólnienia tej metody. Ponowił więc Burghart doświadczenia z surowicą i wyciągiem solnym z krwi psów, pozbawionych operacyjnie gruczołu tarczykowego, przyczem stosował swoje płyny lecznicze podskórnie; używał również proszku krwi, otrzymanego przez strącenie alkoholem, który podawał wewnętrznie chorym. We wszystkich przypadkach działanie przetworów było pomyślne; najlepsze wyniki dawały jednak wstrzykiwania wyciągu solnego z krwi. Równocześnie podali podobne doświadczenia z również dobrymi wynikami Ballet i Enriquez. Niebawem występuje Lanz z myślą podawania dotkniętym chorobą Basedowa mleka kóz, pozbawionych trzustki. I ten autor chwali swą metodę, jak również Moebius, który, jak Burghart, stosuje surowicę z tą odmianą, że otrzymuje ją ze krwi baranów, którym wycięto trzustkę. Preparat Moebiusa fabrykuje na wielką skalę Merck, jako „Antithyreoidserum Moebius“. Mleko Lanza przeszło w handel farmaceutyczny pod nazwą „rodagen“. Autorowie donoszą o spostrzeżeniach i wyniku leczenia przypadków, zebranych z kilku ostatnich lat. Stosowali wszystkie preparaty, z wyżej wymienionych, mających wspólną przewodnią myśl organoterapeutyczną. Do objawów choroby Basedowa, które najszybciej ulegały korzystnemu działaniu leków organoterapeutycznych, należą: bezsenność, osłabienie ogólne, wychudnienie, drżenie i pocenie się. Wszystkie te objawy prawie z reguły i stosunkowo szybko ustępowały zupełnie. Za swoistością metody przemawiają liczne spostrzeżenia, w których po usunięciu preparatów objawy wspomniane niebawem, nieraz natychmiast powracały. Mniej wyraźnie zaznaczało się działanie na inne objawy: wól, liczba tętna i wysadzenie ócz, chociaż i te po dłuższym czasie traciły na nasileniu. Autorowie słusznie zaznaczają, że leki ich jedynie zobojętniają jad, tworzony w nadmiarze przez gruczoł tarczykowy, nie wpływają jednak zgoła na zmiany anatomiczne, już istniejące przedtem, lub wytworzone w ciągu długiego trwania choroby. W tych przypadkach leczenie zawodzi, co zresztą zrozumiałe, a nawet, jak autorowie na podstawie kilku spostrzeżeń wnioskują, zaszkodzić może. Serce jest narządem, którego zmiany anatomiczne wywołują pewną wrażliwość i szkodliwe oddziaływanie na przetwory organoterapeutyczne. Jeśli więc zachodzi podejrzenie, że zmiany w sercu przestały już być funkcyonalnemi, należy ostrożnie dawkować.

Autorowie podawali jako najmniejszą dawkę 5·0 rodagenu dziennie, zwykle 15—20 grm., wyjątkowo 30 do 50 grm. na dzień, w przypadkach szczególnie małej osobniczej wrażliwości, lub wielkiego natężenia objawów chorobowych. Szybciej przebiegało leczenie przy stosowaniu podskórnem odpowiednich przetworów, czasami jednak wywoływało znany zbiór objawów, wspólny leczeniu surowicami, jak rumienie, bóle w stawach, ogólne niedomaganie.

Orzechowski.

Bondi. **Zmiany kiłowe w pępowinie.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 2, 1903). W piśmiennictwie bardzo niedostateczne tylko znajdują się wzmianki o zmianach kiłowych w pępowinie, mimo że tak wczesne ich zbadanie może mieć ważne znaczenie rozpoznawcze kiły odziedziczonej u na pozór zdrowych noworodków. Na 35 przypadków pewnej kiły u matki lub płodu (przebieg porodu jest podany), znaleziono 15 razy wybitne zmiany w naczyniach pępowinowych, raz w tętniczych, 6 razy w żylnych 8 razy w obu równocześnie. Badanie tych zmian wykazało: we wszystkich przypadkach szło o sprawy zapalne w ścianie naczyń: rozpulchnienie, naciek wielojądrzastych leukocytów, w jednym przypadku wypocina włóknikowa w tkance ściany, w dwóch nawet twory, przypominające ropnie, wreszcie w jednym martwicę z osadzeniem się soli wapniowych; wszystkie zmiany, występujące przy zapaleniu tętnic, lub żył, spowodowanem innymi czynnikami zapalnymi. Po wykluczeniu tychsamych możliwych czynników pozostała kiła odziedziczona, jako jedyny czynnik wspólny, wywołujący te zmiany. Badanie 100 innych pępowin z przypadków czystych, niezakażonych, nie wykazało nigdy tych zmian zapalnych. Również nie znalazł ich autor w przypadkach chorób zakaźnych matek (dur, gościec, zapalenie płuc, gruźlica), ani też tam, gdzie matka okazywała podczas porodu znaczne podniesienie ciepłoty ciała, ani wreszcie, jak niektórzy sądzili, w zapaleniu nerek. Autor więc sądzi, że przytoczone zmiany w naczyniach pępowinowych można uważać za patognostyczne dla kiły odziedziczonej. Część płodowa pępowiny jest zwykle bardziej zajętą, aniżeli łożyskowa. Z warstw zaś ściany naczyń najwybitniejsze zmiany okazuje warstwa wewnętrzna i środkowa.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ascoli i Bonfanti. **Dalsze badania nad białkomoczem pokarmowym.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 41, 1903). Praca powyższa jest dalszym ciągiem całego szeregu robót w tym kierunku, dokonanych przez różnych autorów. Początek dał im Ascoli, udowadniając, że w białkomoczu pokarmowym, jaki występuje u niektórych osób po spożyciu surowych jaj, daje się w moczu odróżnić białko krwi od białka jaj zapomocą surowicy zwierząt, uczulonych na rozmaite rodzaje białka.

W przeciwieństwie do badań Obermayera, Picka, Michaelisa i Oppenheimera, których doświadczenia wskazywały na to, że białka tracą swoje własności swoiste pod wpływem soku żołądkowego *in vitro*, autorowie udowodnili, że w warunkach naturalnych, w żołądku, białka tracą właściwą sobie strącalność przez swoiste surowice bardzo powoli tak, że wessanie składników strącalnych nie napotka z tego powodu wielkiej przeszkody; przynajmniej w dwie godziny po jedzeniu można było w treści żołądkowej wykazać ciała strącalne odpowiedniemi surowicami.

W swoich badaniach używali autorowie następujących odczynników:

Surowica królika, uczulonego na krew wołową, nazwana w skróceniu SIW.

Surowica królika, uczulonego na krew ludzką, nazwana w skróceniu SIC.

Odczynnik Jollesa celem wykazania białka w moczu (10 grm. sublimatu, 20 grm. kwasu bursztynowego, 10 grm. soli kuchennej na 500 grm. wody).

Przygotowane surowice posiadały wartość: 1: 100.000, to znaczy, że strącały odpowiednią surowicę jeszcze w rozcieńczeniu 1: 100.000. Doświadczenia robiono przez warstwowanie odnośną surowicą, a obserwowano w ciągu półgodzinnego przechowywania w termostacie. W seryi 16 doświadczeń, dokonanych na ludziach jużto zupełnie zdrowych, jużto ze zmianami chorobowemi nerek, badali autorowie krew i mocz przed i po podaniu 100 grm. pieczonego mięsa wołowego i ze swych obserwacyi doszli do następujących wniosków: Jeżeli surowica jest przed doświadczeniem niestrącalną przez SIW, wówczas w pewnych okresach trawienia może się stać strącalną, albo pozostać niestrącalną. Jeżeli surowica danego osobnika była już poprzednio przez SIW strącalną, wtedy ta strącalność może pozostać niezmienioną, może się zwiększyć, zmniejszyć lub zniknąć całkowicie.

Co się zaś tyczy moczu, autorowie znaleźli, że po spożyciu pieczonego mięsa wołowego mogą u osób, zupełnie zdrowych, mimo leżenia w łóżku, zjawić się substancye strącalne przez SIW i SIC, których przedtem w moczu nie było; równocześnie mogą wystąpić ślady chemicznie strącalnego białka (odczynnikiem Jollesa). Taksamo zjawiają się u chorych na zapalenie nerek po spożyciu mięsa wołowego bardzo często substancye strącalne przez SIW. W innych przypadkach mocz, oddany naczczo, zawierał substancye strącalne przez SIW, które znikały po zjedzeniu mięsa wołowego; w tych przypadkach zdarzało się, że mocz zawierał poprzednio ślady białka, które następnie znikały. To paradoksalne zjawisko tłómaczą autorowie reakcyą wessanych grup na grupy podobne, istniejące już w ustroju, w myśl teoryi łańcuchów bocznych Ehrlicha; byłaby to zatem bardzo szybka reakcya ustroju na białka obce, do niego wprowadzone, tem prawdopodobniejsza, że doświadczenia dokonane na psach przez Ascoli i Vigano udowadniają, że wkrótce po podaniu białka jaja surowego, lub gotowanego zjawiają się w limfie stale ciała przez odpowiednie surowice strącalne, że więc odpowiednie grupy białek obcych stanowczo do ustroju przechodzą. W myśl powyższego rozumowania tłómaczą autorowie otrzymane wyniki w sposób następujący:

Po spożyciu pieczonego mięsa wołowego przechodzą do ustroju ludzkiego grupy strącalne przez odpowiednią surowicę. U ludzi zdrowych, u których się zjawia białkomocz pokarmowy, część owych grup białkowych przechodzi przez nerki, które mogą przez to stać się przepuszczalnemi także dla białka krwi.

U chorych na zapalenie nerek mogą także owe grupy strącalne, lubo nie zawsze, przejść do moczu.

W innych przypadkach może wskutek wessania składników mięsa wołowego i ich oddziaływania na ustrój zawartość grup pobobnych w surowicy się zmniejszyć, a równocześnie istniejący przedtem białkomocz, dający się stwierdzić biologicznie i chemicznie, zmniejszyć się, lub ustać zupełnie. Zjawisko to nazywają autorowie pokarmowem zatrzymaniem białkomoczu (alimentäre Albuminuriesistierung). *Seńkowski.*

Bassenge. **O zachowaniu się prątków durowych w mleku i jego przetworach.** (*Deutsche med. Wochs.* 1903, Nr. 38, 39). Bassenge doszedł na podstawie licznych doświadczeń do następujących wyników: 1) Wystarczy ogrzać mleko przez pięć minut do 60° C., aby zabić prątki durowe, mogące się w niem znajdować. 2) Do tego celu lepsze są naczynia gliniane, niż żelazne lub blaszane emaliowane. 3) W surowem mleku giną prątki durowe przy kwaśnieniu, jeżeli wytworzy się ponad 0,3—0 4% kwasów (mlecznego, masłowego, mrówkowego i t. d.) i jeżeli kwasy te działały przez 24 godzin. 4) W śmietance, maślance i maśle giną prątki w tych samych warunkach, jak w mleku surowem. 5) Przy centryfugowaniu mleka przechodzą zawarte w niem prątki durowe do oddzielającej się śmietanki i utrzymują się w niej, jakoteż w wyrobionem z niej maśle, aż do zadziałania wymienionych pod 3) czynników; a zatem znajdują się prątki durowe w maśle takiem tak długo, póki smak jego się nie popsuje. *C.*

Graeser. **Adrenalina w krwotokach jelitowych w przebiegu duru.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 30, 1903). W rozpaczliwym przypadku krwotoku jelitowego w durze zastosował autor, opierając się na spostrzeżeniu Langego, który miał dobry wynik po adrenalinie przy krwotoku płucnym, rozczyn 1‰ chlorku adrenaliny z bardzo dobrym skutkiem. Podawał on ją wewnętrznie po 30 kropel w rozczynie soli kuchennej co trzy godziny. W jaki sposób ten środek zadziałał, autor nie wie; może przez podrażnienie obwodowe nerwów naczynioruchowych, jak przyjmują Schäfer i Oliver, może przez zadziałanie na nerw błędny (Cybulski, Szymonowicz); faktem jest, że krwotok ustał i więcej się nie powtórzył. Z powodu krwotoku zmniejszyło się też nasilenie choroby, chora wyzdrowiała. Autor nie chce z tego jednego przypadku wyciągać wniosków co do pewności działania wyciągu z nadnercza na krwotoki; może jednakże potwierdzić brak niebezpieczeństwa w podawaniu go na wewnątrz. *B. Żmigród.*

Doc. Czygajew. **Leczenie chorych, dotkniętych gruźlicą i kiłą.** (*Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii* 1903, Tom 6, Nr. 2). Czygajew (Petersburg) stosował w sześciu przypadkach gruźlicy, powikłanej z kiłą, metodę Duboisa, mianowicie wstrzykiwał podskórnie sublimat (0,01: 20). W jednym przypadku u człowieka młodego, który mając już gruźlicę płuc, zakaził się kiłą, ta ostatnia przebiegała nadzwyczaj złośliwie i nie ustępowała energicznemu leczeniu; autor zalecił leżenie w łóżku, spotęgowane żywienie się i podskórne wstrzykiwania sublimatu; pod wpływem takiego leczenia ogólny stan zaczął szybko się poprawiać, a uporczywe objawy kiły powoli ustępować. W innych przypadkach wyniki były również pomyślne. Autor dokonał wreszcie szeregu doświadczeń na morskich świnkach, w celu zbadania zapobiegawczego działania podskórnych wstrzykiwań sublimatu na następowe zakażenie laseczników gruźliczymi. Doświadczenia te wykazały, że świnki, którym wstrzykiwano poprzednio sublimat, pozostawały zdrowemi, jeśli zaś i ulegały zakażeniu i wreszcie ginęły, to znacznie później niż świnki użyte do kontroli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Iwanow. **Sztuczne zapłodnienie ssawców.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 12). Na podstawie swych dociekań ze sztucznem zapłodnieniem, dokonanych na koniach, krowach, owcach i drobnych zwierzętach, dochodzi autor do wniosków następujących: Stan psychiczny i stopień podniecenia płciowego samicy, połączone z stosunkiem płciowym, nie wywierają wpływu na skuteczność poczęcia i płeć potomstwa; zapłodnienie sztuczne może dawać w porównaniu z naturalnem nawet większy odsetek poczęcia. Plemniki odznaczają się zdolnością zapładniania nietylko w tych razach, gdy znajdują się w wydzielinie dodatkowych gruczołów płciowych, lecz i w razie rozcieńczenia nasienia rozczynem chlorku lub węglanu sodowego, nawet w środowisku, nie zawierającem wcale wydzieliny dodatkowych gruczołów płciowych. Plemniki, pozostając w jądrach, zachowują zdolność zapłodnienia przynajmniej przez 24 godziny po zgonie zwierzęcia. Dla skuteczności zapłodnienia wprowadzenie plemników do szyjki macicznej nie jest warunkiem niezbędnym, wystarcza samo wstrzykiwanie do pochwy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. M. Rothmann. **Ostra przemijająca afazya.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 16, 17, 1903). Autor podaje trzy bardzo zajmujące przypadki ostrej afazyi, z których pierwszy powstał pod wpływem działania wielkiego upału („insolatio"); prawdopodobnie nie szło tu o ostre podrażnienie mózgu i jego opon, ani o wynaczynienie krwi, lecz o działanie toksyczne szkodliwych substancyi, krążących we krwi, podobnie jak w przypadkach jasnej ślepoty (amaurosis) z powodu niesprawności ośrodków wzrokowych w mocznicy. W drugim przypadku afazya wystąpiła po nadmiernem natężeniu umysłowem przy jednoczesnem działaniu wielkiego upału i przepełnienia żołądka, zatem pod wpływem trzech czynników, z których każdy z osobna może być przyczyną tego objawu. Tu należy zdaniem autora przypuścić albo działanie toksyczne ze strony krążenia krwi na komórki zwojowe, albo też skurcz naczyń krwionośnych, wywołujący przemijającą niedokrewność w odnośnej części obszaru mózgowego. W trzecim przypadku afazya wystąpiła po prze-

bytem zapaleniu płuc, według autora wskutek zatoru w lewej półkuli mózgowej, pochodzącego z zakrzepu żył płucnych. Po omówieniu tych przypadków i innych podobnych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, przychodzi autor do wniosku, że ostre przemijające afazye mogą się rozwijać na tle różnych spraw chorobowych, a nagłe ich wystąpienie i znikanie nie stanowi bynajmniej dowodu czynnościowego ich pochodzenia. Między czynnikami przyczynowymi pierwszą rolę odgrywają obok zatoru substancye toksyczne, działające drogą autointoksykacyi, lub dostające się z zewnątrz do krwi. Prócz tego pewne znaczenie etyologiczne mają też pobudzenia uczuciowe, nadmierne wysilenia umysłowe i wstrząśnienia ośrodkowego układu nerwowego wskutek wypadku. Osobne stanowisko zajmują ostre przemijające afazye w przebiegu zniedołężnienia umysłowego z porażeniem postępującem i afazye histeryczne, występujące zazwyczaj z upornem milczeniem (mutismus). *Spira.*

Bloch. **Nowa lecznicza, a zarazem rozpoznawcza metoda leczenia cierpień gośćcowych.** (*Die Heilkunde* Nr. 8, 1903). Na zasadzie blizko 200 przypadków nerwo- i mięśniobólów, wyleczonych zupełnie i doszczętnie jednorazowem śródtkankowem wstrzyknięciem płynu Schleicha, nabył autor tego przeświadczenia, że sposób ten jest bezwarunkowo pewnym nietylko w podostrych i ostrych, lecz także w przewlekłych przypadkach chorobowych. Tak n. p. chorzy, chromający skutkiem ciężkiej rwy kulszowej, byli już po kilku wstrzyknięciach rozczynu tropakokainy Schleicha wzdłuż przebiegu bolesnego nerwu zupełnie uwolnieni od swych cierpień; robotnicy, którzy skutkiem postrzału nie mogli się wyprostować, już po jednem zastrzyknięciu udawali się do swej pracy; nadmienić zresztą należy, że wszystkie inne wpływy lecznicze (poddawanie) były wykluczone, o czem autor niejednokrotnie miał sposobność się przekonać. Co się zaś tyczy znaczenia rozpoznawczego, to można powiedzieć, że metoda ta jest tylko skuteczną w tych przypadkach neuralgii i myalgii, które są istotnie pochodzenia gośćcowego, w przeciwnym razie wynik leczenia jest tylko czasowy, objawowy. Ilość jednorazowo używanego zazwyczaj rozczynu 0·2% tropakokainy i soli kuchennej wahała się między 100—150 ctm, do czego w cięższych przypadkach stosowano zewnętrznie glikosal w postaci 10—20% kolodyonu. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Dr. H. Schridde. **Wgłobienie jelita biodrowego wyleczone samoistnie.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. Nr. 30). Kobieta 60 lat licząca zachorowała nagle wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Na operacyę nie zgodziła się; 17-go dnia choroby odszedł drogą naturalną 32 ctm. długi odcinek obumarłego jelita. Odtąd nastało szybkie zdrowienie. Po 4 miesiącach umarła skutkiem nieżytowego zapalenia płuc. Sekcya wykazała w odległości 36½ ctm. od zastawki biodrowo-kątniczej okrężną bliznę, nie powodującą jednak wcale zwężenia światła jelita. Nawiązując do tego przypadku, wypowiada autor swe zapatrywania na powstawanie wgłobienia. U osobników odpowiednio usposobionych, dzięki beztłuszczowej i wiotkiej krezce, skutkiem zadrażnienia ścian jelita przez ciało (obce) twarde, a zwłaszcza ostrokanciaste, powstaje miejscowy skurcz jelita. Ztąd wynika przemijająca niedrożność jelita, wzniecająca spotęgowany ruch robaczkowy powyżej przeszkody, zwiotczenie zaś ścianek jelita poniżej jej. W tej chwili część jelita, obkurczona ewentualnie około ciała obcego, zostaje wpochwiona. Wpochwienie zaś małego nawet stopnia upośledzając krążenie krwi (odpływ krwi żylnej), sprawia, że część wgłobiona obrzęka najbardziej przy obwodzie i działa jako bodziec na część wgłabiającą, której w tej chwili spotęgowany ruch robaczkowy popycha część wgłobioną w kierunku ku odbytnicy, zwiększając tym sposobem (a nie działaniem siły *a tergo*) wgłobienie. *Herman.*

Stadler. **W kwestyi znaczenia leukocytozy w sprawach zapalnych, wychodzących z kątnicy i wyrostka robaczkowego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. XI, Zeszyt 3, 1903). Autor porównywując swoje własne doświadczenia (z kliniki lipskiej) z danemi, ogłoszonemi drukiem od chwili pojawienia się dotyczącej rozprawy Curschmanna (w roku 1901), przychodzi do następujących wniosków: 1) Zachowanie się ilościowe leukocytów pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem, większem niż każdy inny środek rozpoznawczy, odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego. połączone z wysiękiem surowiczo-włóknikowym, od zapalenia z wypociną ropną. W pierwszym przypadku leukocytoza bywa nieznaczna, rzadko przekracza 20.000, a jeżeli przekroczy, to dochodzi do 23.000, lecz na wysokości tej krótko tylko pozostaje i względnie szybko wraca do normy. Zdaje się, że w tych (nieropnych) postaciach liczba leukocytów pozostaje w stosunku prostym do obszaru, zajętego sprawą zapalną. Przeciwnie w przypadku wypociny ropnej (ostrej i szerzącej się) leukocytoza bywa wysoką i dłuższy czas utrzymuje się na znacznej wysokości. W każdym razie 25.000 leukocytów wskazuje stanowczo na sprawę ropną. Oczywiście, że bezwzględnego znaczenia leukocytoza sama, jako taka niema; należy ją uwzględniać obok innych objawów klinicznych, a kierować się nią jedynie w przypadkach wątpliwych i trudnych. W każdym zaś razie wykluczyć należy wpierw inne procesy wikłające, przebiegające również z spotęgowaną leukocytozą (np. zapalenie płuc). 2) Po opróżnieniu ropnia liczba ciałek białych we krwi, po przemijającem podniesieniu się, powinna stale opadać i wracać do normy. Leukocytoza, utrzymująca się przez dłuższy czas i po operacyi, wskazuje, że albo *a*) ropień niedostatecznie się opróżnia, albo *b*) obok ropnia już otwartego istnieje inny, jeszcze nie otwarty. 3) W przypadku ropnia już całkowicie rozwiniętego, dokładnie otorbionego, liczba ciałek białych we krwi może być zupełnie prawidłowa. 4) W przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, wychodzącego z wyrostka robaczkowego, leukocyty zachowują się różnie, raz zmniejszają się szybko i schodzą nawet poniżej prawidłowego *minimum*, kiedyindziej leukocytoza wzrasta do niebywałej wysokości. Zauważono, że przypadki, przebiegające z dużą leukocytozą, o ile udzieloną została właściwa i we właściwym czasie pomoc chirurgiczna, kończyły się bardzo często pomyślnie; odwrotnie zaś bywa tam, gdzie leukocytoza utrzymywała się w nizkich granicach. Zatem w tych przypadkach leukocytoza może mieć znaczenie prognostyczne. *Herman.*

A. Hammesfahr. **Rękawiczki gumowe przy operacyach aseptycznych.** (*Münch. med. Wochschr.* 1903. Nr. 29.) Doświadczalnie przekonał się H., że rękawice Friedricha o wiele łatwiej i pewniej oczyścić się dadzą sposobem mechanicznym i zbliżyć do stanu bezwzględnej aseptyki, niż skóra rąk. Dlatego też podczas operacyi aseptycznych, w czasie których operujący sam rękawic tych użyć nie może, utrudniają bowiem bardzo operowanie, każe asystującym używać rękawic gumowych. Sam używa ich tylko podczas operacyi septycznych. *Herman.*

Dr. A. Schanz. **Nowy sposób operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Münch. med. Wochschr.* 1903, Nr. 30). W jednym przypadku zastarzałego złamania rzepki z rozstępem, wynoszącym około 12 ctm., osiągnął S. całkowity czynnościowy wynik tym sposobem, że na znacznej przestrzeni w połowie uda wypreparował mięsień krawiecki. przemieścił go, nie naruszając przyczepu, na zewnątrz i drutem przyszył do obu odłamków rzepki, wydłutowanych rynienkowato na przedniej powierzchni. Szwy wyjął po 14 dniach, a po trzech tygodniach chory zaczął chodzić. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arystochinina, lek zastępujący chininę. (*Die Heilkunde.* Zeszyt 5, 1903). Według prof. Dresera arystochinina jest przetworem pochodnym chininy, nie ma smaku chininy ani jej nieprzyjemnych wpływów ubocznych. Aby poznać działanie tego przetworu, podawano go na wewn. oddziele prof. Ortnera w Wiedniu w 7 przypadkach zimnicy, w 40 przypadkach róży, w 1 duru i 3 ciężkiego (śmiertelnie zakończonego) gnilnego zakażenia krwi; dalej w różnych postaciach bólów, w nerwobólach po zimnicy i grypie, w rwie kulszowej, w macinnicy i z tego doświadczenia według Bauma, nabyto przekonania, że arystochinina jest wskazaną we wszystkich przypadkach, w których dotychczas podawano zwykle chininę, zatem jest ona lekiem swoistym przeciw zimnicy; lekiem przeciwgorączkowym w pewnych postaciach gorączki; dosyć dobrym środkiem przeciwnerwobólowym; a przytem wolną jest prawie zawsze od właściwych chininie objawów ubocznych, gdyż na 70 przypadków można było raz tylko spostrzegać wymioty, a w innym przypadku wysypkę chininową. *Baschkopf.*

Wlewania rozczynu soli kuchennej w chorobach zakaźnych stosowali podskórnie lub w lawatywach Lubomudrof i Czerepnin z dobrymi wynikami. L. wprowadzał w krótkich odstępach czasu po 100—200 ctm. 3 rozczynu 0·75% do 0·9% soli, dochodząc do ½ lub do całego litra. Wlewania w małych, a ponawianych dawkach nie wywoływały bólów i dawały się nawet stosować u dzieci. Jeśli wlewań do odbytnicy chorzy nie zatrzymują, należy się uciec do wstrzykiwań podskórnych. Od rozczynów soli kuchennej okazały się praktyczniejszymi rozczyny 10% soli fizyologicznej Poehla; chorzy zatrzymują bowiem je łatwiej i dłużej, przytem rozczyny te szybciej mają się wsysać w kiszce. Działanie wlewań objawia się polepszeniem stanu ogólnego, poprawą snu, pełnością i napięciem tętną, zwiększaniem wydzielania moczu, które nieraz dochodziło do nader wielkiej ilości (3—4 L. na dzień). Polepszenie to trwa krótko, trzeba więc wlewania ponawiać. Im wcześniej poczyna się robić wlewania, tem lepsze i pewniejsze wyniki. L. stosował wlewa-

nia w durze brzusznym (50 przypadków), róży, płonicy, ospie, błonicy i w durze osutkowym.

Czerepin próbował wlewań tylko w durze (31 przypadków) Jego system o tyle różni się, że wlewa on odrazu litr płynu (po 6·0 soli kuchennej i kwaśnego węglanu sodowego na 1000·0 wody) o ciepłocie 15°—20°; chory leży na boku z przygiętemi do brzucha kolanami; wlewania robi się powoli pod małem ciśnieniem (z wysokości ⅓ m.), wskutek czego zabieg trwa około godziny. Lawatywa wykonana w ten sposób nie wywołuje biegunki i bywa zatrzymaną przez chorych w ciągu ½ do 2, często nawet 6—8 godz. Bolesność brzucha ustępuje, a napięcie powłok zmniejsza się. Przy oddaniu lawatywy odchodzi śluz i cuchnące masy kałowe, poczem znika parcie na stolec, tak często występujące w durze. Ciepłota spada zaraz po wlewaniu o 0·4° do 0·5°. Znakomicie działają wlewania na narząd nerwowy; wraca przytomność, sen. Działanie to spostrzegać się daje dopiero po 20—30 godzinach, boć oczywista trzeba dłuższego czasu na rozcieńczenie toksyn i częściowe wypłókanie ich z ustroju. Spadek ciepłoty trwa przez 1 do 2 dni. Zazwyczaj już od drugiego dnia stolec staje się prawidłowym. Oddawanie moczu zwiększa się. Polepszenie ogólne trwa przez 1 do 2 dni; pogarszający się stan wymaga nowej lawatywy. Przeciętnie wystarczają w ciągu duru trzy takie wlewania. (*Therapie der Gegenwort* 1903, 8 Zesz. str. 374 i 375).

O.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 października, 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 35

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany, przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że budowa domu Towarzystwa postępuje w szybkiem tempie.

III. Kol. Przewodniczący, odpowiadając na interpelacyę kol prof. Kleckiego, zawiadamia, że Komisya słownikowa zasięgała w miarę potrzeby rady lingwistów jeszcze w czasie opracowywania rękopisu słownika; to oświadczenie kol. Przewodniczącego przyjęto do wiadomości.

IV. Kol. Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia ś. p. kol. prof. Trzebickyemu, których zgromadzeni stojąc wysłuchali.

V. Kol. Przewodniczący przedkłada listę Komitetu miejscowego na przyszłoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie, w skład której wchodzi kol. prof. Hoyer jako przewodniczący i koledzy: Borzęcki i Doc Łepkowski.

VI. Kol. Piotrowski Tym. demonstrował noworodka, zresztą dobrze rozwiniętego, z niedorozwojem, a względnie zupełnym brakiem gałek ocznych.

W dyskusyi zaznaczył kol. Doc. Majewski, że brak zupełny gałek ocznych (anophthalmus) należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich; niedorozwój zaś gałek ocznych (microphthalmus) napotyka się nieco częściej. Co w danym przypadku jest w rzeczywistości, to może rozstrzygnąć dopiero dokładne zbadanie zgłębnikiem.

Kol. Prof. Rosner zwraca uwagę, że obie nieprawidłowości muszą należeć do zjawisk nader rzadkich, skoro poraz pierwszy na tyle porodów klinicznych i szpitalnych je spotyka.

VII. Kol. Dobrowolski wygłosił zapowiedziany odczyt: «Flora pochwy fizyologicznej». W odczycie tym podał w krótkości wyniki swych badań nad florą pochwy prawidłowej u kobiet, będących w rozmaitym wieku i w różnych okresach życia płciowego. Na podstawie swych badań wysnuwa kol. Dobrowolski następujące wnioski 1) że niema wydzieliny jałowej pochwy; 2) że istnieje pewne stała flora pochwy, niezbyt obfita w gatunki; 3) że jakość flory pochwy nie zmienia się ani z wiekiem kobiety, ani z jej okresem życia płciowego, z wyłączeniem flory pochwy ciężarnych, których wydzielina zawiera mniej gatunków mikrobów. Gatunki mikrobów u ciężarnych są jednak również te same, co i u nieciężarnych; 4) że kwasota pochwy jest objawem żywotności tkanek pochwy, a nie zależy zupełnie od mikrobów, w niej żyjących; 5) że wydzielina pochwowa niema swoistych własności bakteryobójczych wobec mikrobów chorobotwórczych; 6) że flora pochwy nie zawiera mikrobów, których chorobotwórczość dałaby się stwierdzić doświadczalnie na zwierzętach.

W dalszym ciągu odczytu zdał kol. D. sprawę z wyników badań Stolza, który udowodnił, że do każdej macicy w połogu, już począwszy od 4 dnia połogu, dostają się mikroby z pochwy i że obecność ich w macicy jeszcze zupełnie nie stanowi o zakażeniu, gdyż te same gatunki spotyka się w macicy położnic niegorączkujących, u położnic z lekką gorączką i z ciężkiem zakażeniem. Mikroby, dostając się do połogowej macicy, zyskują jadowitość rozmaitego nasilenia.

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Rosner, kol. Gertler, kol. Przewodniczący i prelegent. *Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegovina 1878—1901. *Mit 2 Abbildungen und 2 Karten. Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina. Sarajevo. Landesdruckerei,* 1903, stronic 437.

Dwadzieścia pięć lat ubiegło od chwili, w której wojska austryacko-węgierskie przekroczyły Sawę i zajęły Bośnię i Hercegowinę. W sierpniu 1878 roku pociski austryackich karabinów, od których poległy ostatnie zastępy, broniące Bosna Seraju, zamknęły ostatecznie dzieje wielowiekowego panowania padyszachów nad tym krajem. Jeszcze co prawda dyplomaci nie mogli się dotychczas zgodzić, czy Bośniacy mają błogosławić nastanie nowej ery; spierają się o to, czy nie spoczywa na rządzie okupacyjnym wina rzekomego upadku materyalnego ludu bośniackiego, który żył sobie dotychczas w biedzie i ciemnocie duchowej, ale też za to nie znał denerwujących pokus cywilizacyi Zachodu, nie musiał pracować, by módz opłacać podatki w gotówce, gdy dawniej, używając wczasu, składał sułtanowi dziesięcinę *in natura* i t. d. Spierają się politycy o to, czy to dobrze, iż równocześnie z zajęciem tych krajów przez Austro-Węgry nastąpiło silne ich pchnięcie ku światłu cywilizowanego Zachodu. W kraju tym nie było ścisłych obowiązujących ustaw, ani publicznych urzędów, ani dróg; miasta leżały w gruzach, a bieda gniotła ludność, cierpliwie znoszącą nadużycia rozpanoszonego urzędnictwa. Po przyłączeniu Bośnii i Hercegowiny do Austryi zakwitł handel i przemysł, założono szkoły i pobudowano drogi bite i koleje, zaprowadzono ład i porządek, mimoto ludzie nie mogą się pogodzić z nowym stanem rzeczy.

Kto przeczyta zestawienie statystyczne, które właśnie drukiem ogłosił rząd okupacyjny w Sarajewie, musi się chyba szybko zoryentować w tamtejszych stosunkach. Sprawozdanie to, przedstawiające rozwój stosunków zdrowotnych w Bośnii i Hercegowinie od czasu przejścia tych krajów pod władzę austryacką do dni naszych, oparte na autentycznych liczbach, przemawia przekonywująco. Gdy uwzględnimy trudności, które trzeba było przezwyciężyć w kraju zupełnie zoryentalizowanym, wynikające z natury dziejów i religii jego mieszkańców, z zakorzenionego głęboko zabobonu, oraz niechęci wyznawców proroka do medycyny umiejętnej, podziwiać musimy ogrom pracy, wykonanej przez rząd okupacyjny. Do powiększenia trudności przyczyniło się niemało uprzedzenie muzułmanów, nie ufających lekarzom europejskim, ponieważ według ich wierzeń nauka lekarska sprzeciwia się fatalizmowi islamu. Piecza nad zdrowiem ludności bośniackiej znajdowała się przeważnie w rękach partaczy i wyzyskiwaczy, z wyjątkiem małej niewystarczającej liczby lekarzy i aptekarzy, i to wojskowych, wykształconych w „Ecole de Médecine" w Konstantynopolu. Partacze rekrutowali się głównie śród żydów hiszpańskich, którzy za czasów panowania sułtanów służyli przeważnie jako pomocnicy i laboranci w aptekach wojskowych w Sarajewie i innych miastach. Wykonywali oni praktykę niejako na prawie dziedzictwa, które z ojców przechodziło na synów i sprzedawali łatwowiernej ludności za drogie pieniądze różne leki, lecząc „verbis, herbis et lapidibus". Wszyscy tak muzułmani, jak katolicy i ortodoksi (Serbowie) wierzyli gorąco, iż choroba, to „fatum" przez Boga przeznaczone i mimo wielkiej wrażliwości na cielesne bole znosili ją w cichem poddaniu się. To fatalistyczne zapatrywanie nie odstręczało chorego lub jego otoczenia od szukania ratunku w środkach uświęconych tradycyą. Ilość leków ludowych jest ogromną. Głównie są to rośliny, które jako napar lub zmieszane z tłuszczem, były powszechnie stosowane. Niemałą rolę odgrywa także wiara, iż formułki zaklinania, tak zw. „zapisi", mogą każdą usunąć chorobę. Kwitła też wiara w urok i drogo musiał niejeden biedak opłacić się przebiegłemu partaczowi za zdjęcie rzuconego nań uroku. Hodżowie (kapłani) tureccy cieszą się nieraz wielką klientelą, którą leczą uzdrawiającemi sentencyami z koranu, zwykle na skrawkach papieru noszonemi na ciele, lub połykanemi. Jeżeli Bośniak przecież zdecydował się zasięgnąć porady u lekarza europejskiego, to żąda wyleczenia już po jednorazowej ordynacyi; gdy przepisany lek nie pomaga natychmiast, rzadko wraca poraz drugi do tegosamego

lekarza. W swój sposób „ordynuje“ znowu domorosły „hekim“, t. j. partacz, który w nędznym sklepiku siedzi apatycznie i słucha cierpliwie opowiadania chorego, lub jego krewnych i — najczęściej bez badania — podaje „cudowne lekarstwo“. Stosunki te opisał nadzwyczaj pouczająco Dr. Leopold Glück, dyrektor szpitala krajowego w Sarajewie, w swej rozprawce: „Skizzen aus der Volksmedicin“ und dem medicinischen Aberglauben in Bosnien und der Hercegovina“.

Prócz muzułmańskich hodżów zajmują się też leczeniem księża Franciszkanie, którzy stanowili w dawniejszych czasach najinteligientniejszą część ludności bośniackiej. Byli jej doradcami we wszelkich sprawach, a także w przypadkach choroby, zwłaszcza, że niektórzy z nich kształcili się na lekarzy. W najlepszej wierze spieszyli do chorych z radą i pomocą, kierując się najszlachetniejszymi popędami. Ulegając jednak naleganiom chorych, odprawiali ceremonie egzorcyzmu dla wypędzenia demona z opętanego chorego*). Zgodnie z takim stanem rzeczy nie dziw, iż w krajach tych różne epidemie, jak cholera i ospa, często bardzo trapiły mieszkańców. Panowały też endemicznie choroby, po części nam nieznane. Organizacya służby zdrowia, jaką zastano po okupacyi, była bardzo niedostateczną. Jedyny szpital (Vakufspital) w Sarajewie miał lekarza od roku 1866. W roku 1878 naliczano w kraju: jednego lekarza gminnego i czterech lekarzy prywatnych, — bynajmniej nie wszyscy dyplomowani doktorowie, — a oprócz nich tureccy lekarze wojskowi i cały szereg partaczy.

Wobec tego stanu rzeczy przystąpił rząd okupacyjny natychmiast do zorganizowania publicznej służby zdrowia. Każdy z 6-ciu obwodów otrzymał swego lekarza, promowanego na jednym z uniwersytetów austryacko-węgierskich, jako referenta sanitarnego; oprócz 6-ciu lekarzy obwodowych było w roku 1901 już 45-ciu lekarzy powiatowych (Distriktsarzt), 18 lekarzy szpitalnych; kobiet lekarek rządowych 3, lekarzy gminnych 22, kolejowych 3, prywatnych 12, dentystów 2. Utworzono też komisye sanitarne, a przy rządzie centralnym krajową Radę zdrowia, jako władzę orzekającą we wszystkich rządowych sprawach zdrowotnych, obchodzących rząd i jako fachowy urząd sądowo-lekarski. W sprawozdaniu czytamy o różnych przeszkodach, które się tu nasuwały z powodu braku lekarzy, braku funduszów, niechęci ludności ze względu na podatki nałożone dla opłacania lekarzy i t. d.

Dzięki inicyatywie zmarłego niedawno ministra finansów Kállaya utworzono w roku 1892 urzędową posadę dla lekarza-kobiety. Obecnie praktykują jako „Amtsärztin“ cztery koleżanki: Dr. Bohusława Keck, Dr. Teodora Krajewska, Dr. Jadwiga Olszewska i Dr. Róża Einhorn; nadto, jako lekarz prywatny, Dr. Gizela Kuhn, za mężem Januszewska. Tym ważnym krokiem rozwiązano trudną i drażliwą sprawę, gdyż zadaniem kobiety-lekarki jest głównie udzielanie pomocy lekarskiej kobietom muzułmańskim. Mahometanki czują nieprzezwyciężoną prawie obawę przed lekarzami-mężczyznami; obawa ta, mająca podstawę w wierzeniach religijnych, przenosi się z pokolenia na pokolenie. Żadnemu obcemu mężczyźnie nie wolno przekroczyć progu haremu, więc także nie wolno i lekarzowi: z tego powodu mahometanki szukały zawsze pomocy u zabobonnych szarlatanek, które wiele złego wyrządzały. Kobiety-lekarze, mając wolne wejście do haremu i mogąc dokładniej zapoznać się z stosunkami mieszkania i trybu życia turczynek, mają także więcej sposobności, niż inni lekarze, wpłynąć na zaniechanie szkodliwych zwyczajów i wprowadzenie higienicznych warunków w rodzinne życie muzułmanów. Sprawozdanie oddaje też hołd naszym koleżankom bośniackim, a że hołd ten zasłużony, pouczają liczby. Od roku 1893—1901 leczyły one 19.148 chorych i to 67% dorosłych i 33% dzieci. Między chorymi dorosłymi było 12.570 = 98% kobiet i 255 = 2% mężczyzn, którzy przy sposobności leczenia żon zasięgali porady. Między kobietami było 10,259 = 53% wyznania mahometańskiego. Liczby te stwierdzają, jak wielkiem dobrodziejstwem jest instytucya kobiet-lekarzy dla muzułmanek. Wyniki leczenia przedstawiają się bardzo korzystnie; niestety rubryka „wynik niewiadomy“ poucza, iż wiele chorych, którym nie można było zaraz pomódz, traci cierpliwość i przerywa leczenie, lub nie pokazuje się więcej, gdy tylko polepszenie nastąpi. Tablice wykazują, iż praktyka lekarzy-kobiet nie jest czysto tylko ginekologiczną, lecz wszechstronną. Zasługa, należąca się tym pionierkom cywilizacyi w Bośnii i Hercegowinie za polepszenie warunków higienicznych w rodzinach mahometańskich jest nie mniejszą od zasług, osiągniętych wynikami leczniczymi. Dr. Krajewska wzbogaciła nasze wiadomości pracą oryginalną o rozmiękczeniu kości: „Osteomalacie in Bosnien“ (Wiener med. Wochs. Nr. 38 i nast. 1900). Wskutek kontroli rozciągniętej nad praktyką położnych, zaszedł niezbity fakt, iż gorączka połogowa przydarza się o wiele rzadziej, ponieważ nawet najuboższe położnice wzywają w razie potrzeby pomocy położnych.

Przed rokiem 1878 był w Sarajewie tylko jeden dyplomowany aptekarz i jedna publiczna apteka; w roku 1901 jest już 44 publicznych aptek i tyluż aptekarzy, oraz 22 aptek domowych. Cena leków stosuje się do taksy leków austryackiej farmakopei z tą tylko różnicą, iż przyznano aptekom, od granicy austryacko-węgierskiej więcej, niż 35 kilometrów oddalonym, 10%-owy dodatek dla wyrównania kosztów sprowadzania leków. W przecięciu wypada na 35.000 mieszkańców jedna publiczna apteka, na 13.000 mieszkańców jeden lekarz. (Dokończ. nast).

*) Barwny obraz takiego egzorcyzmu skreślił wtajemniczony w stosunki, panujące w Bośnii autor Roda-Roda w czasopiśmie «Die Zeit» 1903 r. W Podmiliaczce, niedaleko rzeki Urbasu, znajduje się przy klasztorze księży Franciszkanów mały kościółek, słynny z cudów, które może zdziałać dzięki pomocy św. Jana. Tu gromadzi się w dniu tego Świętego mnóstwo ludzi z całego półwyspu bałkańskiego, szukając ulgi w swych cierpieniach. Przedstawiciele wszelkich wyznań, nie wykluczając muzułmanów, cisną się do biegłych w sztuce lekarskiej pobożnych mnichów: turczynka z Hercegowiny z czerwoną maską aksamitną na twarzy, chłop z Trawnika z głową do połowy ogolony i warkoczem; tatuowani katolicy z czerwonymi turbanami na głowie; hiszpańcy żydzi ubrani już po europejsku, bośniaccy żandarmi, Albańczycy, wychwalający głośno swoje »buza«, t. j. piwo z kukurydzy, kobiety serbskie w przestronnych spodniach z sznurami dukatów na szyi i w złotem tkanych czepkach; dziewczęta z nad Sawy, które wplotły we włosy czarną wełnę, naparstki i monety; muzykanci-cyganie; Turcy z Konstantynopola i Krety, Grecy, »Szwabi«, t. j. »Austryacy« i inni. Chorzy, przez dyabła opętani, muszą, suwając się na kolanach, okrążyć kościół słynny z łask. Tu muzułmanin chory wykrzykuje swoje »la ilahe illahah« (żaden Bóg oprócz Boga); tam rzekomo przez dyabła opętany wola głośno, raczej demon szczeka z chorego, — wszyscy cisną się do ołtarza. Mnich przegląda chorych; ten, którego uważa za obłąkanego, musi się usunąć; do kościoła wolno wejść jedynie opętanym. Mnich, który się przygotował modłami i postem, rozpoczyna ceremonię wypędzania demona, w otoczeniu braci zakonnych. Jest właściwością dyabła, iż daje odpowiedź w języku, w jakim się do niego przemawia. »Quo modo vocaris?« — pyta się mnich chorego (właściwie siedzącego w nim demona). »Exi!« rozkazuje mnich, a gdy szatan dalej szczeka, pyta się: »Unde es?« Po odprawieniu mszy św. odmawia franciszkanin nad każdym chorym następującą modlitwę (»precatio supra aegrotos«):

»Jesus Christus dominus noster
apud te sit, ut te defendat,
intra te sit, ut te conservet,
ante te sit, ut te ducat,
post te sit, ut te custodiat,
super te sit, ut te benedicat«.

Jeżeli uparty szatan nie chce zaraz ustąpić, powtarza się to postępowanie. Niektórzy chorzy budzą się z omdlenia pod wpływem zimnego strumienia święconej wody; inni, którzy dalej bluźnią, muszą poddać się ostrzejszemu egzorcyzmowi. Nie zawsze się sprawa udaje. Rząd bośniacko-hercegowiński zabronił już przed trzema laty odprawiania zaklęć przez Franciszkanów, mimo to jednak corocznie setki rzekomo opętanych spieszą do kościółka w Podmiliaczce. W dobrej wierze usiłują pomódz bracia zakonni, a jeśli który z chorych nie doznał ulgi, zwraca się znowu pełen otuchy do hodży lub popa, może ci więcej potrafią.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 listopada.

*** Z Sejmu.** W sprawie wniosku p. rektora Rydygiera, dotyczącego budowy gmachów potrzebnych dla pomieszczenia klinik Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego, Komisya sanitarna złożyła sprawozdanie, zakończone wnioskami, które W. Sejm uchwalił.

»Sprawozdanie« Komisyi sanitarnej w streszczeniu brzmi, jak następuje:

W myśl umowy, zawartej między Wydziałem krajowym a c. k. rządem w roku 1892, dwie kliniki lwowskiego Wydziału lekarskiego: dermatologiczna i oczna pomieszczone zostały w głównym budynku powszechnego szpitala lwowskiego.

Według wymagań rządu Wydział krajowy oddał na ten cel szereg sal szpitalnych, które odpowiadały w zupełności potrzebom i warunkom istniejącym w powszechnym szpitalu lwowskim, lecz nie czyniły zadość wymaganiom klinicznym. Klinika wymaga pewnego ugrupowania i rozkładu sal, o czem, w obec istniejącej już budowy szpitalnej, myśleć nie było można. To też i sześcioletnie doświadczenie wykazało, że n. p. w klinice dermatologicznej wytworzyły się istotnie stosunki, uniemożliwiające prowadzenie kliniki i nauczanie kliniczne. Nauka kliniczna wymaga, aby uczniom przedstawić różne kategorye chorych,

którzy osobno powinni być pomieszczeni; tymczasem to było niemożebne do przeprowadzenia i dlatego też zdarzało się, że chorzy zarażali się w klinice chorobami jeden od drugiego, n. p. różą. Razem z chorymi kiłowymi, w pokojach, przepełnionych parą rtęci, muszą się mieścić chorzy tem cierpieniem nie obarczeni, skutkiem czego wydarzają się u nich przypadki zatrucia rtęciowego. — Podobnie rzeczy się mają i w klinice okulistycznej, o tyle chyba odmiennie, o ile nauka kliniczna chorób oczu inne ma wymagania. — Profesorowie kliniczni opisali fakta w memoryałach wyczerpujących i wykazali braki.

Rząd który na ten stan rzeczy przyzwolił, widzi złe i okazuje skłonność do poniesienia części kosztów na wzniesienie nowych budowli dla klinik już istniejących: dermatologicznej i ocznej.

Samo przez się rozumie się, że skoro pomieszczenie kliniki chorób skórnych i kliniki chorób oczu wypadło tak niefortunnie, nie może być mowy o tem, aby brakujące jeszcze kliniki, niezbędne do prawidłowego funkcyonowania Wydziału lekarskiego, mogły być umieszczone w głównym budynku lwowskiego szpitala powszechnego; nie ulega wątpliwości, że dla tych klinik, aktywować się mających, muszą być wystawione osobne nowe budynki, odpowiadające wszelkim wymaganiom. Co się tyczy klinik, których jeszcze Wydział lekarski lwowski nie posiada, t. j. kliniki chorób umysłowych i kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu, Komisya sanitarna sądzi, że wybudowanie ich jest sprawą naglącą.

Nowa ustawa, wydana rozporządzeniem c. k. ministeryum oświaty r. 1899, normująca stosunki rygorozów lekarskich, wymaga koniecznie, aby się w Wydziałach lekarskich odbywały wykłady kliniczne z dziedziny psychiatryi, pediatryi, laryngologii i otyatryi, a ustawa ta obowiązuje od roku szkolnego 1900/1 tak, że jeżeli w przeciągu roku szkolnego 1904/5 kliniki te nie będą otwarte, w takim razie słuchacze nie będą się mogli wykazać, że słuchali przytoczonych przedmiotów i według nowej ustawy nie będą mogli być przypuszczeni do egzaminów. Słuchaczom lwowskiego W. l. nie pozostawałoby zatem nic innego, jak gremialnie udać się na inny Uniwersytet, a to tem więcej, że ustawa żąda koniecznie, aby wszystkie rygoroza były składane na tymsamym Wydziale lekarskim.

Według wskazanej we wstępie umowy między Wydziałem krajowym a rządem, kraj się zobowiązał do rokowań z nim w sprawie wzniesienia brakujących jeszcze klinik. Rokowania te aczkolwiek rozpoczęte, idą bardzo powolnym krokiem tak, że zamiast, aby kraj się domagał jak najszybszego ukończenia lwowskiego Wydziału lekarskiego, c. k. rząd poczyna rzecz urgować, a ostatni urgens taki nadszedł w sierpniu b. r. Co więcej rząd, do którego należy czuwanie nad Uniwersytetami, widząc, jakie niebezpieczeństwo grozi Wydziałowi lekarskiemu, że z braku klinik musiałoby być wstrzymane dalsze promowanie doktorów, proponuje zaprowadzenie prowizorycznych wykładów, aby się literze ustawy stać mogło zadość. Wezwanie w tym kierunku otrzymał Wydział lekarski od c. k. Ministeryum reskryptem z r. 1902. Nadto otrzymał Wydział lekarski ponowne pismo w tej sprawie z c. k. namiestnictwa.

Komisya sanitarna sądzi, że obowiązkiem władz krajowych jest nie dopuścić do upadku Wydziału lekarskiego lwowskiego, którego znaczenie dla nauki polskiej i dla gospodarstwa krajowego kraj wysoko ocenił, skoro się o niego starał i przez szeregi lat pomieszczał między swemi postulatami.

Umowa zawarta między c. k. rządem a władzami krajowemi wcale nie zwalnia władz rządowych od obowiązku starania się, aby Wydział lekarski lwowski dorównywał innym równorzędnym wydziałom lekarskim, istniejącym w innych krajach koronnych.

Wobec tego komisya sanitarna sądzi, że Wydział krajowy powinien wymagać od reprezentacyi krajowej w Radzie państwa, aby się domagała wszelkimi środkami parlamentarnymi tego, co się krajowi należy, t. j., aby c. k. rząd wstawił wydatną sumę do budżetu państwowego na natychmiastową budowę klinik brakujących, a nadto, aby wybudował kosztem skarbu państwa nowe kliniki dla chorób skórnych i chorób oczu, odpowiadające wymaganiom nauki i równorzędne z innemi podobnemi klinikami w państwie, a uczynić to może stosunkowo niewielkim kosztem, gdyż możnaby, budując gmachy na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej i laryngologicznej, na tych samych fundamentach i pod tymi samymi dachami wystawić odpowiednie piętra, w którychby się pomieściły kliniki chorób skórnych i chorób oczu.

Komisya sanitarna zatem wnosi:

1. Wzywa się Wydział krajowy, aby z c. k. rządem ukończył jak najspieszniej rozpoczęte rokowania, celem ułożenia ostatecznego planu, według którego ma nastąpić: wzniesienie potrzebnych budynków dla pomieszczenia tych klinik Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu lwowskiego, które muszą być w najbliższym czasie kreowane dla uzupełnienia tego Wydziału na wzór wszystkich innych w Austryi istniejących Wydziałów lekarskich, a mianowicie: kliniki chorób nerwowych i umysłowych, kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu

2. Wzywa się c. k. rząd, aby nie tylko wyznaczył odpowiednią wydatną kwotę, któraby po przyczynieniu się kraju była dostateczną do pokrycia kosztów wzniesienia budynków dla brakujących klinik, lecz aby zarazem pokrył ze skarbu państwa nadwyżkę, która będzie potrzebną, aby w tych budynkach znalazły pomieszczenie nietylko klinika chorób nerwowych i umysłowych, jakoteż klinika chorób krtani, gardła, nosa i uszu, lecz także klinika weneryczno-dermatologiczna i okulistyczna.

3. Wzywa się c. k. Rząd, aby wstawił na ten cel do preliminarza budżetowego na rok 1904 odpowiednią potrzebną kwotę dla natychmiastowego rozpoczęcia tych budowli.

4. Upoważnia się Wydział krajowy, aby w preliminarzu budżetu na rok 1905 stosownie do wyników rokowań z c. k. rządem, przedstawił Sejmowi odpowiednie wnioski co do potrzebnych na ten cel kredytów.

(c. d. n.)

(J.) Opuścił prasę IV-ty zeszyt zbiorowego dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych“ pod redakcyą prof. W. Jaworskiego w Krakowie. Zeszyt ten zawiera: Choroby narządu moczowego przez Doc. Wiczkowskiego i Choroby wątroby, napisane przez prymaryusza Dra. Piska. Objętość zeszytu wynosi 10 arkuszy druku, jest do nabycia w księgarniach H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie po cenie 3 K. — Piąty zeszyt wyjdzie w grudniu, b. r.

* Zmarły w Warszawie z. miesiąca Dr. A. Rucker poczynił następujące zapisy 1) 5000 rubli na szpital dzieci przy ul. Aleksandrya; 2) 1000 rub. na instytut oftalmiczny w Warszawie i 3) 1000 r. na Kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadającą Dr. Edmundowi Biernackiemu *veniam legendi* z zakresu patologii ogólnej i doświadczalnej.

* Do Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego nadesłali dary:

1. Pani Cecylia Kaczkowska: Księgozbiór ś. p. Dr. Karola Kaczkowskiego, 2. Prof. J. Raczyński: Kilka roczników czasopism lekarskich. 3). Dr. Ludwik Czernichowski: (z Orszy) Kilkadziesiąt dzieł lekarskich (w 134 tomach), i 4) Dr. S. Horoszkiewicz: pojedyncze zeszyty rozmaitych czasopism lekarskich.

Ofiarodawcom składam serdeczne podziękowanie.

Dr. Wrzosek. Bibl. Krak. Tow. Lek.

* W Berlinie ma być założony zakład Behringa na wzór paryskiego zakładu Pasteura.

* Prof. Nissl otrzymał wezwanie do zastąpienia na katedrze psychiatryi prof. Kraepelina, który, jak donosiliśmy, przeniósł się do Monachium

Mianowania i odznaczenia. Doc. ginekologii w Królewcu, Dr. Rosiński, otrzymał tytuł profesora. Dr. Ruitinga mian. profesorem wew. medycyny w Amsterdamie. Dr. Albrecht, nauczyciel dentystyki w Berlinie, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Zawadzki, starszy ordynator szpitala Ujazdowskiego, — w Warszawie, w 67 r. życia. Dr. Szymon Ładniewski we Lwowie. Dr. Leon Kulski, l. 28, — w Warszawie. Dr. Duffey, prof. terapeutyki, — w Dublinie.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 11 Włazłowski: Przedarcie macicy w połogu — wyleczenie

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. Rzętkowski: Nekrolog ś. p. Wł. Brodowskiego. Kramsztyk: Udział woli w badaniach naukowych. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki i gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus. Łapiński: Bezkrwawe leczenie zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych (dok.) Landau: O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 44. Srebrny: Pleśniawki u zdrowych ludzi dorosłych. Bronowski: Przypadek *nephritis haemorrhagicae chronicae* leczony operacyjnie.

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtrière (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Maixner: Ledvina a syfilis (dok.). Ehler: O případu intersticielni pankreatitidy. Panýrek: Námitky k poznámkám dr. B. Vacka o mém článku „Chirurgie d' urgence a prvni pomoc laicka. Meze kompetence".

— *Sbornik klinický* N. 1 Vanýsek: Nápadná expiračni retardace pulsu u některých neurastheniků. Samohrd: O haemorrhagické formě břišniho typhu. Lhota: Výsledky vnitřniho léčeni tuberkulosniho zánětu pobřišnice.

— *La Presse médicale* Nr. 86. Marandon de Montyel: Poliurya pospolita w pierwszych dwóch okresach porażenia ogólnego. Lyon: Leczenie lekami zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Nr. 87. Schwab i Lévy-Bing: Leczenie kiły noworodków wstrzykiwaniami rozpuszczalnej rtęci. Romme: Działanie chlorku sodowego na nabłonek nerkowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Heubner: Przemówienie przy otwarciu nowej kliniki uniwersyteckiej i polikliniki pedyatrycznej w szpitalu Charité. Moraczewski: Przebieg gorączki po splenektomii. Mangelsdorf: O jednym objawie żołądkowym przy migrenie i w napadzie padaczki. Kaiserling: Kliniczne oznaczenie pepsyny metodą Mettego. Moreschi: O przyrodzie izohemolizyny surowicy krwi ludzkiej (dok.). Ascher: Gruźlicze i niegruźlicze choroby narządów oddechowych w Prusiech od r. 1875.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Feinberg: O czynniku nowotworowym raka ludzi i ssawców. Pirquet: Przyczynek do teoryi okresu wylęgania chorób. Schmeichler: Uwagi nad zakażeniem jaglicą. Urbantschitsch: Uwagi kazuistyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 44. Hess: Przyczynek doświadczalny do etyologii obumierania trzustki i tkanki tłuszczowej. Schatz: O oberwaniu pochwy i mięśni dna miednicy, jako przyczynie opadnięcia narządu rodnego. Hegar: Leczenie świeżego rozdarcia śródkrocza. Skrobanský: Przyczynek do uodporniania owaryną. Joachim: Przyczyna mętnienia mlecznych płynów puchliny brzusznej. Pagenstecher: Złamania kości łódkowatej i zejście ich w staw rzekomy. Schilling: Użyteczny dla praktyka stolec sitkowy. Bickel: Uwagi nad artykułem dr. Engelmanna: „Oznaczenie elektrycznego przewodnictwa płynów. Hey: Przyczynek do kazuistyki myastenii złośliwej rzekomoporaźnej,

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 45. Koeppe: Fizykalne rozpoznanie czynności nerek. Croner: Sto poliklinicznie spostrzeganych przypadków cukrzycy, w szczególności jej stosunek do gruźlicy i stwardnienia tętnic. Marguliés: Stosunek kiły do chirurgii nerek. Schanz: Zapalenie oczów noworodków, a gonokoki. Sticher i Hirt: Cystoskopijnie wykazalne zmiany w pęcherzu przy raku macicy (dok.).

Redakcya otrzymała. Prace z pracowni Dr St. Serkowskiego w Łodzi Serkowski: Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi r. 1903. D. Krajewska: Jahresbericht der Amtsärztin Dr. T. Krajewska in Sarajevo für das Jahr 1902.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Spira mieć będzie wykład p. t. „Choroby uszne i zaburzenia mowy".

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 44 (od 1/XI do 7/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dz. 19; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 11, kob. 14; zamiejscowych: męż. 10, kob. 7.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	—	—		
2	Gruźlica	4	2		
3	Zapalenie płuc	1	1		
4	Dławiec i błonica	—	2	1	2
5	Krztusiec	—	—	—	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	1	1	3	4
8	Odra	—	—	3	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—		1	3
11	Czerwonka	—	1	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—	1	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy	—	—		
20	Choroby narządu krążenia	5	2		
21	Nowotwory	2	1		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	11	6		
23	Śmierć przypadkowa	1	1		
24	Śmierć gwałtowna	—	—		
	Razem	25	17		

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ponieważ nie mogę sobie przypomnieć komu pożyczyłem jeden tom dużego podręcznika Veita (Handbuch der Gynaekologie), przeto za pośrednictwem „Przeglądu lekarskiego" ośmielam się upraszać Szan. Kolegę, który książkę tę pożyczył, o łaskawy jej zwrot. ***Dr. Aleksander Rosner.***

Rok XLII. Kraków 21 Listopada 1903. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

Do najstarszych zabiegów położniczych, jakie wogóle były wykonywane zapomocą narzędzi na płodzie, znajdującym się w łonie matki, musimy zaliczyć bezwarunkowo operacye, mające na celu wydobycie płodu przy pomocy zabiegów, zmniejszających pojemność i rozmiary płodu. Zabiegi te musiały być dawniej niewątpliwie znacznie częściej stosowane, aniżeli obecnie, gdyż w czasach, gdy ani obrót na nóżki, ani kleszcze, ani cięcie cesarskie stosowane jeszcze nie były, kawałkowanie płodu było jedyną operacyą, rozwiązującą w przypadkach położeń płodu nieprawidłowych lub znaczniejszego niestosunku porodowego. To też już w pismach Hippokratesa i Celsusa znajdujemy wcale dokładny opis zabiegów, mających za zadanie kawałkowanie płodu, oraz używanych do tego celu narzędzi. Od dawnych czasów istniała również dążność do ominięcia tych zabiegów. I tak, w przypadkach położeń poprzecznych płodu radzi już Soranus z Efezu próbować obrotu na nóżki — i dopiero wówczas, gdy obrót się nie udaje, przystąpić do kawałkowania płodu. Mimo to atoli w połowie szóstego stulecia obrót na nóżki poszedł prawie w zapomnienie i to tak dalece, że nawet jeden z najpłodniejszych ówczesnych autorów, Paweł z Aeginy, wcale nie wspomina w swoich pismach o tym zabiegu. Okoliczność ta sprawiła, że zabiegi, mające na celu rozkawałkowanie płodu, zajmują na nowo pierwsze miejsce w rzędzie operacyi położniczych.

W wiekach średnich, gdy wszystkie gałęzie sztuki i umiejętności były prawie wyłącznie w rękach duchowieństwa, nauka położnictwa rozwinąć się nie mogła. Dopiero od połowy 16-go stulecia, gdy obrót na nóżki na nowo został wprowadzony i zalecony (Ambroży Paré i Piotr Frank), liczba operacyi pomniejszających płód została ograniczoną.

Pomimo tego kawałkowanie płodu nie przestało być wcale ulubioną operacyą ówczesnych położników, a działalność Deischa i Mitelhaeusera w tym kierunku będzie jeszcze długo świadczyć o ówczesnym stanie nauki położnictwa.

Skrajny ten kierunek operacyjny musiał naturalnie obudzić reakcyę; pojawiali się zawzięci przeciwnicy takiego postępowania, jak n. p. Osiander i Stein młodszy, którzy uważali kawałkowanie płodu za postępowanie, czyniące wprost ujmę operatorowi. Dopiero Boër, Oehler i Michaëlis zaznaczyli wyraźnie i należycie swoje stanowisko w tym względzie i wprowadzili kierunek operacyjny ówczesny na właściwe tory. A mianowicie uważali oni kawałkowanie płodu za zabieg wskazany, ale zalecali wykonywać go tylko w takich przypadkach, w których z powodu zaklinowania się części przodującej płodu wykonanie obrotu na nóżki było niemożebne. Innych sposobów rozwiązania rodzących w tych przypadkach i warunkach nie znali; słusznie zatem zmniejszenie pojemności płodu polecali. Zapatrywanie to musi być nawet po dziś dzień uważane w ogólnych zarysach za zupełnie słuszne. Teoretycznie rzecz biorąc, wszystkie operacye, mające na celu pomniejszenie pojemności płodu, dadzą się ominąć, czy to przez wzniecenie porodu przedwczesnego, czy to przez dość wczesne wykonanie naprawy nieprawidłowego położenia płodu, czy to zapomocą zabiegów, mających na celu rozszerzenie dróg porodowych, jak cięcie łonowe, czy też wreszcie przez operacye, mające na celu utorowanie sztucznej drogi porodowej (cięcie cesarskie). W praktyce jednak zasad tych nie można ściśle przeprowadzić. Dałoby się to tylko wówczas zastosować, gdyby wszystkie osoby ciężarne szukały dość wcześnie pomocy i rodziły tylko pod odpowiednią zawodową opieką. Dlatego naturalnem jest, że im lepiej zorganizowaną jest w danem społeczeństwie opieka nad osobami ciężarnemi i rodzącemi im wcześniej szukają one pomocy i opieki lekarskiej, tem rzadziej wydarzają się przypadki operacyi, mających na celu zmniejszenie pojemności płodu.

Z tego powodu liczba wykonanych operacyi pomniejszających płód może nam być do pewnego stopnia niejako miarą wysokości, na jakiej stoi oświata danego kraju, a w szczególności dawać może wyobrażenie o rozwoju organizacyi pomocy zawodowej przy porodach. Przedewszystkiem zaś odnosi się to do operacyi pomniejszających, wykonywanych w celu ukończenia porodu w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, albowiem przy odpowiedniem dozorowaniu i prowadzeniu przebiegu porodu nie powinno się dopuścić do wytworzenia położenia poprzecznego zaniedbanego. Wyjątkowo tylko zdarzyć się może, że przy bardzo silnych bólach porodowych i nagłym odpływie wód płodowych, z położenia ruchomego podłużnego wytworzyć się może położenie poprzeczne, które w bardzo krótkim czasie, już po kilku bólach, zmienić się nie daje. Położenia poprzeczne zaniedbane wytwarzają się zazwyczaj ze zwykłych położeń poprzecznych, w których nie wykonano we właściwym czasie zmiany tego niekorzystnego położenia na podłużne, gdzie zatem nie było należytej pomocy, albo też była niedostateczną.

Z zestawień statystycznych różnych klinik i krajów wypada, że obecnie położenia poprzeczne zaniedbane płodu wogóle nie są częste, a dalej, że zachodzą ogromne różnice

w tym względzie co do częstości, odnośnie do różnych krajów. I tak w Baden w latach od 1870—1885 na ogólną liczbę 876,126 porodów było położeń poprzecznych zaniedbanych 120, a więc jeden przypadek na 7301 Według Potockiego przypada w Paryżu jeden przypadek na 2,750 porodów. We Wiedniu spostrzegano na klinice położniczej według zestawienia Pawlika jeden przypadek na 2,631, a według C. Brauna jeden na 2,153 porodów. Bidder podaje, że w klinice w Petersburgu przypada jeden przypadek na 2,000 porodów, Arens zaś z kliniki w Dreźnie wykazuje jeden przypadek na 1,278 porodów. Przeciwnie Redlich podaje 9 embryotomii na ogólną liczbę 1,400 porodów z polikliniki w Dorpacie, a więc jeden przypadek na 155 porodów. Według Tyrchowskiego[1]) w Instytucie położniczym w Warszawie na 6,000 porodów wykonano 25 razy embryotomię, a więc jeden przypadek przypada na 240 porodów. W czasach mojego pobytu w Krakowie przydarzał się w zakładzie położniczym mniej więcej jeden przypadek na przeszło 200 porodów.

W klinice zaś położniczej we Lwowie spostrzegano na przeszło 2,500 porodów 14 razy położenie płodu poprzeczne zaniedbane, a więc jeden przypadek przypada na 164 porodów.

Z porównania przytoczonych liczb przekonać się więc można, że odpowiednio do stosunków, panujących w naszem społeczeństwie, w innych krajach, więcej na zachód położonych, położenia płodu poprzeczne zaniedbane przydarzają się tylko bardzo rzadko. Nawet zestawienia z odpowiednich klinik, w których przecież gromadzić się zwykł cały materyał przypadków ciężkich, nawet z dalszych okolic, wykazują tylko niepokaźną liczbę wykonanych embryotomii w porównaniu do ogólnej liczby porodów. Tej to okoliczności prawdopodobnie przypisać należy fakt, że podczas gdy w dawnych dziełach położniczych rozdział o operacyach, mających na celu zmniejszenie pojemności i rozmiarów płodu przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, przedstawia się wcale pokaźnie, to obecnie nowsze podręczniki nauki położnictwa poświęcają tym zabiegom nie wiele miejsca i przeważnie podają tylko dokładniej opis oddzielenia główki od tułowia. Jak z jednej strony fakt ten świadczyć się zdaje o znacznym postępie nauki położnictwa i z tego względu należy go podnieść, tak z drugiej strony to zbyt krótkie i zwięzłe przedstawienie sposobów postępowania przy położeniach płodu poprzecznych zaniedbanych nie daje dostatecznego, a tem mniej wyczerpującego obrazu właściwego postępowania. Brak ten w nowszych podręcznikach daje się szczególnie uczuwać lekarzom, zmuszonym pracować w okolicach, w których ludność nie zwykła dość wcześnie szukać pomocy z powodu porodów nieprawidłowych, a którzy z położeniem poprzecznem zaniedbanem częściej spotykać się muszą. Odczuwają zaś brak ten tem więcej, że pracując przeważnie wśród ludności ubogiej i niewykształconej, wykonywać muszą zabiegi operacyjne często wśród najniekorzystniejszych warunków.

Aby w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych umożliwić wydobycie płodu, należy w pierwszym rzędzie zmniejszyć jego wymiary. Wiemy bowiem z doświadczenia, że płód prawidłowo rozwinięty urodzić się może w położeniu poprzecznem i przejść przez miednicę matki tylko wyjątkowo. Zazwyczaj istnieją w takich wyjątkowych przypadkach niezwykle korzystne warunki, sprzyjające takiemu przechodzeniu, względnie przesuwaniu się, płodu, jak stosunkowo do rozmiarów płodu za obszerna miednica i silne bardzo i wydatne skurcze macicy.

Zmniejszyć pojemność i rozmiary płodu możemy albo przez otwarcie i opróżnienie z trzew i narządów wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej, albo też przez rozdzielenie ciała płodu. Rozdzielenie to zaś wykonać można albo na szyi płodu, co oczywiście najłatwiej wykonać się daje, albo też w różnych miejscach tułowia. Dalej, rozdzielenie to może być niezupełne i wtedy dotyczyć będzie tylko kośćca płodu, a przedewszystkiem kręgosłupa, z pozostawieniem części miękkich, albo też zupełne, gdy rozdzieleniu, a więc przedarciu, względnie przecięciu, ulegną tak części twarde, jako też i miękkie płodu, a wtedy mówimy o przepołowieniu ciała płodu.

Co do sposobu postępowania wobec położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, to obecnie prawie wszyscy autorowie radzą w pierwszym rzędzie starać się wykonać oddzielenie główki od tułowia, a więc dekapitacyę. Jedni radzą wykonać przecięcie całkowite poprzeczne szyjki płodu, drudzy zaś przecięcie lub przerwanie tylko samego kręgosłupa z pozostawieniem części miękkich szyi. Po dokonaniu tego zabiegu, zwłaszcza gdy szyjka płodu całkowicie została przeciętą, radzą wydobyć następnie najpierw klatkę piersiową, potem resztę tułowia i nóżki, a w końcu wreszcie główkę płodu. Tu należy wspomnieć, że jeżeli główka zostanie całkowicie oddzieloną od tułowia, to następowe wydobycie jej sprawiać może znaczne niekiedy trudności, na co wielu autorów zwraca wyraźnie uwagę i z tego powodu pewna ich część radzi przerywać tylko kręgosłup, a części miękkie szyjki ile możności pozostawić.

W celu oddzielenia główki od tułowia podano różne sposoby i narzędzia. I tak, większość autorów zaleca obecnie zabieg ten wykonywać w znany sposób na tępo, zapomocą haka Brauna. W nowszych czasach podał w tym celu Zweifel narzędzie więcej złożone, które nazwał „trachelorhekterem“, a którego istotę stanowią dwa haki tępe, działające równocześnie w przeciwnych kierunkach. Mniejszość autorów poleca oddzielać główkę od tułowia zapomocą rozmaitych narzędzi ostrych, tnących. Jedni autorowie, jak Smellie, Siebold, Dubois, Kilian, Klein, Fritsch wykonują ten zabieg zapomocą silnych prostych lub zakrzywionych nożyc; drudzy zaś zapomocą różnie wygiętych noży. Jako pierwowzór wszystkich tych noży uchodzić może ostry hak Levreta i zakrzywiony nóż Davisa. Podobne noże podali Mauriceau, Ramsbotham, Tibone-Cuzzi i wielu innych. Najwięcej polecanym i używanym bywa obecnie nóż sierpowaty Schultzego, którym wyłącznie posługuje się Küstner i jego szkoła. Z pomiędzy narzędzi ostrych, a właściwie tnących więcej złożonych, a zwłaszcza dawniej poleconych, należy wymienić somatom Baudelocquea, dekapitator Concata, auchenister Scanzoniego, trachelotom Rulla i *embryotome rachidien* Tarniera. Wreszcie w roku 1897 podał Küstner nowy embryotom, narzędzie, zrobione podobnie jak kranioklast, tylko jedno jego ramię jest opatrzone ostrzem. Dalej oddzielić można główkę od tułowia zapomocą narzędzi działających przez zgniatanie,

---
[1]) Tyrchowski: Pamiętnik Warsz. Tow. lek. r. 1897. Jaworski: Gazeta lekarska r. 1902.

tak zw. zgniataczy (*ecraseur*), a dogodność i użyteczność takiego sposobu postępowania stwierdzają Stiebel, Heyerdahl, Hohl, Tarnier, Pajot, Kilian, Ribemont, Zweifel. Wreszcie można przepiłować szyjkę płodu i to albo zapomocą mocnego zwykłego lub jedwabnego sznurka, struny lub drutu metalowego, albo też, co najlepiej i najodpowiedniej, zapomocą piłki drutowej Giglego, która w ostatnich czasach coraz szersze znajduje zastosowanie.

W tym względzie co do sposobu operowania i wyboru narzędzi istnieją bardzo różne, a nawet wprost sprzeczne poglądy: gdy n. p. jedni gorąco zalecają użycie haka tępego Brauna, wykazując równocześnie ujemne strony innych narzędzi, a noża sierpowatego w szczególności, drudzy nie mniej doświadczeni i poważni autorowie podnoszą łatwość operowania narzędziami ostremi, a przedewszystkiem nożem, wyliczając zarazem szereg niebezpieczeństw grożących przy przerywaniu kręgosłupa zapomocą haka. Na poparcie swojego zdania jedni i drudzy przytaczają poważny szereg przypadków, operowanych z pomyślnym wynikiem tym lub innym sposobem tak, że urobienie sobie własnego zdania w tym względzie li tylko na podstawie odnośnych artykułów nie jest wcale łatwem. Rozstrzygającą rzeczą bywa w tym razie zazwyczaj osobista skłonność operatora i przynależność do odpowiedniej szkoły, a właściwie przyzwyczajenie do władania pewnem narzędziem.

W przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, w których do szyjki płodu ręką wprowadzoną wewnątrz operator dojść nie może, wszyscy prawie autorowie radzą zgodnie wykonać najpierw wytrzewienie (ewisceracyę) płodu w tym celu, aby po zapadnięciu się klatki piersiowej i brzuszka uzyskać więcej miejsca. Dopiero w dalszem postępowaniu zapatrywania różnych autorów odbiegają od siebie. I tak jedni, jak C. Braun, Leopold, Pawlik, Fehling, radzą po opróżnieniu i zapadnięciu się klatki piersiowej i jamy brzusznej, po uzyskaniu więcej miejsca, a tem samem i nieco większej ruchomości płodu, dojść ręką wewnątrz wprowadzoną do szyjki płodu i wykonać oddzielenie główki od tułowia, a następnie przystąpić do wydobycia płodu. Wytrzewienie płodu zatem uważają za zabieg przedwstępny, mający służyć dla umożliwienia wykonania dekapitacyi. Inni autorowie, jak Bidder, Veit, Schauta, Mermann, zalecają postępowanie odmienne, a mianowicie po wykonaniu wytrzewienia zalecają starać się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu tak zwanego dobrowolnego wytoczenia się płodu, albo też starać się zapomocą haków obniżyć, a następnie przeprowadzić najpierw pośladki płodu na zewnątrz. Na ten mechanizm dobrowolnego wytoczenia się płodu, *evolutio spontanea*, w przypadkach położeń poprzecznych płodu zwrócił uwagę J. Douglas jeszcze na początku 19-go stulecia, następnie polecał go gorąco Robert Lee. Fritsch uważa wogóle wytrzewienie płodu za zbyteczne i poleca wykonać przecięcie kręgosłupa nożyczkami, poczem stara się wydobyć płód o ile możności przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Michaelis zalecał wydobycie płodu zdwojonem ciałem, *conduplicato corpore*, po poprzedniem złamaniu kręgosłupa. Simpson podał zabieg, mający na celu zupełne przepołowienie płodu, *dissectio foetus*, nazwany nieodpowiednio spondylotomią. Radzi on mianowicie po poprzedniem ustaleniu tułowia płodu zapomocą haka, przeciąć poprzecznie całą klatkę piersiową wraz z kręgosłupem, a potem wydobyć najpierw dolną, a potem górną połowę ciała płodu.

Postępowanie, które zalecił Macdonald, aby po przecięciu kręgosłupa usiłować dojść do nóżek w celu wykonania obrotu płodu, dziś chyba już niewielu może liczyć zwolenników, a odpowiada zupełnie zapatrywaniu Kiliana, który uczył, że embryotomia w ogólnem pojęciu jest zawsze tylko zabiegiem przedwstępnym do wykonania następowego obrotu na nóżki.

Z tego zbyt pobieżnego zestawienia metod operacyjnych można się przekonać, jak wielce różnią się zapatrywania operatorów na sprawę postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu. Jeżeli się jednak uwzględni, jak różne może być ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie, jak wielce różny może istnieć stosunek pomiędzy rozmiarami płodu a wymiarami miednicy matki, wreszcie w jak rozmaitym stopniu mogą być ściany macicy obkurczone około płodu, to trudno nie nabrać przekonania, że nie we wszystkich przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych jeden i ten sam zabieg operacyjny będzie najodpowiedniejszy. Różne zatem przypadki wymagać muszą odmiennych sposobów postępowania, w celu możliwie najłagodniejszego rozwiązania rodzącej.

Sposób postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu nie może być zatem żadną miarą ujętym w formę pewnego tylko jednego, ściśle typowego zabiegu operacyjnego, lecz w miarę różnych warunków, różnych należy używać sposobów.

Od szeregu lat zajmowałem się żywo kwestyą postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, co tem łatwiej mi przychodziło, że położenia takie miałem sposobność względnie dość często spostrzegać.

Sposoby postępowania, dotychczas powszechnie polecane i używane, już po kilku zabiegach, jakie sam wykonać miałem sposobność, wydały mi się jako nie zupełnie wystarczające i odpowiednie. Przedewszystkiem dziwnem i niezrozumiałem wydało mi się, dlaczego operujemy na ciemno? dlaczego przy wykonywaniu zabiegu, podczas którego używamy różnych narzędzi, czy to tępych, czy też nawet ostrych, nie staramy się odsłonić i uczynić więcej dostępnem pole operacyjne? dlaczego nie staramy się ułatwić sobie w ten sposób całego zabiegu? Uważałem tę okoliczność za niewolnicze niejako trzymanie się do pewnego stopnia zasady dawnych położników, którzy wszelkie czynności i zabiegi operacyjne wykonywali bez odsłaniania pola działania. Dziś, ze względu na aseptykę i na samą technikę rękoczynu, dawna zasada nie ma żadnego usprawiedliwienia.

Jeżeli obecnie żaden lekarz postępowy nie będzie polecał wprowadzania cewnika do pęcherza moczowego lub też zgłębnika do jamy macicy na ciemno po palcu, jedynie pod kontrolą dotyku, dziś, gdy nawet przy badaniu przez pochwę trzymamy się zasady, aby wprowadzać palec po poprzedniem rozwarciu warg sromowych, gdy zawsze w ginekologii staramy się o to, aby odsłonić o ile możności nasze pole działania i w ten sposób operować pod kontrolą wzroku, niepojmuję, dlaczego mamy w położnictwie operować zawsze na ciemno? dlaczego mamy się pozbawiać korzyści wśród zabiegu operacyjnego, jaką nam kontrola wzroku dać może? Pod wpływem tego rozumowania zacząłem wykonywać wszystkie zabiegi, mające na celu zmniejszenie

pojemności główki lub tułowia płodu, po dokładnem odsłonięciu tych części zapomocą szerokich, osobno w tym celu sporządzonych wzierników łyżkowych. Już początkowe moje wyniki takiego postępowania były tak zachęcające, że nie wahałem się podać je do publicznej wiadomości w roku 1897 w pracy: „Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania wśród niektórych operacyi położniczych“.

(*Przegląd lekarski*, Nr. 26 i 27, 1897 i *Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 29, 1897).

Już wówczas wypowiedziałem przekonanie, że największą korzyścią operowania po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników będzie ta okoliczność, że omijając potrzebę wprowadzania rąk operatora do części rodnych i unikając w ten sposób większego rozciągnięcia dolnego odcinka maciey, będziemy mogli zabieg sam uczynić mniej niebezpiecznym dla rodzącej, a wykonanie jego w ten sposób, będzie więcej odpowiadać zasadom postępowania bezgnilnego.

W obecnej pracy pragnę w sprawie tej metody dodać kilka dalszych uwag, dotyczących postępowania wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, opierając się na doświadczeniu, jakiego nabyłem w kilkunastu następnych przypadkach w ten sposób operowanych i na podstawie licznych doświadczeń, jakie w tym celu wykonałem na fantomach (bałwanach) z płodami balsamowanymi i odpowiednio przygotowanymi do ćwiczeń. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do chirurgii nerek.

Podał

Dr. Adolf Klęsk,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak wiemy, krew w moczu należy do objawów, które, podobnie jak ból i guz w podżebrzu, niepokoją najwięcej pacyentów i sprowadzają ich do lekarza. Mając do czynienia z krwią w moczu, powinniśmy dokładnie zdać sobie sprawę, skąd właściwie ta krew pochodzi.

Z cewki moczowej odchodzi krew świeża i to zupełnie niezależnie od oddawania moczu. Przy moczeniu jest tylko pierwsza porcya moczu krwią zabarwiona, zresztą, o ile pęcherz i nerki są zdrowe, odchodzi mocz czysty.

Krwotoki z pęcherza charakteryzują się znowu tem, że często pierwsza porcya moczu jest dość czysta, a dopiero mocz ostatni z dna pęcherza zawiera skrzepy i krew. Oddziaływanie moczu bywa przy krwotokach rozmaite. Przy dużych wylewach krwi mocz oddziaływa wybitnie zasadowo. W gruźlicy pęcherza często mimo rozkładu moczu i krwotoku oddziaływanie jest kwaśne. W krwotoku z pęcherza, płókanie nie usuwa krwi i ostatnia porcya płynu bywa zawsze mniej lub więcej krwawo zabarwiona.

Krwawienie z nerek i ich miedniczek wystąpić może przy urazie (gdy pęknięcie nerki dosięga miedniczki nerkowej), w przebiegu spraw chorobowych, niszczących miąższ nerki lub miedniczkę, przy nowotworach, kamicy, zapaleniu, zawale i t. d. Z moczowodu krwotok jest zwykle skąpy, ale od nerkowego odróżnić go nie można. Krwotoki z nerek występują czasem i bez zmian chorobowych w tychże narządach. Spostrzegano n. p. krwotok nerkowy u żołnierzy na manewrach po silnych marszach, dalej u kobiet w ciąży i podczas karmienia, a w końcu po nagłem opróżnieniu rozdętego pęcherza moczowego cewnikiem, n. p. u chorych z przerosłym gruczołem krokowym. Powodem krwawego moczu mogą być naturalnie takie pasorzyty, jak *distomum haematobium, nephrohages sanguinarius, filaria sanguinis, strongylus gigas* itd. [4]).

Krwotoki przy pęknięciu nerki mimo wielkiego zniszczenia miąższu bywają zwykle skąpe, a to z tego powodu, że w razie rany drążącej od torebki krew wylewa się łatwiej w tkankę onerkową, zaś w przypadkach rany w miąższu krwotok bywa zatamponowany zbitością narządu.

W niedużych krwotokach z nerek odchodzi zwykle wśród parcia świeża krew z moczem, lub tworzą się w pęcherzu skrzepy, zatykające ujście i pęcherz napełnia się ciągle wśród bolów i parcia. Skrzepy pęcherzowe są zwykle bezkształtne, z nerek natomiast mają często postać nitek, świderków, glist i t. d. [5]). Starsze skrzepy nerkowe bywają czasami odbarwione. W niedużych krwotokach krew krzepnie w miedniczce, mocz pierwszy, a nawet kilka następnych, jest zupełnie czysty (z nerki zdrowej), bo wejście do moczowodu nerki chorej może być zatkane skrzepem. Dopiero w pewien czas po urazie odchodzi wśród parcia i kolki nerkowej krew i skrzepy. Przy przepłókiwaniu pęcherza, w razie niedużego krwotoku z nerek możemy otrzymywać czysty płyn, w razie większego krwotoku ciecz będzie ciągle krwawo zabarwiona. W gruźlicy nerki prócz krwi spotykamy prawie zawsze w moczu ropę, rzadziej zaś prątki. Krwotok przy kamieniach cechuje się okresowością, towarzyszącą kolką i zmianami w wydzielaniu moczu może być bardzo obfity. Przy nowotworach krwotok bywa zwykle skąpy, w odstępach nieregularnych, czasem w osadzie moczu spotykamy charakterystyczne komórki nowotworu.

Jak leczyć krwotok nerkowy? *Cessante causa cessat effectus.* Jeżeli jednak przyczyny na razie znaleźć nie możemy, a krwotok jest silny, zalecamy spokój, leki ściągające, ewentualnie usuwamy skrzepy pęcherzowe, jak to miało miejsce u naszej chorej. U kobiety łatwo to uczynić. U mężczyzn trzeba czasami przystąpić do *sectio alta.* Gdy krwotok trwa ciągle, wtedy należy przystąpić do zabiegu, upewniwszy się naturalnie pierwej, z której nerki krew pochodzi. W kilku przypadkach (Albarran) proste odsłonięcie nerki zatamowało krwotok; czasem trzeba jednak naciąć nerkę, a w wyjątkowych przypadkach (np. u krwawców i po urazach) nawet wyciąć zupełnie.

Drugim ważnym objawem chorób nerki, obchodzących chirurga, jest ból. Gruźlica charakteryzuje się zwykle silnymi bolami, schodzącymi i rozpromieniającymi się ku częściom płciowym, udom, w odstępach nieregularnych. Przy nowotworach bolesności nerek (przynajmniej z początku) niema. Ból nerki rozpromienia się szeroko, nieraz aż do barków. Pamiętać należy także o tem, że pacyent wskazuje czasem wprost na przeciwną nerkę, jako na siedlisko bolu. Skóra brzucha w chorobach nerek (objawiających się bolem) bywa czasem tkliwą lub bolesną na przestrzeni między

[4]) O wydzielaniu się barwika krwi moczem nie wspominam tutaj, gdyż to do rzeczy nie należy.

[5]) Patrz historye choroby, opisane powyżej.

pępkiem, a spojeniem łonowem. Ucisk na nerkę chorą wywołuje niekiedy bole w odległem miejscu, n. p. prąciu.

Badanie moczu zwykle ułatwia nam rozpoznanie; są jednak znane przypadki, w których zupełne zniszczenie jednej nerki przebiega bez najmniejszych zmian w moczu. W przypadkach takich próby wydatności nerek mogą nam oddać świetne usługi.

Nerkę wyciąć można drogą jamy brzusznej, lub od strony lędźwi. W wyjątkowych przypadkach używa się innej drogi. Znany jest np. przypadek wycięcia nerki przez pochwę. Lepsze nieco rokowanie daje droga pozaotrzewnowa, może być jednak dlatego, że przypadki ciężkie, wątpliwe i o bardzo zaawansowanych zmianach operuje się zwykle drogą otrzewnej. Ostatnia droga ma kilka zalet. Po pierwsze, operując możemy swobodnie zbadać obie nerki ręką, następnie wycinać bardzo duże guzy; pole operacyjne jest większe, a w końcu w przypadkach wątpliwego rozpoznania bez niego obejść się nie można.

Zabieg od strony lędźwi jest znowu operacyą mniejszą i pozwala nam swobodnie operować w gruźlicy i ropnych guzach nerek, przyczem unika się otworzenia otrzewnej. Cięcie w celu odsłonięcia nerki prowadzić można po przednim brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (Simon), poprzecznie od mięśnia prostego w wysokości pępka do brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (Péan, poniekąd i Kocher) dalej skośnie (Bergmann-d'Altona) od górnego brzegu 12-go żebra i brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego do zewnętrznej $^1/_3$ więzu Pouparta. Cięcie to nadaje się głównie, gdy chcemy jednocześnie odsłonić moczowód. Bardenheuer do cięcia pionowego Simona dodaje jedno, lub dwa poziome wzdłuż żeber, lub kolca kości biodrowej ku przodowi. Schedégo cięcie zaczyna na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego 1 ctm. poniżej 12 żebra, idzie ku przodowi równolegle do żebra i schodzi później skośnie tak jak u Bergmanna.

Profesor Kader wycina nerkę za pomocą cięcia, mającego kształt poziomo leżącej litery T. Cięcie pionowe zaczyna się mniejwięcej 1—2 ctm. poniżej łuku żebrowego i biegnie w dół na 10—15 ctm. wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha. Od tego cięcia biegnie prostopadle do niego cięcie poziome trochę poniżej 12-go żebra, aż do zewnętrznego brzegu mięśnia krzyżowo-lędźwiowego. Operacyę zaczyna się cięciem pionowem, t. j. zarazem otworzeniem jamy brzusznej. Wprowadzoną ręką badamy skrupulatnie stosunki okoliczne i same nerki, a nabrawszy przekonania i pewności, że nerkę usunąć można, dodajemy cięcie poziome i wyłuszczamy nerkę.

Cięcie profesora Kadera łączy korzyści wszystkich innych: otwierając jamę brzuszną, pozwala ono zbadać dokładnie stosunki anatomiczne, ułatwia usunięcie nerki, dając dobry dostęp ze wszystkich stron, umożebnia usunięcie zrostów, łatwe podwiązanie naczyń, wreszcie pozwala operować na moczowodzie. W razie potrzeby cięcie to daje dostęp także do resekcyi 12-go żebra. W przypadkach, gdzie usunięcie nerki jest wskazanem i dozwolonem, lecz z pewnych powodów np. silnych zrostów, *in toto* jest niemożebnem, z tegoż cięcia po poprzedniem podwiązaniu naczyń i moczowodu można wydostać nerkę zapomocą rozkawałkowania, idei, rzuconej już przez Simona, a wykonanej przez Bergmanna, Tuffiera i innych.



Prof. Kader zmuszony był raz postąpić podobnie w przypadku, dotyczącym 42-letniej kobiety, u której lewa nerka przedstawiała się jako zbiór luźnych strzępów, zrośniętych z otoczeniem i otoczonych ropą.

Tam, gdzie chodzi o zapobieżenie zakażenia otrzewnej, zwłaszcza gruźlicą, można otwór w otrzewnej zaszyć i dopiero wówczas przystąpić do usunięcia nerki zaotrzewnowo. W przypadkach nie przedstawiających żadnych wątpliwości lepiej jest operować odrazu zaotrzewnowo, posługując się jednem z cięć, podanych wyżej. Przy nowotworach uważa prof. Kader jednak za wskazane stosować metodę śródotrzewnową, gdyż zawsze wtedy należy zbadać drugą nerkę.

Nerkę zajętą usuwa profesor Kader wraz z torebką i częścią nerkową otrzewnej, gdyż niebezpieczeństwo nawrotu jest potem mniejsze.

Obawa zakażenia otrzewnej nie wchodzi dziś w rachubę. Po usunięciu nerki można otwartą otrzewnę całkowicie, lub częściowo zaszyć, a resztę wytamponować.

Z zestawienia Schedego (Bonn) wynika, że metoda lędźwiowa daje lepsze wyniki bezpośrednie, niż otrzewnowa.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem:

366 przypadków usunięcia nerek drogą otrzewnej z 33·2% śmiertelności.

723 przypadków usunięcia nerek drogą lędźwi z 22·9% śmiertelności.

Śmiertelność operacyi drogą otrzewnej zmniejsza się jednak stale, pomimo, że jak już wyżej wspomniałem, drogą tą operuje się przeważnie przypadki cięższe i bardziej powikłane. Na 165 przypadków operowanych w ciągu ostatnich 10 lat drogą otrzewnej, umarło 32, t. j. 19·47% śmiertelności; zaś na 365 przypadków drogą lędźwi umarło 62, t. j. 17% śmiertelności (Schede). Jestto różnica minimalna, przemawiająca raczej na korzyść drogi otrzewnowej.

Nerki należą do tych narządów, w których operacya pierwotnych nowotworów bardzo popłaca. Obserwowano brak nawrotu przez 7, a nawet 10 lat, i to przy guzach złośli-

wych (Trendelenburg, Schede, Israel itd.). W literaturze opisanych jest około 330 przypadków wycięć nerek z powodu złośliwych nowotworów[6]. Uderza w nich wielka liczba operacyi u dzieci[7].

Śmiertelność po wycięciu nerek nowotworowo zmienionych wynosi średnio 32% (w ostatnich latach 22%).

Operowano od strony lędźwi 150 razy (28% śmiertelności).

Operowano od strony otrzewnej 171 razy (38% śmiertelności).

Raki, u młodych osób w innych narządach stosunkowo rzadkie, zdarzają się tu w nerkach często. Kümmel zestawił 584 przypadków guzów nerki u dzieci między 1—5 rokiem życia. W wieku tym nowotwory spotykamy najczęściej; później dopiero u ludzi po 30 roku życia, jak to i w naszym opisanym wyżej przypadku miało miejsce.

Nowotwory wrodzone nerek mogą się piętnować wczesnym porostem włosów na wzgórku łonowym i w pasze, tudzież nieprawidłową pigmentacyą skóry (Kühn)?

Nowotwory pierwotne nerek są zwykle jednostronne za wyjątkiem *cystoma multiloculare,* które występuje prawie zawsze obustronnie[8]. Zajęcie nowotworowe obu nerek jest już zwykle wyrazem przerzutów.

Z powodu raka wycięto dotąd nerkę 113 razy (37·5% śmiertelności)[9].

Rozpoznanie nowotworów nerki nie zawsze jest łatwe.

W niejednym przypadku nie można wyczuć nerki zmienionej. Guzy, wychodzące z nadnercza lub górnej powierzchni nerki, niezbyt wielkich rozmiarów, są często schowane pod łuk żebrowy. Guzy większych rozmiarów mogą dawać czasami tak zwany „objaw Guyona“, t. j. balotować przy obmacywaniu nerki. Cechującem też jest dla guzów zachowanie się jelita grubego względem tegoż narządu. Jelito grube przebiega zwykle na dolnej, przedniej powierzchni guza, co wydymaniem od odbytnicy łatwo stwierdzić można. Objaw ten może dać dobre usługi w przypadkach niepewnego rozpoznania.

Dość obfity materyał chorych dozwolił mi zebrać kilka cennych spostrzeżeń i wskazówek, które się z nich nasuwają. W pierwszym rzędzie muszę gorąco poprzeć znieczulenie lędźwiowe tropakainą, które w operacyach nerkowych jest po prostu wskazanem. Pominąwszy nawet wszystkie inne dodatnie strony tej metody, ma ona w operacyach nerkowych racyę bytu, choćby dlatego, że nic nerek nie drażni, czego przecież o chloroformie i eterze powiedzieć nie można.

Środków przeciwgnilnych przy operacyach nerkowych stosować nie wolno, gdyż i one drażnią silnie nerki. Kilkakrotne podanie środków sercowych przed operacyą jest bardzo popłatnem, gdyż skrzepiają serce, które skazane jest często po operacyi na ciężką pracę. Przy wadach sercowych operować wolno. O ile z jednej strony nawet największa operacya nerkowa jest zabiegiem poważnym, lecz dającym w zasadzie dobre rokowanie, o tyle z drugiej strony powinien

[6]) Schmieden: Die Erfolge der Nierenchirurgie. »Deutsche Zeitschrift für Chirurgie«, 62.

[7]) Bossowski: Odczyt na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1901.

[8]) Virchow uważał je za następstwo płodowego śródmiąższowego zapalenia nerki (*Retentionscystom*).

[9]) Statystyka moja zbieraną była przed pół rokiem.

być każdy operator przygotowanym i na to, że nawet i po małym zabiegu może wystąpić bezmocz i mniej lub więcej nasilone objawy mocznicy. Badane nerek przed operacyą powinno być bardzo skrupulatne. Nie powinniśmy sie nigdy zadowalniać badaniem fizycznem i prostym rozbiorem moczu, lub tylko polegać ślepo na wyniku jednej lub nawet kilku prób wydatności nerek, bo i próby te czasem dają fałszywe wyniki. Gdy głębokie zastanowienie się, sumienne badanie, zebranie i logiczne ugrupowanie wyników badania będzie wyrazem ostatecznego postanowienia naszego, wtedy i wyniki będą lepsze.

Nawet w przypadkach, gdzie wszystkie próby badania wydatności nerek wypadną ujemnie, radzą niektórzy nie opuszczać rąk. Rovsing podniósł właśnie tę okoliczność na Zjeździe chirurgów w Berlinie. Wykazawszy na kilku przypadkach, że próby wypadły ujemnie, wspomniał, że mimo to operował szczęśliwie w tych przypadkach, gdyż miał na mocy skrupulatnego badania to głębokie przekonanie, że operować trzeba i można. Kończąc swój odczyt wypowiedział to zdanie: Jeszcze raz przestrzegam, by nie ufać ślepo próbom oceniania wydatności nerek. Nieoperowanie z reguły, wtedy gdy próby wypadną ujemnie, jest korzystnem, ale tylko dla chirurga i jego statystyki, nie zaś dla pacyentów, z których wielka liczba umiera bez pomocy, choć niejeden z nich mógłby żyć, a nawet wyleczyć się.

Musimy przyznać Rovsingowi zupełną słuszność.

Obowiązkiem naszym jest służyć nauce i choremu, a nie sobie.

Lecz i o tem pamiętać należy, że może żaden narząd nie wymaga tyle oględności i rozwagi od chirurga, ile nerka. Względem nerek powinniśmy być przedewszystkiem konserwatystami.

III. Przypadek ropnia pozaoponowego pochodzenia usznego.

Napisał

Dr. R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego w szpitalu izraelickim w Krakowie.

(Dokończenie).

Rozpoznanie po operacyi, które brzmiało: *Pachymeningitis externa suppurativa; abscessus extraduralis post otitidem; encephalitis superficialis circumscripta,* potwierdziło zatem rozpoznanie kliniczne.

Sądzimy, że niektóre uwagi rozjaśniające będą tu na miejscu. Przedewszystkiem co do rozpoznania: Chorego widziałem przed operacyą wprawdzie tylko raz jeden. Jednakże na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego było mi jasnem, że mam przed sobą jedno z powikłań śródczaszkowych zapalenia ucha środkowego. Należało jeszcze bliżej określić rodzaj powikłania. Wynik badania dał nam zbyt mało wskazówek, abyśmy mogli odrazu rozpoznać tę chorobę. Atoli przechodząc z kolei wszystkie znane nam zaburzenia mózgowe, występujące w następstwie chorób usznych, nie było nam trudnem wykluczyć wszystkie inne z mniejszą lub większą pewnością.

Jednem z najczęstszych powikłań mózgowych, wywoływanych przez choroby ucha środkowego, jest zapalenie opon mózgowych. Wywiady i stan chorego pozwoliły od jednego rzutu oka rozstrzygnąć sprawę dyagnostycznie u naszego chorego. Zważywszy, że przez całe dwa lata chory prawie nigdy nie miał większej gorączki, nigdy nie chorował obłożnie, że nie doznawał nudności, ani wymiotów, nie zauważono u niego sztywności karku, ani żadnych innych zaburzeń ruchowych, lub czuciowych, że mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne oczów nie okazywały żadnego zboczenia, któreby zwróciło na siebie uwagę chorego i że przytomność zawsze była prawidłowa, można było chorobę tę wykluczyć z wszelką pewnością.

Zakrzepica i zapalenie zatoki poprzecznej (*thrombophlebitis sinus transversi)*, trwające dłuższy czas, prowadziłyby do przerzutów w innych narządach, a przedewszystkiem w płucach i w stawach, wywołałyby gorączkę z przebiegiem ropniczym, z dreszczami i potami, coby napewno ujść nie mogło uwagi chorego. Tego wszystkiego nie było, jak również nie było nudności przy połykaniu, ani żadnej zmiany przedmiotowej lub podmiotowej wzdłuż żyły szyjnej tak, że i o tej chorobie nie należało myśleć.

Co się tyczy nareszcie ropnia mózgowego, to przedewszystkiem trzeba zauważyć, że tego powikłania nigdy *a priori* wykluczyć nie można. Tak często stwierdzaliśmy istnienie ropnia w stanie utajenia i bez wszelkich objawów przed- i podmiotowych, że nie odważamy się nigdy kategorycznie wykluczać tego cierpienia w podobnych okolicznościach. Jednakże z drugiej strony wobec braku znamion choroby ogniskowej w mózgu, przy braku wszelkich oznak, towarzyszących ropniowi mózgowemu, trudno zaiste było cierpienie to przypuścić, i to tem mniej, że istniejący, aczkolwiek szczupły zbiór objawów, dał się wytłómaczyć w inny sposób, zupełnie zgodnie z wywiadami i z przebiegiem choroby. Mam tu na myśli ropień pozaoponowy, za którym przemawiały: obrzęk rozległy, obejmujący skórę całej lewej połowy czaszki, wielka bolesność kości przy dotyku w tej samej rozległości, wreszcie poprzedzająca choroba uszna i szalone bóle głowy, trwające dłuższy czas, których nasilenie nie odpowiadało zmianom przedmiotowym ze strony narządu słuchowego. Na podstawie tego rozumowania musieliśmy mimo nieznacznych zmian w samym narządzie usznym uczynić rozpoznanie ropnia pozaoponowego. Co do jego umiejscowienia, to obrzęk i bolesność poza wyrostkiem sutkowym i w okolicy wypustu sutkowego *(emissarium mast.)* przemawiały za ropniem w tylnym dole czaszkowym; obrzęk zaś, zajmujący okolicę kości łuskowej — za ropniem w średnim dole czaszkowym. Ważniejszego znaczenia jednak tym objawom pod względem umiejscowienia przypisać nie można, gdyż zdarzają się bolesność i obrzęk poza okolicą wyrostka sutkowego przy ropniu w średnim dole czaszkowym i odwrotnie. W naszym przypadku objawy przemawiały za ropniem rozlanym w tylnym i średnim dole, co przy operacyi stwierdzono. Wprawdzie osłabienie siły mięśniowej prawej kończyny górnej mogłoby zwrócić uwagę na spółcierpienie lewego płatu czołowego mózgu, w którym właśnie znajduje się sfera ruchowa i ośrodki ruchowe dla przeciwnej połowy ciała; jednakże chory o tym objawie przy pierwszem badaniu nic nie wspomniał, lecz dopiero jakiś czas po operacyi, a z powodu krótkiego czasu obserwacyi przed operacyą nie wykonano szczegółowego badania przedmiotowego tak, że na tym objawie przy ustalaniu rozpoznania nie mogliśmy się opierać.

Przyjmując ropienie pozaoponowe, możemy sobie cały przebieg choroby dobrze wytłómaczyć w sposób następujący: przypuszczam, że chory przed dwoma laty przebył ostre zapalenie ucha środkowego *(otit. med. phlegmonosa)*. albo ostry nieżyt ucha środkowego (*otit. med. catarrhalis*), Choroba, szerząc się na otoczenie, pociągnęła za sobą najpierw zapalenie środkowe kości sutkowej. Podczas, gdy w dalszym przebiegu objawy ostre w uchu ustąpiły, sprawa zapalna w kości toczyła się dalej, przenosząc się na wewnętrzną blaszkę kości skroniowej i po jej przebiciu na oponę twardą. Przyczynić się mogła do tego większa odporność i brak przedziurawienia błony bębenkowej. Nie poznana i nie leczona stosownie, szerzyła się sprawa ropna coraz dalej wzdłuż powierzchni zewnętrznej opony twardej i spowodowała przedziurawienie opon mózgowych na ograniczonej przestrzeni, po poprzedniem zrośnięciu się ze sobą na tem miejscu. Najprawdopodobniej istniało także zapalenie żył kostnych, przebiegających między jamą czaszkową, a zewnętrznemi powłokami czaszki W ten sposób możemy zrozumieć ogromne bóle głowy, tak dokuczające choremu, i to nam tłómaczy rozległą puchlinę powłok czaszkowych. Dziwić się tylko wypada, że nie przyszło do ogólnych objawów uciskowych, albo innych objawów mózgowych.

Co do trwania choroby w naszym przypadku, to wywiady nie dają nam pewnych wskazówek. Według podania chorego ból głowy trwał przez cały czas choroby i pogorszył się znacznie przed kilku miesiącami wraz z wystąpieniem obrzęku skóry Z tego, jakoteż ze znacznej obfitości ropienia, należy wnioskować, że choroba ta trwała conajmniej kilka miesięcy.

Cierpienie to, pozostawione same sobie, kończy się czasem samodzielnem wyleczeniem: ropa toruje sobie drogę na zewnątrz przez kość łuskowatą, lub sutkową, jak to było w jednym ogłoszonym przezemnie, a operowanym przez śp. prof. Obalińskiego przypadku (p. „Przegl. lek.“ 1897), albo też drogą wypustu sutkowego, względnie przez przepziurawioną błonę bębenkową. Często jednak pociąga ono za sobą przedziurawienie opony twardej i sprowadza inne powikłania, jak np. ropień mózgu, zapalenie poprzecznej zatoki żylnej, zapalenie miękkich opon mózgowych. W naszym przypadku wobec braku zmian zapalnych zewnętrznych w kości skroniowej, zwłaszcza przy stwardnieniu warstwy korowej kości sutkowej, dalej wobec braku przedziurawienia błony bębenkowej i przy znalezionych zmianach na powierzchni mózgowia nie możnaby było liczyć na takie samoistne wydalenie się ropy na zewnątrz. Przeciwnie, nie ulega wątpliwości, że przy dalszem zaniedbaniu i odwlekaniu operacyi przyszłoby niechybnie do głębszych powikłań, najprawdopodobniej do rozleglejszego rozmiękczenia istoty korowej, do ropnia mózgu, albo do rozlanego zapalenia opon miękkich i do nieuniknionego zejścia śmiertelnego. Otwarcie zatem czaszki było w naszym przypadku podyktowane wskazaniem życiowem i rzeczywiście ocalenie życia chorego tylko operacyi przypisać należy.

Wymienione trudności rozpoznawcze, oraz częstość i niebezpieczeństwo tego powikłania, skłaniają niektórych autorów (Grunert, Körner, Heiman, Jansen i in.)

do przystąpienia odrazu do otwarcia czaszki w przypadkach, w których do przebiegu ropnego zapalenia usznego dołącza się gorączka, bole w okolicy potylicznej, lub skroniowej, zwłaszcza jeżeli równocześnie dają się wykluczyć inne przyczyny, szczególnie zatrzymanie ropy, i jeśli zwykle środki przeciwzapalne i miejscowe zostają bez skutku. Gdzie zatem rozpoznanie przyrody i siedziby powikłania nie może być napewno uczynione, należy myśleć o tem, że ropień pozaoponowy stanowi najczęstsze powikłanie śródczaszkowe chorób usznych. Jansen znalazł je cztery razy częściej, niż zakrzep i zapalenie zatoki żylnej; 28 razy częściej, niż ropień mózgu, a pięć razy częściej w tylnym dole czaszkowym, niż w przednim.

Zasługuje jeszcze na uwagę fakt, że powikłanie w naszym przypadku przyłączyło się do choroby usznej nie ropnej. Aczkolwiek przypadki zapalenia wyrostka sutkowego i ropnych powikłań czaszkowych po nieropnych zapaleniach usznych i bez przedziurawienia błony są znane (Heiman, Zaufal, Wendt), to przecież nie są one częste. Przypadek nasz stanowi zatem, jak sądzę, pouczające wzbogacenie ubogiej pod tym względem statystyki. Nierzadko też można spostrzegać, że zasadnicza ostra choroba uszna prędko się goi i krótszy lub dłuższy czas po całkowitem jej wyleczeniu występują objawy, wskazujące na zajęcie wyrostka sutkowego, lub na powikłanie śródczaszkowe, jak to miało miejsce w przytoczonym, a przez śp. prof. Obalińskiego operowanym przypadku. Zaufal, Leutert i inni uważali, że dwoinki (dyplokoki) mogą po wyleczeniu podstawowego zapalenia usznego otorbić się w jamie wyrostka sutkowego i pozostawać tam w utajeniu, aż do chwili wywołania w dogodnych do tego warunkach zapalenia kości skroniowej, lub innych powikłań.

Wspomniane wyżej zboczenie mowy, stwierdzone w tej chorobie, znajduje swoje wytłómaczenie w zmianach, znalezionych wśród operacyi w korze mózgowej, i może być uważane jako objaw κατ' ἐξοχήν ogniska chorobowego w mózgu. Daje się ono określić jako *„aphasia motorica transcorticalis partialis„* (Wernicke); przyczyny jej szukać należy w uszkodzeniu drogi kojarzennej między ośrodkiem ruchowym mowy w trzecim zwoju czołowym, a ośrodkiem ideacyi, czyli innymi ośrodkami zmysłowymi i ruchowymi kory mózgowej (patrz „Przegl. lek." 1903, Nr. 1, 2, 3, 4). Bardzo ciekawą i dziwną wydawać się musi ta okoliczność, że zjawisko to wystąpiło dopiero w jakiś czas po operacyi, już po wydaleniu ropy i po oczyszczeniu jamy mózgowej, a zatem po zmniejszeniu ucisku śródczaszkowego, podczas gdy przez całe 2-letnie trwanie choroby nigdy czegoś podobnego nie zauważył chory, ani jego otoczenie. Zjawisko to jest w istocie dziwne: wytłómaczenie jego omówię na innem miejscu, w pracy mojej: „Choroby uszne, a zboczenia mowy", dlatego na tem miejscu ograniczam się na samem tylko zaznaczeniu tych szczegółów, jako bardzo ciekawych i dość rzadkich.

Że przypadkowo przy operacyi znaleziony zakrzep zatoki żylnej nie zdradził się żadnymi objawami, nie powinno to nas dziwić. Skrzep był świeży, dobrotliwy, nie był zakażony, lub ropiasty, a więc nie dał powodu do rozniesienia cząstek zakażonych po ciele drogą naczyń krwionośnych: żeby zaś do tego wobec dalszego zwlekania z operacyą w krótkim czasie przyjść musiało, jest rzeczą jasną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ludwig Schweinburg: **Handbuch der allgemeinen und speciellen Hydrotherapie für Studierende und Aerzte.** (*Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann*, 1904).

Pod powyższym tytułem wyszło świeżo dzieło o 280 str. w 8-ce, obejmujące z bardzo nieznacznymi brakami całokształt wodolecznictwa według dzisiejszego stanu tej nauki, z uwzględnieniem kąpieli elektrycznych, wodnych i świetlnych, oraz kąpieli nasycanych bezwodnikiem węglowym.

Autor, lekarz naczelny znanego wielu naszym rodakom zakładu leczniczego w Zuckmantel (Śląsk austryacki), omawia w części ogólnej fizyologiczne zasady działania zabiegów wodoleczniczych, oraz sposób ich wykonania. Liczne i starannie wykonane ryciny ułatwiają znakomicie poznanie poszczególnych zabiegów, oraz odnośnych przyrządów. Jako nowość w dziale zabiegów wodoleczniczych podnieść muszę ustęp o t. zw. „kinetoterapeutycznych kąpielach" według pomysłu Leydena i Goldscheidera, łączących działanie lecznicze wody przez jej ciepłotę z leczeniem mechanicznem przez odpowiednie ruchy z oporem, wykonywane w kąpieli. Własność fizyczna cieczy, iż ciało zanurzone w niej traci wiele ze swego ciężaru, a więc że np. kończyna zanurzona w wodzie staje się łżejszą i nawet przy osłabionych mięśniach sprawniejszą do ruchów czynnych, z drugiej zaś strony opór wody, jako środka ruchu, spożytkowano tu bardzo sprytnie do celów mechanoterapii.

Część szczegółową, zawierającą opis zastosowania wodolecznictwa w różnych chorobach, począwszy od zakaźnych gorączkowych, kończy bardzo cenny dodatek Dra Oskara Frankla o zabiegach wodoleczniczych w chorobach kobiecych i położnictwie, oraz o pielęgnowaniu noworodka, rzecz bardzo mało dotąd uwzględniana w tego rodzaju dziełach.

Dzieło w całości odznacza się wielką znajomością przedmiotu i piśmiennictwa jego, oraz jasnością wykładu. Za ujemną jego stronę, jako podręcznika, uważam brak krótkiego choćby zarysu dziejów wodolecznictwa, jaki znajdujemy np. w „Hidroterapii" Smoleńskiego, z któregoby czytelnik, zwłaszcza kształcący się, mógł zaczerpnąć dowodów często tak potrzebnych wśród zbałamuconego naszego społeczeństwa, że n. p. nie ks. Kneipp „wynalazł" wodolecznictwo. Bo w istocie jest ono dorobkiem wielu stuleci i pokoleń, począwszy od starożytności odległej, a w dorobku tym przeważną, lepszą część należy zawdzięczać zawodowym, uczonym lekarzom. *Dr. Jan Regiec.*

V. Wyciągi.

Behm. **Niepowściągłe wymioty ciężarnych i nowa teorya o istocie tej choroby.** (*Arch. für Gyn.* Tom 69, Zeszyt 2, 1903). Wyleczenie bardzo ciężkiego zakażenia połogowego wlewaniami do odbytnicy fizyologicznego roztworu soli kuchennej naprowadziło autora, ze względu na niektóre wspólne objawy (tętno, pragnienie, ogólne osłabienie) do wypróbowania tego sposobu leczenia w jednym bardzo ciężkim przypadku niedających się powściągnąć wymiotów u 19-letniej pierwiastki w 4 miesiącu ciąży. Chora wymiotowała pokarmy płynne i stałe w dzień i w nocy i straciła na wadze w ciągu 5 tygodni 25 funtów. Tętno było drobne, szybkie, zmienne, do 120 na minutę; pragnienie nie dające się ugasić, cuchnienie z ust. Gorączki nie było, ani też białka w moczu; w narządzie rodnym stosunki prawidłowe, histeryę można było stanowczo wykluczyć. Stosowano wszystkie możliwe leki i poddawanie, lecz bezskutecznie tak, że w celu ratowania życia chorej pozostawało tylko wzniecenie poronienia. Po zastosowaniu wspomnianych wlewań skutek był wprost zdumiewający. Wymioty ustały, dokuczliwe pragnienie ustąpiło, tętno stało się pełniejsze, a już po kilku dniach mogła chora przyjmować pokarmy stałe. Charakterystycznem było to, że po zaprzestaniu wlewań nudności napowrót występowały, a po wznowieniu ich wymioty zupełnie ustępowały tak, iż nie ulegało

wątpliwości, że te wlewania miały tu znaczenie lecznicze, a nie sugestywne. Z końcem 5-go miesiąca ciąży zaprzestano regularnych wlewań — i nudności więcej nie wystąpiły. We właściwym terminie kobieta ta urodziła zdrowe dziecko, 10 minut jednak po porodzie wystąpiły napady drgawek porodowych, utrzymujące się dwa dni, poczem zupełnie ustąpiły i chora wyzdrowiała. Od tego czasu miał autor jeszcze pięć razy sposobność leczenia takich nadmiernych wymiotów opisaną metodą, zawsze ze świetnym wynikiem. Wszystkie 6 kobiet (5 pierwiastek i jedna wieloródka) znajdowały się w 2—4 miesiącu ciąży, u wszystkich części rodne okazywały stosunki prawidłowe i można było na pewno wykluczyć histeryę. Wskazując na znaczenie lecznicze tych wlewań, omawia autor krytycznie wszystkie dotychczasowe teorye o istocie tej choroby. Większość uważa ją jako nerwicę odruchową, żołądkową, wychodzącą z części rodnych, względnie jako objaw histeryi. *Ex juvantibus* sądzi autor, że przyczyna tych nadmiernych wymiotów leży we krwi ciężarnych i tylko w ten sposób można sobie wytłómaczyć znakomite działanie wlewań rozczynu soli kuchennej, które przepłókując niejako krew i podnosząc działanie narządów wydzielniczych: jelit, nerek i gruczołów potnych, usuwają toksyny, krążące we krwi. Pytanie, skąd one się tam biorą? Okoliczność, że z chwilą opróżnienia jamy macicy wymioty zwykle ustępują, nakazuje szukać źródła tego matczynego zatrucia ustroju w jaju płodowem i to nie, jak niektórzy sądzą, w wytworach przemiany materyi samego płodu, ale w jego częściach obwodowych, t. j. w łożysku i w błonach płodowych; za tem przemawia też tak wczesne wystąpienie wymiotów, kiedy więc o wpływie produktów samego płodu nie może być mowy. W ostatnich czasach wielu autorów zwróciło uwagę na regularne pojawianie się we krwi ciężarnych komórek syncytyalnych, a nawet całych kosmków (zapalenie nerek i drgawki); ta, rzec można, fizyologiczna intoksykacya komórkami „syncytyalnemi“ stoi niewątpliwie w związku ze zwykłą, również fizyologiczną u ciężarnych „emesis gr.“. Że wymioty te występują już tak wcześnie i trwają tylko do pewnego okresu ciąży, poczem same zupełnie ustępują, tłómaczy autor sposobem ustalenia się jaja w macicy. W pierwszych bowiem tygodniach ciąży wytwarzają się kosmki na całej powierzchni jaja, a opłókująca je krew, porywając ich nabłonki, zanosi do krwiobiegu. W miarę postępu ciąży i wytwarzania się łożyska, zanika znaczna część kosmków, a nabłonki ich syncytyalne dostają się wówczas całemi masami do krwi matki. Jestto istotnie czas (3—5 m. c.), kiedy zwykła „emesis gr.“ potęguje się z czasem do „hyperemesis“. Z chwilą zupełnego wytworzenia się łożyska (5—6 m. c.), gdy już wszystkie inne kosmki znikły z powierzchni jaja płodowego, ustają też zwykle wymioty same przez się. Autor uważa więc nadmierne wymioty ciężarnych, jako następstwo intoksykacyi krwi, wychodzącej z obwodowych części jaja, najprawdopodobniej natury „syncytyalnej“; wszystkie zaś inne czynniki, które uważano jako samoistną przyczynę tego cierpienia, należy uważać za czynniki przypadkowe, przyczyniające się do szybszego wystąpienia choroby, cięższego przebiegu i dłuższego trwania, nawet i w II. połowie ciąży i po opróżnieniu macicy. Do tych czynników przypadkowych należą: choroby mózgowe, nerkowe, przewodu pokarmowego, otrzewnej, macicy i jej przydatków, blednica, histerya. Zdaje się, że trucizna ta, wytwarzająca się może wskutek jakiegoś procesu chemicznego komórek „syncytyalnych“, a wywołująca chorobę, działa na cały układ nerwowy, a specyalnie na ośrodek wymiotny. W końcu omawia autor technikę wlewań. Zrana stosuje się lewatywę wypróżniającą, poczem chorą układa się na bok i wsuwa ostrożnie i możliwie wysoko do kiszki stolcowej zgłębnik elastyczny, połączony wężem gumowym z koneweczką, napełnioną rozczynem 0·6% soli kuchennej, ogrzanym do 28—30° C. Koneweczkę należy trzymać najwyżej 1 metr nad łożem chorej, by uniknąć zbyt silnego ciśnienia płynu. Przy zbytniej drażliwości jelit można dodać do rozczynu 15 kropel nalewki makowca. Jeżeli chora przy wpuszczaniu rozczynu odczuwa parcie na stolec, zniża się koneweczkę poniżej łoża; wskutek tego uspokaja się ruch robaczkowy jelit, poczem można znowu koneweczkę podnieść. Jeżeli przy zniżaniu rozczyn zanieczyści się kałem, należy go zmienić; w ten sposób obniżając i podnosząc koneweczkę, można najłatwiej wprowadzić do kiszki litr rozczynu, który ustrój w sobie zatrzymuje; czas trwania jest rozmaity, od kilku minut do dwóch godzin; trzeba więc mieć dużo cierpliwości. Powtarzając ten zabieg co dwie godziny, można w ciągu dnia wprowadzić do ustroju 4—6 litrów. W ten sposób postępuje się codziennie 1—4 tygodni, zależnie od stanu choroby. Zwykle po kilku już wlewaniach stan się poprawia. Rozumie się, że te same czynniki przypadkowe, o których wyżej była mowa, należy leczyć osobno i równocześnie. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kundrat. **O rozszerzeniu się raka szyjki macicy na tkankę okołomaciczną.** (*Archiv für Gyn.*, Tom 69, Zeszyt 2, 1903). Korzystając z bardzo obszernego materyału, jakim, szczególnie pod tym względem, rozporządza oddział ginekol. prof. Wertheima, studyował autor stosunki na preparatach otrzymanych po doszczętnej operacyi sposobem Wertheima. Operacyi tej dokonano 150 razy, z czego przypada 80 na raka szyjki macicy. Zawsze starano się wyjąć całą tkankę przymaciczną i możliwie wszystkie gruczoły sąsiednie. Każdy z tych preparatów pooperacyjnych poddał autor bardzo dokładnemu badaniu makro- i mikroskopowemu; nic więc dziwnego, że ciężka ta i bardzo żmudna praca, w przebiegu której autor przeglądnął 21.000 preparatów drobnowidowych, trwała trzy lata. Wyniki są następujące: Tkanka przymaciczna była zajęta obustronnie 19 razy, jednostronnie 25 razy (6 po prawej, 19 po lewej stronie); czyli na 80 przypadków raka szyjki macicy znaleziono zajęcie tkanki przymacicznej 44 razy = 55%. Przy tej sposobności zauważono, że tylko mikroskop może rozstrzygnąć o zajęciu tkanki; pokazało się bowiem niejednokrotnie, że tkanka przymaciczna twarda i naciekła była często wolną, a miękka, na pozór zdrowa, w wysokim stopniu zajętą. Okoliczność ta nakazuje wielką ostrożność przy ocenianiu możliwości operowania danego przypadku; palec bowiem badający może znaleźć tkankę przymaciczną twardą aż do samych ścian miednicy i orzeka przypadek jako nie nadający się do operacyi, podczas gdy ona może być zupełnie wolną od utkania rakowego. I tak oznaczono tkankę przymaciczną klinicznie jako naciekłą 11 razy tam, gdzie mikroskop zupełnie nie wykazał raka. Wertheim odnosił to zjawisko do obrzęku tkanki w następstwie przeszkody w krążeniu. Zdaniem autora oporność tkanki przymacicznej niezajętej spowodowaną jest zmianami w naczyniach, a mianowicie zgrubieniem ich ścian, czasem aż do zupełnego zamknięcia światła, nie rozstrzyga autor jednak, czy te zmiany należy odnieść do raka, czy do przebytego zapalenia. Zmiany te ważne są także z tego względu, że stanowią niejako ochronę przeciw dostaniu się raka do krwiobiegu, a stawiając mu opór, nie pozwalają na szybkie rozszerzenie się choroby. To też i tu znaleziono 14 razy bardzo daleko posuniętego raka macicy, mimo że tkanka przymaciczna była wolną. Co się tyczy gruczołów limfatycznych, to one nie zawsze muszą być zajęte; w 22 przypadkach, gdzie nawet tkanka przymaciczna po obu stronach była zajętą, gruczoły były wolne; na odwrót było 8 przypadków, gdzie gruczoły były zajęte, a tkanka przymaciczna wolna. Trzy typy zauważył autor, według których rak się rozszerza: albo przechodzi on „in continuo“ z szyjki na tkankę przymaciczną, stanowiąc niejako jeden guz rosnący (17 przypadków), albo sprawa ogranicza się tylko do szyjki, ale tworzy przerzuty w gruczołach lub naczyniach limfatycznych, nawet dość odległych od źródła choroby (9 przypadków), albo wreszcie przydarzają się kombinacye obu powyższych typów. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Blumenthal i Rosenfeld. **O powstawaniu indykanu w ustroju zwierzęcym.** (*Charité-Annalen* XXVII, S. 46, 1903). Podczas gdy do niedawna ogólnie przyjmowano, że indykan stale tylko przy gniciu się tworzy, przyczem powstaje z indolu, starają się rozmaici autorowie dowieść obecnie, że indykan może także powstawać z rozpadu tkanek. Otrzymywano więc indykanuryę po wstrzykiwaniach w małej ilości kwasów siarkowego i szczawiowego; w tych doświadczeniach atoli nie były wykluczone krwotoki kiszkowe, które mogły były wywołać procesy gnicia w jelitach. Autorowie wykazali, że u głodzonego królika powstawała indykanurya, potęgująca się w czasie trwania głodu. W doświadczeniach tych krwotoki kiszkowe były wykluczone, treść zaś jelitowa nie zawierała indolu. Również nie udało się wykazać indolu w narządach królika. W ten sposób zyskują autorowie dowód, że indykan, przynajmniej u królika, nie musi powstawać z indolu. W dalszych doświadczeniach wywoływali autorowie u królika przez wstrzykiwanie: florydzyny indykanuryę, idącą w parze ze zwiększonem wydzielaniem azotu; z doświadczeń tych wyciągają oni następujące wnioski u głodzonego królika indykan nie powstaje w przewodzie pokarmowym z indolu; powtóre florydzyna wywołuje wraz z rozpadem białka indykanuryę, której brakowało u tych zwierząt, u których zatrucie florydzyną nie potęgowało wydzielania azotu. Dalszem zadaniem autorów będzie znaleźć w przewodzie pokarmowym, względnie w tkankach ustrojowych, ciało macierzyste dla indykanu, wydzielającego się u głodzonych królików, względnie zatrutych florydzyną.
Orzechowski.

A. Heiman (Warszawa). **O stosunku ucha do t. zw. sfery nosowo-płciowej u kobiet.** (*Gazeta Lek.*, Nr. 38, 1903). Autor leczył kilka panien w wieku 18—27 lat, cierpiących na uporczywe bole ucha bez wykazalnej przyczyny. Najróżnorodniejsze środki lekarskie pozostały bez skutku. Gdy jedna chora zwróciła mu uwagę na istniejącą równocześnie miesiączkę, zbadał H. jej nos, gdzie znalazł mocne obrzmienie obu muszli dolnych, po znieczuleniu których 20% rozczynem kokainy bole ucha się zmniejszyły.

Próba ta kilkakrotnie powtórzona usunęła bole zupełnie. Po przypaleniu dolnych muszli galwanokauterem chora została zupełnie wyleczona i równocześnie ustały bole brzucha, towarzyszące miesiączce. W dwóch innych przypadkach autor osiągnął tensam skutek po przypaleniu muszli dolnych i przegrody kwasem trójchlorooctowym. We wszystkich trzech przypadkach obrzmienie błony śluzowej muszli dolnej odpowiadało stronie bolu ucha, jak w przypadkach Hauga. Natomiast w kilku przypadkach nerwobolu ucha z innej przyczyny pomazywanie obrzmiałych muszli dolnych 20% roztworem kokainy nie odniosło żadnego skutku. Stąd autor wyprowadza wniosek, że „dodatni wynik kokainizacyi ma takąsamą wartość dla ucha, jak dla narządów płciowych, t. j. jeśli bole ucha ustępują po znieczuleniu kokainą muszli dolnych i przegrody, mamy bezwarunkowo do czynienia z zaburzeniami sfery nosowo-płciowej; jeśli zaś otrzymujemy wynik ujemny, należy szukać przyczyny bolów gdzieindziej. H. sądzi, że w przypadkach, gdzie przyczyna bolów ucha określoną być nie może, próbę tę należy zawsze wykonywać. Zdaniem autora uzyskaliśmy w tej metodzie sposób nowy i doskonały usuwania bolów ucha w zależności od sfery płciowej, cierpienia, jak wiadomo, bardzo dotkliwego i trwającego często przez czas dłuższy. *Spira.*

Karschulin. **Pęknięcie woreczka żółciowego przy upadku z wysokości.** (*Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Chory upadł z wysokości 4 mtr., zemdlał, a dopiero po pięciu godzinach wrócił do przytomności, przyczem poczuł silny ból w głowie i w brzuchu. Badanie wykazało brzuch wzdęty, dość twardy; w górnych tylko częściach wypuk był bębenkowy, zresztą wszędzie na brzuchu przytłumiony. Oddawanie kału nieco spóźnione, kał prawidłowej zbitości i barwy. Przez nakłucie brzucha wydobyto siedem litrów żółtaczkowo zabarwionego, początkowo rzadkiego, później nieco gęstszego płynu, którego badanie wykazało obecność barwików żółciowych, kryształków cholestearyny, białka, indykanu i skąpej ilości ciałek białych. Na mocy tego rozpoznano pęknięcie woreczka żółciowego i przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej. Jelita były mocno pozlepiane między sobą i z przednią ścianą brzucha tak, że się wytworzyła formalna przestrzeń postaci torbielowatej, w której znajdowała się tylko wątroba, bardzo zmniejszona, wysunięta ku górze wraz z przeponą aż do IV-go żebra. W woreczku żółciowym był otwór, drożny dla palca; szczypczykami chwycono jego brzegi, wyciągnięto i wszyto kilkunastu szwami w ranę brzuszną, do woreczka zaś wprowadzono sączek w postaci rurki grubości palca. Po 14 dniach zmniejszyła się ilość wydzielanej żółci, po siedmiu tygodniach przetoka została zupełnie zgojoną. *B. Żmigród.*

Gejman. **Odruchowy wpływ błony śluzowej jamy ustnej na ślinianki.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 17). Badając w pracowni profesora Pawłowa (Petersburg), wpływ drażnienia różnych części błony śluzowej jamy ustnej na czynność ślinianek, przekonał się G., że przetwory chemiczne wywołują odruchowo wydzielanie śliny tylko w razie drażnienia błony śluzowej języka, zwłaszcza jego podstawy, w mniejszym zaś stopniu przedniej części i dolnej powierzchni. Substancye o smaku gorzkim i słodkim wywołują, wbrew innym przetworom chemicznym, wydzielanie śliny prawie wyłącznie przy drażnieniu tylko podstawy języka. Bodźce chemiczne działają odruchowo przeważnie na gruczoł podszczękowy, w mniejszym stopniu na gruczoł podjęzykowy. Ślinianka przyuszna oddziaływa tylko na przetwory silnie działające. Na drażnienia cieplne najczulszymi okazały się dolna warga i podstawa języka, następnie podniebienie miękkie, warga górna, przednia część języka i podniebienie twarde, najmniej czułymi zaś są policzki. Drażnienia, sprawiające ból, wywołują odruchową wydzielinę śliny ze wszystkich części jamy ustnej z wyjątkiem policzków. Na bodźce mechaniczne najczulszem okazało się podniebienie miękkie, podstawa i górna powierzchnia języka; mechaniczne drażnienie policzków nie sprowadza wydzieliny śliny. Wszystkie drażnienia przenoszą się zapomocą nerwów językowego i językowo-gardlowego; wpływ nerwu językowego nie ogranicza się tylko do przedniej części języka, lecz rozprzestrzenia się i na jego podstawę. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Berlizheimer i Mayer. **Dwa przypadki tężca ostrego.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 42). Przy stosowaniu surowicy przeciwtężcowej wymaga Behring, by leczenie rozpocząć w 30 godzin po rozpoznaniu pierwszych objawów tężca i by dawka jednorazowa wynosiła przynajmniej 100 jednostek przeciwjadowych. Lecz mnożą się coraz częściej przypadki, które mimo spełnienia tych wymagań kończą się śmiercią; to też Bacelli zachwala dobre wyniki swojej metody leczenia tężca podskórnemi wstrzykiwaniami kwasu karbolowego (do 0·60 dziennie), która daje tylko 5·6% śmiertelności, czego jednak inni autorowie również nie potwierdzają. B. i M. donoszą o dwóch przypadkach ostrego tężca, leczonych surowicą, z których pierwszy został ocalony, a drugi zakończył się śmiercią.

Chora, która, jak się potem pokazało, przed 14 dniami upadła w ogrodzie na grzbiet i głowę bez żadnego zranienia, zachorowała wśród bolu głowy, wymiotów i wogóle zadrażnienia opon mózgowych tak, że przez dwa dni rozpoznanie zapalenia opon było prawie pewne. Dopiero wieczorem drugiego dnia wystąpiły typowe napady kurczów drgawkowych i tężcowych, do których na drugi dzień przyłączył się jeszcze wyraźny szczękościsk i uśmiech sardoniczny, wogóle obraz ciężkiego tężca bez podniesienia ciepłoty. Chora prócz wodnika chloralu w lawatywach po 2 grm. i podskórnych wstrzykiwań morfiny po 1—2 ctgm., dostała tego dnia podskórnie 250 jednostek uodparniających w 50 grm. płynu; następnego dnia dwie takiesame dawki i wieczorem trzeciego dnia czwartą dawkę, poczem bardzo powoli wracała do zdrowia; piętnastego dnia po pierwszem wstrzyknięciu śród dreszczów, wysokiej gorączki i swędzenia wystąpiła silna osutka, podobna do odrowej, na całem ciele, bole w stawach, obrzęki na ciele, znaczna ilość białka i wałeczki w moczu, któreto objawy po sześciu dniach ustąpiły.

Drugi przypadek dotyczył trzynastoletniego chłopca, który, przejechany przez tramwaj elektryczny, odniósł ranę na potylicy i zmiażdżenie stopy lewej w pobliżu stawu Lisfranca. Następnego dnia wykonano nieco atypową operacyę Lisfranca, poczem chory miał się względnie bardzo dobrze; rany na głowie i poamputacyjna goiły się prawidłowo, kiedy wieczorem dziewiątego dnia po doznanym urazie zaczął się skarżyć na bole gardła przy łykaniu i na drugi dzień wystąpiły wszelkie objawy tężca. Jeszcze popołudniu i wieczorem tego dnia dostał on dwie dawki surowicy Behringa po 100 jednostek przeciwjadowych, rana okazała się czystą. Na drugi dzień stan był jeszcze gorszy, wieczorem wstrzyknięto 100 jednostek przeciwjadowych po dokonanem w uśpieniu nakłóciu Quinckego do jamy opony twardej, lecz napady nie ustały, ciepłota, z początku prawidłowa, poszła gwałtownie w górę i chory zakończył życie w nocy; ciepłota w odbytnicy wzmogła się po śmierci do 41·0°. Wprawdzie śmiertelność przy podskórnem leczeniu surowicą przeciwtężcową wynosi 71%; musimy jednak wobec zupełnej bezskuteczności każdego innego leczenia, tę metodę zalecać; lecz należy wstrzykiwania podskórne i śródoponowe stosować jeszcze tego samego dnia. *Dr. Fels.*

Dr. P. Wulff. **W sprawie samoistnych krwawień z nerek.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 29). Mężczyzna 46 lat liczący, obciążony dziedzicznie gruźlicą i rakiem, już przed 7 laty oddawał przez dwa miesiące krwawy mocz. Obecnie krwawi już od 8 miesięcy. Klinicznie prócz wysokiego stopnia niedokrwistości, nic patologicznego nie można stwierdzić. Cystoskopem przekonano się, że pęcherz jest w stanie prawidłowym, a z prawego moczowodu spływa krew. W moczu: erytrocyty, białko w ilości odpowiadającej zawartości krwi, brak wałeczków itd. Ponieważ krwawienie nie ustawało, a zły stan ogólny nie pozwalał dłużej czekać, odsłonił W. nerkę prawą. Ani na powierzchni, ani na przekroju, jak niemniej i w samej miedniczce nie stwierdził żadnej zmiany patologicznej. Zdecydował się zatem na razie na zeszycie nerki i pozostawienie jej na miejscu. Kiedy jednak po 8-miu godzinach znalazł opatrunek krwią przesiąknięty, nerkę wyciął. Po trzech dniach mocz się oczyścił i chory wyzdrowiał. Podczas mikroskopowego badania nerki znaleziono zanik pojedynczych kłębuszków przybrzeżnych, nieco wałeczków szklistych, tu i ówdzie między wałeczkiem, a nabłonkiem kanalików małe kryształki, zresztą brak jakichkolwiek zmian w tkance miąższowej i śródmiąższowej. Ponieważ jednak zanik pojedynczych kłębuszków przybrzeżnych u ludzi w średnim wieku zdarza się bardzo często, a wałeczki bez równoczesnych zmian w nabłonku uważać należy za następstwo nefrotomii, wykonanej przed 8-miu godzinami, więc sądzi autor (nic o owych kryształkach nie wspominając), że w tym przypadku krwawienie miało miejsce z „narządu całkowicie zdrowego". W końcu wyklucza W. zmiany w moczowodzie, któreby mogły być źródłem krwawienia, które ustało w trzy dni po operacyi i odtąd nie powtórzyło się. *Herman.*

Prof. Dr. Jordan. **Przyczynki do objawów późnych kiły dziedzicznej.** (*Münchener med. Wochenschr.* 1903, Nr. 31). Dla praktyki nadzwyczaj ważną jest wiadomość, że kiła dziedziczna pojawia się niekiedy poraz pierwszy późno, w 10—25 roku życia, ograniczając się ściśle do jednej okolicy, lub jednego stawu. Zmiany te bardzo często uważane bywają za gruźlicze. Jako przykład przytacza J. przypadek obustronnego obrzęku kolan u oficera 22-letniego, leczonego długi czas bezskutecznie na sprawę gruźliczą, która ustąpiła szybko i bez śladów pod wpływem leczenia swoistego. Rozpoznanie w tym przypadku opierało się na 1) braku zwykłych czynników etyologicznych; 2) na obustronności cierpienia i wahaniu w natężeniu objawów; 3) na małej bolesności zajętych stawów i w parze z tem idącem bardzo nieznacznem upośledzeniem funkcyi, — wreszcie 4) na niewątpliwych datach wywiadowczych.

Drugie spostrzeżenie, tyczące 5-letniego chłopca, również ze zmianami w stawach kolanowych, różni się o tyle od poprzedniego, że tu kości stawowe były wyraźnie zgrubiałe. Miąższowe zapalenie rogówek, które wybuchło już po zmianach w stawach, naprowadziło na właściwe rozpoznanie. Leczenie swoiste dłuższy czas stosowane konsekwentnie, doprowadziło do pomyślnego wyniku. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kołbasenko. **Okłady wyskokowe.** (*Prakticzeski Wracz* 1903, Nr. 9). Okłady robi się w ten sposób: chorą okolicę ciała pokrywa się gazą, napojoną 70% do 95% wyskokiem, poczem nakrywa się papierem naparafinowanym, lub płótnem nawoskowanem. Delikatną i wrażliwą skórę lub rany należy wprzód pokryć proszkiem kseroformu, lub maścią kseroformową. Okłady te działają przedewszystkiem znieczulająco, jak długo okład jest wilgotny; po wyschnięciu bolesność wraca. To znieczulające działanie sięga daleko w głąb tkanek; stąd pożytek tych okładów w zapaleniach tkanki okołomacicznej, gruczołów szyjnych i t. p. Dalszą stroną dodatnią tych okładów jest zdolność powstrzymywania ropienia w jego rozwoju, albo łagodzenia nasilenia. *O.*

Moczopędne działanie teocyny. (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 20, 1903). Dr. Stross podaje wyniki, które osiągnięto na wewnętrznym oddziale wiedeńskiego szpitala powszechnego przy stosowaniu teocyny. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż moczopędne działanie jest silniejsze, niż teobrominy i kofeiny; działanie występuje też szybciej z powodu większej rozpuszczalności tego przetworu w wodzie. Podawano teocynę w 50 przypadkach, głównie w puchlinach, wywołanych chorobami sercowemi i nerkowemi. Ponieważ teocyna działa już w małych dawkach, nie stosowano nigdy szczególnie wielkich i dawano pierwszeństwo powolnemu odprowadzaniu przesączyny przed nagłem. Podawano 0·6—0·9 dziennie, podzielone na 2—3 proszki. Teocyna sprowadza nieprzyjemne objawy uboczne, jak nudności, wymioty, niepokój, ból głowy, bezsenność. Najlepiej podawać przedpołudniem 0·2—0·3 trzy razy dziennie, a ostatnią dawkę po obiedzie. Nigdy nie należy zażywać naczczo. Gdy chorzy nie znosili teocyny, łączono ją z 0·5 hedonalu, lub z kilku kroplami nalewki makowca i wilczej jagody w równej ilości, co często łagodziło dolegliwości. Wskazania są tesame, co dla przetworów teobrominy wogóle. Najskuteczniej działała teocyna w obrzękach zastoinowych; najlepiej zaś znosili ją chorzy w proszkach: *Rp. Theocini* 0·25—0·30
Extr. Belladon. 0·005—0·01, 2—3 razy dziennie.
Obok działania moczopędnego występują i obfite wypróżnienia, które przyczyniają się do usunięcia obrzęków. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w stwardnieniu tętnic wieńcowych serca, występowały napady padaczkowate, lecz czy w związku przyczynowym z teocyną, autor nie może rozstrzygnąć, ponieważ zdarzają się one wogóle w stwardnieniu tętnic wieńcowych serca. *Baschkopf.*

Arystol w rynologii i otologii. (*Die Heilkunde.* Zeszyt 7, 1903). Arystol, proszek czerwony, bardzo łatwo dający się rozpylać, nawet w większych dawkach nie działa trująco. Dr. Em. Fink twierdzi, że zastosowanie arystolu w rynologii i otologii przypisać należy jego własności zmniejszania wydzieliny błony śluzowej. W zanikowej przewlekłej formie nieżytu nosa i gardła wynik z tego leczenia był zawsze bardzo dobry, zwłaszcza jeśli wprzód należycie oczyszczono błonę śluzową zapomocą rozpylania 2—3 r. dz., roztworu: ½ łyżeczki *spirit. saponato-kalin.* na 300 grm. wody; wdmuchiwany następnie arystol działa bezpośrednio na błonę śluzową. Choćby jak bardzo uporczywym i przenikliwym był smród przy ozenie znika on wnet po zastosowaniu arystolu. Oczywiście arystol nie działa w „ozena luetica". Natomiast przewyższa co do pewnego, szybkiego działania wszystkie dotychczasowe leki w tak zw. „rhinitis nervosa" czyli „vasomotorica", do której też zalicza się gorączkę sienną. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 lutego 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 39.

I. Przewodniczący, wynurzając żal po stracie śp. kol. Stahlbergera, b. sekretarza Tow. lekarskiego lwowskiego, wzywa obecnych, aby powstaniem z miejsc uczcili pamięć przedwcześnie zmarłego.

Następnie przedstawia kolegów: Leszczyńskiego, Brühla i Sękiewicza jako gości.

Wyjaśnia członkom, żądającym pokwitowania przy wpłacie wkładek z roku zeszłego, że kwitów tych wskutek zamknięcia rachunków ze względów buchalteryjnych wydawać nie można.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: R. D. Rydygier, Trzcieniecki, Szymański i Sieradzki, który doradza, by wydawano osobne pokwitowania przy spłacaniu zaległych wkładek.

II. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej:

1) Chorego 24-letniego z objawami tocznia żrącego błony śluzowej podniebienia i lewego migdałka bez objawów tejże choroby na powłokach zewnętrznych.

2) Chorego 60-letniego z owrzodzeniem gruźliczem podostrem zajmującem cały bok i grzbiet języka po stronie lewej i lewy łuk. U chorego tego wykazano stare zmiany gruźlicze w płucach.

3) Chorego 10-letniego z objawami tocznia żrącego na I palcu ręki lewej.

4) Chorego 44-letniego z objawami twardzieli nosa, leczonego poza kliniką przez dłuższy czas wcieraniami szaruchy.

5) Chorą 29-letnią z objawami rozpadłego kilaka, zajmującego wargę sromną większą prawą i wzgórek łonowy na przestrzeni dłoni dziecka.

6) Chorą 11-letnią z objawami kilaka podniebienia twardego z następowym ubytkiem kości podniebienia twardego na przestrzeni grochu.

Kol. Łukasiewicz zwraca uwagę, że często w dzieciństwie nabyta kiła daje powód do mylnego później rozpoznania kiły dziedzicznej, przytaczając przypadek obserwowany w klinice, gdzie u dziecka 4-letniego pierwotna zmiana powstała na brodzie.

Dyskusya: Kol. Obtułowicz przytacza przypadek kilaka u panny 16-letniej, u której wywiadami udało się wykazać zakażenie w 2-gim roku życia.

III. Kol. Wątorek miał wykład p. t.: »Mechanizm 3-go okresu porodu. Cz. I«. (Przeznaczone do druku).

W *dyskusyi* zabierają głos koledzy: Hojnacki, Kadyi, Wątorek, Uhma, Skałkowski, Schramm, Mars i Szulisławski.

Kol. Hojnacki występuje przeciw odczytywaniu prac. Odpada w ten sposób zazwyczaj dyskusya dla spóźnionej pory. Czyni wniosek, by na następnem posiedzeniu poddać pod głosowanie, czy członkowie zgadzają się, aby prelegenci wygłaszali swe spostrzeżenia jak najtreściwiej. *Dr. J. Świątkiewicz* sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 lutego 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 64.

I. Przewodniczący oznajmia, że wniosek kol. Hojnackiego (w sprawie zniesienia odczytów) dopiero po regulaminowem traktowaniu może być poddany pod głosowanie.

Kol. Gluziński zwraca się do zarządu z wezwaniem o regularne wysyłanie protokołów posiedzeń i obszerniejsze sprawozdania.

Kol. Przewodniczący odczytuje pismo Tow. lekarskiego galicyjskiego w sprawie zaległych wkładek, wzywając zarazem członków Towarzystwa do wyrównania zaległości.

Kol. Festenburg, wskazując na brak funduszów przy udzielaniu zapomóg wdowom i sierotom po zmarłych lekarzach, popiera wezwanie kol. Przewodniczącego.

Kol. Przewodniczący odczytuje pismo Wydziału gospodarczego Zjazdu lekarzy polskich na rok 1904. W myśl uchwały zarządu czyni kol. Przewodniczący wniosek, by delegatem Tow. lekarskiego lwowskiego wybrać kol. Stachiewicza. Wniosek przyjęto.

II. Kol. Machek wykłada »O zastosowaniu leczniczem jekwiritolu Römera i surowicy jekwiritolowej«, wyrabianych przez Mercka. Przedstawia następnie kilku chorych z łuszczką suchą, leczonych dawniej wszystkimi dotąd znanymi sposobami, u których zastosowano w końcu jekwiritol. Bystrość wzroku poprawiła się znacznie, a w jednym przypadku 20-krotnie. (Wykład ukaże się w druku).

Kol. Machek przedstawia dwa przypadki podwinięcia rzęs (*trichiasis*) z czółenkowatem wygięciem chrząstki, operowanych własnym sposobem, polegającym na przecięciu chrząstki i założeniu szwu mate-

racowego. Tym sposobem operowano w klinice w ciągu 2 lat 50 przypadków. (Opis operacyi okaże się w druku).

Dyskusya: Kol. Sieradzki, zaznaczając, że jekwiritol należy do działu toksalbuminów w rodzaju jadu węży, zwraca uwagę na długotrwałą odporność *(immunitas)* po użyciu tego środka.

Kol. Bednarski omawia dawkowanie jekwiritolu.

Kol. Bylicki zwraca uwagę, czy nie możnaby wobec niebezpieczeństwa użycia jekwiritolu stosować go tylko ściśle miejscowo, ustalając przedtem gałkę oczną.

Kol. Bałłaban spostrzegał najlepsze wyniki przy łuszczce tkankołącznowej. Wobec surowicy jekwiritolowej środek ten nie jest tak niebezpieczny. Miejscowo ściśle nie można go stosować, gdyż działanie byłoby zbyt skoncentrowane.

Kol. Szulisławski, uznając stosowanie jekwiritolu w przypadkach łuszczki, podnosi znakomity wynik operacyi, wykonanej u chorej celem usunięcia podwinięcia rzęs (*trichiasis*).

III. Kol. Ziembicki G.: »O odpowiedzialności lekarskiej wobec śmierci wśród uśpienia narkotycznego«.

Prelegent, otrzymawszy w sprawie osobistej zupełną satysfakcyę, wysnuwa konsekwencye ogólno-lekarskie w sprawie stosunku lekarzy do prasy i publiczności. W razie śmierci podczas uśpienia, wskutek nieoględnych i przekraczających granicę dziennikarstwa wiadomości, alarmuje się i wywołuje panikę wśród publiczności. W innych krajach za rozsiewanie fałszywych, a szkodzących stanowi lekarskiemu wiadomości pociągniętoby dziennik do odpowiedzialności. Należałoby wymódz u prasy, by zasięgała informacyi u dotyczącego lekarza lub w Izbie lekarskiej. Z drugiej strony należałoby chorego, czy też jego otoczenie więcej przygotować na niebezpieczeństwo, jakie uśpienie chloroformowe za sobą pociągnąć może.

Dyskusya.

Kol. Uhma zapytuje, dlaczego w myśl uchwały z przed kilku lat nie podaje się uwiadomień o posiedzeniach naukowych Tow. lek. lwowskiego do dzienników politycznych? Powinno się umieszczać szczegółowe sprawozdanie i nie otaczać tajemnicą. Przytacza ustęp z »Kuryera lwowskiego«, tłómaczony z podręcznika lekarskiego, w którym autor niemal zawsze obwinia lekarza w razie śmierci usypianego. Ustęp ten mógł tylko lekarz umieścić i uczynił źle, bo jednostronnie. Izba lekarska powinna w takich razach umieszczać sprostowanie.

Kol. Przewodniczący objaśnia, że uchwała ogłoszeń posiedzeń odnosi się li tylko do tytułów i uwiadomienia takie do dzienników podawane będą.

Kol. Sieradzki objaśnia sprawę znieczulania narkotycznego z punktu prawnej odpowiedzialności, zwraca przytem uwagę, że dowieść winy w razie śmierci wśród znieczulenia niepodobna, uchylając oczywiście wypadki z nieostrożności jak: udławienie się sztucznymi zębami itd.

Kol. R. D. Rydygier jest przeciwny ogłaszaniu sprawozdań w dziennikach politycznych. Na to są wydawnictwa naukowe. Może za wiele jest tych »wiadomości lekarskich« w dziennikach. Co do usypiania to jest ono zawsze niepewne i uniewinni każdego lekarza z wyjątkiem zaniedbań, wywołujących uduszenie się chorego sztucznymi zębami lub tytoniem (przy żuciu). Bagatelizować go jednak nie wolno i w wielu wypadkach lekarz w sumieniu swem może być winien. Pociąganym do odpowiedzialności powinien być tylko usypiający, a nie operujący. Zbyteczne stronienie przed używaniem chloroformu uważa za złe.

Kol. Mayer sądzi, że nie tylko w sprawie usypiania chloroformem, ale i przy użyciu innych środków, jak morfiny, sprawa odpowiedzialności jest ważna. Zwraca uwagę, że lekarzy sądzą w takich razach sędziowie niekompetentni, nie znający się na rzeczy, a od wyroku odwołania niema. Powinno się starać, by nie wolno było wyrokować sędziom, zanim Wydział nie wyda opinii w tej sprawie.

Kol. Gluziński A. nie sądzi, by stosunki się poprawiły z umieszczeniem sprawozdań w dziennikach. Rozgłos, jaki towarzyszy w tego rodzaju wypadkach, ma dwojaką przyczynę. Raz, że zdarzył się w domu prywatnym, a po drugie — wina to lwowskich stosunków. Aż nadto fachowe pojawiają się wiadomości w dziennikach. Zmieńmy się sami, a takie artykuły, jak w »Kuryerze«, nie ukażą się.

Kol. Obtułowicz i kol. Sołowij popierają zdanie kol. Gluzińskiego.

Kol. Gońka wspomina o uśpieniu gazem rozweselającym.

Kol. Sieradzki omawia odpowiedzialność wobec sądu, sumienia i nauki.

Kol. Stroynowski popiera zdanie kol. Mayera o kompetencyi Wydziału w razie odpowiedzialności przed sądem.

Kol. Ziembicki sądzi, że odpowiedzialnym jest i usypiający i operujący. Co do stosunku z dziennikarstwem, chodzi mu tylko o *modus virendi*, o zapobieżenie wiadomościom, jako senzacyjnym wypadkom dziennikarskim.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia z powodu spóźnionej pory. *Świątkiewicz*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 45.

I. Kol. R. D. Rydygier L. przedstawia 1) chorego, u którego wykonał resekcyę szczęki górnej z powodu mięsaka tejże szczęki.

2) Chorego z nowotworem rozpadającym się, zajmującym całą lewą szczękę górną i oko lewe. Mimo sprawy chorobowej tak daleko posuniętej uważa przypadek ten jako nadający się do operacyi.

3) Chorego po operacyi raka odbytnicy, u którego prócz odbytnicy wycięto część gruczołu krokowego wraz z odpowiednią częścią cewki moczowej i szyjką pęcherza. Chory, liczący lat 26, ma się dobrze.

Prelegent zwraca uwagę na względną częstość schorzenia rakowego u osobników młodych. Przed kilku miesiącami operował raka odbytnicy u chłopaka 9-letniego. Prelegent omawia sposoby operowania raka odbytnicy.

Dyskusya.

Kol. Ziembicki G. podwiązywał w kilku przypadkach przy resekcyi szczęki górnej tętnicę szyjną dotwarzową *(carotis externa)*. Zabieg ten zmniejsza krwotok, nie pociągając za sobą złych następstw. W wyjątkowych przypadkach uważa zabieg ten za wskazany.

Kol. R. D. Rydygier zgadza się w zasadzie z tem zapatrywaniem. Sam operował zawsze bez podwiązywania tętnicy szyjnej dotwarzowej i nie zauważył znaczniejszych krwotoków. Nie godzi się na podwiązywanie tymczasowe, czy tętnicy szyjnej dotwarzowej, czy wspólnej. Zna przypadek, gdzie wskutek mimowolnego podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej, mimo natychmiastowego zdjęcia podwiązki, wystąpiły drugiego dnia zatory w mózgu.

II. Kol. Herman przedstawia chorego po operacyi nowotworu sieci. (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. Słęk przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki chirurgicznej z objawami opadnięcia żołądka i nerek. Górna granica żołądka sięgała na palec powyżej pępka, dolna na 3 palce poniżej. Dziesiąte żebro ruchome. Nerka prawa leżała w miednicy wielkiej, górna granica jej znajdowała się na palec poniżej pępka. Granica górna nerki lewej była na wysokości pępka. Żołądek przyszyto sposobem Biera trzema szwami; nerki cięciem Simona przyszyto z obu stron sposobem Obalińskiego. Chora ma się dobrze. Jest to jedyny przypadek, znany w literaturze, przyszycia obu nerek jednokrotnym zabiegiem.

IV. Kol. Merunowicz (j.) przedstawia chorą z objawami tętniaka tętnicy głównej piersiowej zstępującej. Wywiady wykazują, że miał miejsce uraz, zadany w klatkę piersiową w miejscu powstania zmiany.

Dyskusya: kol. Mars stosował w przypadkach tętniaka tętnicy macicznej ucisk z czasowo dobrym wynikiem. Po zaprzestaniu ucisku guz znowu się powiększył.

Kol. Pisek przytacza doświadczenia Gołubina z Moskwy, robione w kilkunastu przypadkach. Stosowano tam wstrzykiwania żelatyny. Wynik był lichy.

Kol. Gluziński A. przypomina, że przed 3 laty ogłoszono wyniki, przeprowadzone w klinice lekarskiej we Lwowie z wstrzykiwaniami żelatyny. Poprawy nie widział i nawet przy krwotokach odstąpił od tego sposobu leczenia wobec ogłoszonych kilku przypadków tężca, powstałego po wstrzyknięciu. Co do chorej przedstawionej, nie nabrał przekonania, czy tętniak wychodzi z aorty zstępującej. Brak tu objawów ucisku na nerw błędny i oskrzela.

Kol. Schramm wspomina o sposobie leczenia tętniaków zapomocą wprowadzenia drutu (do 30 stóp) cienkiego, przez który przepuszcza się prąd elektryczny. Chodzi tu, tak jak i przy stosowaniu żelatyny, o wytworzenie skrzepu. Przy krwotokach polecają podawanie żelaty w lewatywach.

Kol. R. D. Rydygier nie bałby się wstrzykiwać żelatyny, przestrzegając wskazań aseptyki. Wyników dodatnich przy wstrzykiwaniach nie widział.

V. Dalszy ciąg dyskusyi w sprawie: »O odpowiedzialności lekarskiej w razie śmierci wśród uśpienia narkotycznego».

Kol. Schramm uznając konieczność stosowania chloroformu, jest przeciwny uprzedzaniu chorych o niebezpieczeństwie, mogącem wyniknąć z zastosowania chloroformu Odpowiedzialność ciąży w pierwszym rzędzie na operatorze. Wobec niepewności działania chloroformu odpowiedzialnym musi być lekarz tylko wtedy, gdy mu się stanowczy błąd udowodni.

Kol. R. D. Rydygier czyni odpowiedzialnym usypiającego, gdyż po 1) jest lekarzem, a po 2) operujący nie jest w stanie uważać na sam akt usypiania.

Zdaniem kol. Barącza odpowiedzialność przy usypianiu narkotycznem spada tylko na usypiającego. Doświadczenie codzienne poucza, że objawy duszenia się i omdlewania przydarzają się najczęściej lekarzom niedoświadczonym w tym zabiegu, stosującym środek do uśpienia użyty nieoględnie i że przy ostrożnie stosowanem usypianiu objawy te występują rzadko. Tak środek użyty do znieczulenia, jak i ilość tego środka należy indywidualizować, zależnie od wieku chorego, wyniku badania płuc, serca i nerek, zależnie od przyzwyczajenia chorego do napojów wyskokowych i t. p. Tylko doświadczony potrafi ocenić, jak należy w danym przypadku znieczulać. Dlatego uważa kol. Barącz zwyczaj używania stałych »narkotyzerów», wprowadzony w Anglii i Ameryce, jako korzystny dla operującego. Niema on wtedy odpowiedzialności w razie nieprzyjemnych następstw znieczulania.

W dalszej dyskusyi zabierają głos koledzy: Meyer, Ehrlich i Łukasiewicz.

Kol. Mars dzieli odpowiedzialność między operującego, a stosującego chloroform.

Kol. Stroynowski w myśl kol. Mayera przemawia za ewentualnem rozstrzygnięciem sprawy przez Wydział lekarski (w razie odpowiedzialności sądowej.

Kol. Obtułowicz wyjaśnia, że w razach wątpliwych sąd wzywa kwalifikowanych rzeczoznawców.

Kol. Ziembicki zwraca uwagę na przestrzeganie skrupulatniejszego badania tętna. Co się tyczy ratowania w zwyczajnem duszeniu się, to i po 2 godzinach udawało się odratować chorego. Gorzej w przypadkach, gdzie po pierwszych wdechach tętno spada. Kocher radzi wtedy wstrzykiwać rozczyn soli. Na wyrabianie się specyalistów do usypiania nie godziłby się. Byłoby wskutek tego mnóstwo lekarzy, nie umiejących używać chloroformu, a trdno mieć wszędzie specyalistę na zawołanie.

VI. Przewodniczący przedstawia wniosek kol. Uhmy. Część I brzmi: uprosić Izbę lekarską, by w przypadkach, kiedy prasa wystąpi z zarzutem przeciw lekarzowi, na życzenie tegoż sprawę zbadała i wynik swego badania opublikowała.

Przyjęto. *Dr. J. Świątkiewicz*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Das Sanitätswesen in Bosnien und der Hercegovina 1878—1901. *Mit 2 Abbildungen und 2 Karten. Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina. Sarajevo. Landesdruckerei*, 1903, stronic 437.

(Dokończenie).

Sprawozdanie zastanawia się też nad trybem życia Bośniaków. Głównem ich pożywieniem jest chleb kukurydziany lub pszeniczny, w okolicach mniej urodzajnych owsiany, lub jęczmienny, dalej mleko, szczególnie kwaśne, u majętniejszych mięso baranie, lub kozie. W pożywieniu ważne miejsce należy się czarnej kawie; tytoń i śliwowica (rakija, mehka šljiva) cieszą się wielkiem użyciem. Stosując się do przepisów Koranu, mahometanie unikają zwykle napojów wyskokowych, przynajmniej wina; mniej nabożni uważają piwo i rakiję za dozwolone. Mieszkania Bośniaków przedstawiają się jako nędzne chałupy bez podłogi z desek; zamiast komina służą otwory w dachu; okienka małe, zwykle papierem zalepione; przewietrzanie odbywa się przez otwieranie drzwi, jeśli wogóle nie żal drogocennego ciepła. W małym „pokoju“ — sit venia verbo — mieszka często 10—15 osób, suszy się w zimie bielizna, przebywają przez noc także zwierzęta domowe (owce, barany, cielęta i t. d.). Naturalnie takie niehigieniczne mieszkania mogą się stać łatwo gniazdem chorób zakaźnych. Niemniej niehigienicznem jest pielęgnowanie dzieci. Matki karmią niemowlęta piersią do trzeciego, nawet czwartego roku (aby zapobiedz ponownemu zastąpieniu), przytem pomagają sobie chlebem, owocami, skutkiem czego powstają częste nieżyty jelit i wielka śmiertelność noworodków. Uderzająco znaczny przyrost ludności tłómaczy się nadzwyczajną płodnością. Zwyczaje i wierzenia wpływają również niekorzystnie na zdrowie. Tyczy się to głównie niewiast mahometańskich. Dziewczęta wychodzą za mąż bardzo wcześnie, często już w 13—14-tym roku życia tak, iż słabsze i mało rozwinięte nie mogą, jako matki, pokonać szkodliwych następstw częstych porodów i wieloletniego karmienia. Zamknięte przeważnie w dusznem mieszkaniu, pozbawione świeżego powietrza i ruchu, zapadają turczynki często na niedokrewność, choroby macicy, rozmiękczenie kości i gruźlicę płuc. Do tego przyczynia się nieprzezwyciężona obawa pokazywania ciała lekarzowi, co uniemożliwia badanie i wykonanie potrzebnych zabiegów.

Powszechnie dziś zaprowadzonego obowiązkowego oglądania zmarłych niema z powodu oporu mahometanów, wynikającego znów z przepisów religijnych. Według Koranu nie śmie nawet własny mąż widzieć zmarłej żony, ponieważ ze śmiercią ustaje łączność małżeńska, a mąż wobec swej żony jest wtedy obcym. Taksamo nie wolno oglądać zwłok męskich, co najwyżej dolną tylko połowę ciała z wykluczeniem części płciowych. Koran nakazuje też jak najszybsze pochowanie zwłok. Szczególnie sprzeciwiają się muzułmanie obdukcyi. Oględziny zmarłych obecnie następują tylko w przypadkach śmierci nagłej podczas epidemii, w razie podejrzenia o popełnioną zbrodnię i z polecenia sądowego.

Zwyczaje, przestrzegane przy grzebaniu zwłok, są pod względem higienicznym z różnych powodów szkodliwe. Tak przepisy rytualne, jak i lęk przed zmarłymi zabraniają dłuższego zatrzymania zmarłego. Mahometanie i żydzi hiszpańscy grzebią swych zmarłych już w kilka godzin po śmierci, o ile możności jeszcze przed zachodem słońca. Jeżeli to szybkie pochowanie jest ze względu na brak trupiarni w wielu miejscowościach korzystnym czynnikiem higienicznym, to z drugiej strony umożebnia ono pogrzebanie żywcem, wobec braku obowiązkowego oglądania zmarłych. Bez względu na chorobę, która była przyczyną śmierci, zwłoki bywają u wszystkich wyznań myte, szczególnie staranne u muzułmanów. Ci zwykle kładą zawinięte w płótna zwłoki na mary i przenoszą jaknajszybciej do dżamii (meczetu), a po odprawieniu tu modlitw przenoszą natychmiast na cmentarz. Brak właściwego pochodu pogrzebowego i mały współudział w pogrzebie u muzułmanów należy ze stanowiska higienicznego uznać za korzystny. Mahometanie nie używają trumien; zwłoki wkłada się do dołu 1—1½ metrów ledwie głębokiego, pokrywa się przekątnie deskami i ziemią tak, iż pod deskami pozostaje przestrzeń, powietrzem wypełniona, w której spoczywają zwłoki. Żydzi grzebią również bez trumien. Ortodoksi i katolicy chowają zmarłych w trumnach.

Cmentarze mahometańskie zakładano zawsze w środku osady, w pobliżu dżamii. Do ostatnich czasów utrzymał się u muzułmanów zwyczaj grzebania na gruntach prywatnych. Rozumie się, iż rząd obecny uregulował tak czas grzebania zmarłych, jak i cmentarze, przyczem władze musiały bardzo ostrożnie postępować, by nie obrazić religijnych uczuć i tradycyi muzułmanów.

W rozdziale VI sprawozdanie zajmuje się ostremi chorobami zakaźnemi (epidemie). Uderza tu rozdział o ospie; choroba ta od wieków grasuje w Bośni i Hercegowinie i zabierała nieraz więcej ofiar, niż wszystkie inne epidemie razem wzięte. Ludność uważała ją przed okupacyą za zwykłe zjawisko, nawet za chorobę nieuniknioną. Prawie każdy Bośniak przebywał w młodości ospę, a liczba starszych, zeszpeconych bliznami poospowemi, jest uderzająco wielką. Niemałą część oślepnięć, utraty słuchu, różnych zniekształtnień należy położyć na karb ospy. Termin, w którym ospa utraciła swoją cechę epidemiczną, względnie wygasła, przypada dokładnie na czas, w którym poddano ludność ogólnemu ochronnemu szczepieniu krowianką. Cóż na to powiedzą przeciwnicy szczepienia ochronnego ospy? Przeciw błonicy zarządzono powszechnie leczenie surowicą przeciwbłoniczą, jeżeli lekarz nie spotka sprzeciwienia się ze strony rodziny. Stosuje się też w Bośnii surowicę przeciwbłoniczą zapobiegawczo. Odsetek śmiertelności u chorych błoniczych, nieleczonych surowicą = 43—66%, u leczonych surowicą = 6—11%. Epidemie duru brzusznego również często się tu przydarzały, do czego bardzo przyczyniły się cysterny, dostarczające Bośniakom wody do picia, w wysokim stopniu zanieczyszczonej wszelkimi możliwymi odpadkami.

Z przewlekłych chorób zakaźnych należy przytoczyć w pierwszym rzędzie kiłę („frenjak“), która nadzwyczaj była częstą. Za-

każenie następowało rzadko przez spółkowanie, najczęściej było ono pozapłciowem, przyczem błona śluzowa jamy u-tnej wielką odgrywała rolę, a w przenoszeniu się choroby pośredniczyły naczynia, używane podczas jedzenia i picia, fajki i tureckie „nargileh“, krążące od ust do ust. Bardzo często spotkać się też można było z strupieniem woszczynowym, szczególnie u muzułmanów; prof. Neumann z Wiednia twierdzi, że niema prawie kraju, w którymby tak często stwierdzić było można tę chorobę, jak w Bośnii i Hercegowinie. Przyczyny, przynajmniej u muzułmanów, znowu należy szukać w zwyczajach religijnych. Pobożni Turcy, podobnie jak pobożni żydzi, golą sobie głowę kilka razy w roku; domorosły golarz posługuje się brzytwami brudnemi, nadto jeszcze tępemi. kaleczącemi skórę, które obok nieczystego ręcznika i wspólnego dla wszystkich mydła przenoszą chorobę. Przyczynia się też niedostateczna pielęgnacya skóry głowy, bo Turek rzadko lub prawie nigdy nie odkrywa głowy. Pomijając inne przewlekłe cierpienia, wspomnę o chorobie, naszym lekarzom mało znanej: o trądzie. W dawniejszych czasach przydarzał się trąd często, obecnie tylko sporadycznie. Po okupacyi lekarze podejrzywali w wielu przypadkach tę chorobę, pewności nabyto dopiero, gdy Neumann przy sposobności podróży naukowej, wśród 800 badanych chorych stwierdził 8 przypadków trądu guzowatego. Do końca 1901 roku stwierdzono 251 przypadków trądu, z których 37 już umarło. Urzędom i lekarzom nakazano donosić o każdym przypadku, a szczególną zwracać uwagę na postacie guzowate, o ile zaraźliwość tej postaci powiększa się po pęknięciu guzów. Ze względu na wielką zaraźliwość trądu, który przenosić można ubraniem, naczyniami, służącemi do jedzenia i picia, pościelą, bielizną, a przedewszystkiem opatrunkami chorych, zarządzono dokładne odkażanie, a nawet, o ile to wykonalne, palenie tych przedmiotów. Godzi się tu wspomnieć o wieloletnich skrzętnych badaniach Dr. Glücka nad trądem w ogólności, a w Bośnii i Hercegowinie w szczególności. Jedną z jego prac rozesłał rząd okupacyjny wszystkim lekarzom w kraju, a lekarz serbski Dr. Mičić przetłomaczył ją na język serbski z polecenia swego rządu, który rozesłał ją jako pouczenie o trądzie wszystkim lekarzom praktykującym w Serbii.

Inną rzadką chorobą, którą we własnej praktyce mało lekarzy miało możność spostrzegać, jest rumień lombardzki (pellagra, scorbutus alpinus, mal del sole, lepra italica, raphania maisitica itd.). Gdy w r. 1897 stwierdzono sześć przypadków tej choroby, zwrócili lekarze na nią baczną uwagę, ponieważ w kraju istniały te samo warunki do jej rozwoju, jak w państwach europejskich, w których panuje ona endemicznie, jak n. p. we Włoszech, północnej Hiszpanii, południowej Francyi, Rumunii, Bukowinie itd.

Wól jest w krajach zajętych chorobą endemiczną.

Ciekawym jest też rozdział sprawozdania, poświęcony opisowi kontroli sanitarno-policyjnej nad bośniacko-hercegowińskimi muzułmanami, odbywającymi pielgrzymkę do Mekki. Koran zaleca każdemu wyznawcy islamu przynajmniej raz w życiu odbyć pielgrzymkę do Mekki, do „Kaaby“. Tu stykają się bośniaccy mahometanie z pielgrzymami, w których ojczyźnie stale grasuje cholera i dżuma. Skutkiem tego pielgrzymki te stanowią rokrocznie powracające niebezpieczeństwo dla Europy i były przedmiotem narad kilku międzynarodowych konferencyi sanitarnych, w których brał udział i rząd bośniacki przez swych delegatów. Rząd zorganizował bośniackich pielgrzymów w jeden zastęp. Gdy wracają z Mekki, wysyła się naprzeciw nich lekarza rządowego, który rozciąga opiekę nad zdrowiem pielgrzymów aż do powrotu do kraju. Misya bośniacko-hercegowińskich lekarzy, towarzyszących wracającym pielgrzymom, jest uciążliwą, połączoną z wielu niebezpieczeństwami i wielce odpowiedzialną. Energii tych lekarzy należy zawdzięczyć, iż dotychczas udało się zapobiedz zawleczeniu chorób zakaźnych do kraju.

Bardzo pouczającym jest rozdział: „opieka nad obłąkanymi“. Władze otomańskie rzadko się troszczyły o umysłowo chorych; pozostawiano ich losowi i bito, gdy popełniali wybryki. Niektórych mahometańskich obłąkanych współwyznawcy uważali za świętych. Dotkniętych szałem ludność, szczególnie chrześciańska, poczyta za „opętanych przez szatana“. Gdy który popadł w szał, wiązano go, puszczano krew z okolicy ciemieniowej i zaprowadzano, — stosownie do wyznania, — do duchownego, który nad nim odmawiał modlitwy, dawał „zapisi“ do noszenia na szyi. Księża katoliccy czytywali przytem egzorcyzmy. Zajmującą jest rzeczą, iż wyznawcy różnych religii przypisywali nawzajem swym kapłanom i przykazaniom wiary moc uzdrawiającą. Mahometanie i ortodoksi zwykli byli także prowadzić swych „męczenników“, t. j. obłąkanych, do kościołów katolickich lub innych miejsc świętych, w których oczekiwali wyleczenia. Jeżeli w obłąkanie popadł człowiek bogaty i stał się niebezpiecznym, odwożono go, co prawda w rzadkich przypadkach, do zakładu dla obłąkanych w Konstantynopolu lub do zakładu w Austryo-Węgrzech, ponieważ w kraju takiego zakładu nie było, a właściwie i teraz jeszcze niema. Po okupacyi wystarał się rząd, by na jego koszt przyjmowano obłąkanych Bośniaków do zakładu peszteńskiego, później kroackiego. Po otwarciu nowego szpitala krajowego w Sarajewie zamieniono stary szpital turecki (Vakufspital) na stacyę obserwacyjną dla obłąkanych.

Ostatni rozdział poświęca Sprawozdanie źródłom mineralnym i zdrojowiskom, których znaczna liczba odznacza się szczególnemi własnościami leczniczemi, a rozbiór chemiczny prof. E. Ludwiga wykazuje silną mineralizacyę tych wód. Źródeł mineralnych jest 85 w Bośnii i 3 w Hercegowinie. Głównie znane są cieplice siarczane w Ilidże przy Serajowie; dalej szczawa, zawierająca sól glauberską, w Kiseljaku i wiele innych; źródła witryolowe, zawierające żelazo i arszenik w Srebrenicy (coni guber, mala kiselica, velika kiselica, covena rijeka, stara voda itd.). W okolicy, w której teraz znajduje się miasteczko Srebrenica, już za czasów rzymskich była siedziba urzędnika „procurator metallorum“ i oddawna używała ludność miejscowa tych wód mineralnych przeciw chorobom ocznym, bólom głowy, brakowi łaknienia, świerzbowi i innym chorom skórnym. Wiedeńscy profesorowie polecają gorąco wodę Gubera z powodu łatwej jej strawności; Glück doniósł też o leczeniu trądu zapomocą tych źródeł.

Streszczając powyższe uwagi, zaczerpnięte ze „Sprawozdania“ rządu bośniacko-hercegowińskiego, obejmującego pokaźny tom o 437 stronicach, można twierdzić, iż z porównania stosunków zdrowotnych, jakie Austrya przy okupacyi napotkała, ze stanem obecnym, każdy słusznie wysnuje wniosek, iż gdyby rząd okupacyjny prócz wzorowej organizacyi służby zdrowia nic więcej nie był zdziałał, jużby sobie przez to samo zasłużył na wielką wdzięczność ludności bośniacko-hercegowińskiej, na uznanie wszystkich bezstronnych ludzi.

Kończąc nasze sprawozdanie ze „Sprawozdania“, z wielkiem zadowoleniem zaznaczamy, iż w „Sprawozdaniu“ rządowem chlubnie zostały zapisane między lekarzami nazwiska kilku pracowników polaków, jak Leopolda Glücka, obecnie kierownika szpitala sarajewskiego, który zasłynął także poza granicami kraju, jako pierwszorzędny leprolog, dalej Justyna Karlińskiego, wytrawnego bakteryologa, Romana Wodyńskiego, prosektora szpitala sarajewskiego. *Dr. Baschkopf.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po oddaniu czci ś. p. prof. Brodowskiemu przez kol. przewodniczącego, miał odczyt kol. Dr. Spira p. t.: „Choroby uszne i zaburzenia mowy“.

Z Sejmu. W sprawie zakładów dla obłąkanych, rozszerzenia istniejących i zbudowania nowych, Komisya sanitarna złożyła Sejmowi »Sprawozdanie« o przedłożeniach Wydziału krajowego w tej sprawie i poczyniła wnioski, które W. Sejm zatwierdził. Osnowa tego »Sprawozdania« jest następująca:

Podług urzędowych dat statystycznych za rok 1902 znajduje się w kraju obłąkanych w ścisłym słowa znaczeniu, nie wliczając w to osób umysłowo niedołężnych i matołków, 4.968, czyli 0.69‰ ludności. Z tego przypada na wschodnią połać kraju 3.011, czyli 0.65‰, a na zachodnią 1.957, czyli 0.73‰. Z całej tej liczby 4968, było w roku 1902 umieszczonych w zakładach zaopatrzenia 167 osób, czyli 3·3%; umieszczonych w szpitalach było osób 2.151, czyli 43·%; pod opieką zaś rodzin, względnie gmin, pozostawało 2.650 osób, czyli 53·3% wszystkich obłąkanych. Liczby te świadczą aż nadto dobrze o tem, co i ile w tym kierunku zdziałać należy. Smutniej jeszcze przedstawiają się te stosunki, jeżeli uwzględnimy całą liczbę umysłowo chorych, znajdujących się w kraju, gdyż liczba ta wynosi z górą 8.000 osób, a więc odsetkowe liczby chorych nieumieszczonych wzrosną w dwójnasób i odsetek ten nieumieszczonych wynosi w rzeczywistości 73%, czyli, że umieszczonych jest tylko 27%.

Statystyka innych krajów wykazuje, że nie wiele więcej nad połowę ogólnej liczby obłąkanych pozostawać może na wolności bez obawy o bezpieczeństwo publiczne. Takich zatem będzie u nas około 4.000. Z pozostałej połowy można przyjąć około 1.500 osób, które tylko czasowo potrzebują leczenia w zakładzie. Reszta jednak obłąkanych, około 2.500 osób, powinna znaleść w zakładach stałe umieszczenie.

Obecnie posiadamy w kraju dwa zakłady dla obłąkanych: w Kul-

parkowie i Krakowie. Zakład kulparkowski, urządzony pierwotnie na 560 łóżek, mieścił w r. 1902 przeciętnie 876 chorych dziennie, czyli w przecięciu o 316 więcej, aniżeli było miejsca. W szpitalu krakowskim, urządzonym pierwotnie na 70 łóżek, bywa dziennie przeciętnie 140 chorych, a liczba ta dochodzi czasami do 160! Tu napomknąć jeszcze należy, że stosunki te zmieniają się z każdym rokiem na gorsze.

Rzecz niemal nie do uwierzenia — i łatwo wysnuć stąd wnioski, jakie stosunki panować muszą w tych zakładach, pomimo wszelkiej gotowości ze strony Wydziału krajowego w zaradzeniu złemu i mimo wszelkich wysiłków ze strony lekarzy, zajętych w tych szpitalach. O właściwem klinicznem i psychiatrycznem leczeniu prawie że mowy niema i lecznice te schodzą do rzędu zakładów wprost detencyjnych. A jeżeli od czasu do czasu słyszeć się dają okrzyki oburzenia w kraju z powodu smutnego jakiegoś wypadku z chorym w jednym czy drugim szpitalu, to raczej dziwić się należy, że wypadków tych jest tak nie wiele, wobec panujących tam stosunków, przejmujących wprost grozą. Szpitale nasze, nawet jako zakłady detencyjne, nie mogą uczynić zadość potrzebie, gdyż mają ponad 53% umysłowo chorych, potrzebujących koniecznie opieki szpitalnej, a dla braku miejsca opieki tej pozbawionych.

Sprawa o zaradzenie złemu toczy się już od szeregu lat, a ostatecznym wynikiem prac przygotowawczych w tym kierunku jest przedłożone Wysokiej Izbie sprawozdanie Wydziału krajowego z 5. września 1903. w którem Wydział krajowy przedstawia dwie alternatywy: 1. Przeistoczenie obecnego głównego gmachu w Kulparkowie i budowę nowych pawilonów na gruntach Kulparkowa z ogólnem pomnożeniem liczby łóżek o 500. 2. Przebudowę obecnego głównego gmachu i budowę dwu pawilonów z ogólnem pomnożeniem łóżek o 200 w Kulparkowie, z równoczesnem zakupnem pałacu w Krystynopolu na umieszczenie 300 chorych, po stosownem przekształceniu tego gmachu.

Komisya oświadcza się za pierwszym z tych projektów, a to z następujących powodów:

1. Obszar gruntów kulparkowskich, wynoszący przeszło 60 hektarów, nadaje się znakomicie nietylko pod budowę obecnie projektowanych pawilonów, — ale mógłby nawet wystarczyć jeszcze bardzo dobrze, gdyby kiedyś po szeregu lat wystąpiła potrzeba ponownego rozszerzenia. 2. Drugim powodem jest wzgląd na wodę. Kulparków ma projektowane połączenie z wodociągiem lwowskim i zaopatrzony będzie w wodę zdrową o znanej jakości, podczas gdy na sprawę ewentualnego zaopatrzenia Krystynopola w wodociąg musimy się dziś z pewnemi wątpliwościami zapatrywać, — ponieważ studnia, mająca pokryć w Krystynopolu zapotrzebowanie wody, nie była badaną. 3. Ważnym czynnikiem jest tu również wzgląd finansowy. Wybudowanie nowych pawilonów w Kulparkowie wynosi kwotę 1,185.550 K., a więc o 30.721 K. mniej, niżeli kosztowałaby kombinacya z Krystynopolem, wyrażająca się cyfrą 1,216.271 K. 4. Roczne wydatki na administracyę Krystynopola przewyższają koszta admnistracyi rozszerzonego zakładu w Kulparkowie o kwotę 13 898 K. 5. Sprawozdanie Wydziału krajowego podnosi okoliczność, że żywienie chorych w Krystynopolu będzie tańszem, aniżeli ono jest i będzie w Kulparkowie, gdyż zaprowadzi tam jedną tylko normę żywienia. Komisya przyjmuje naogół twierdzenie to, jakkolwiek na razie cyfrowo uzasadnić go nie może.

Z tych więc wyszczególnionych względów oświadcza się Komisya sanitarna za wnioskiem Wydziału krajowego, projektującym rozszerzenie zakładu przez przeistoczenie gmachu głównego i budowę pawilonów na gruntach Kulparkowa z pomnożeniem liczby łóżek o 500.

W ten sposób znajdzie normalne umieszczenie w Kulparkowie 1.060 chorych, zaś w oddziale dla obłąkanych w Krakowie 70, czyli razem 1.130 chorych.

Jeżeli jednak nawet przypuścimy, że Kulparków, w razie rozszerzenia, obliczony na 1.060 chorych, pomieści osób 1.200, a więc o 140 osób ponad normę, a w Krakowie 100, a więc 30 ponad normę, może być w ten sposób umieszczonych razem 1.300 obłąkanych, czyli 26% ogólnej liczby umysłowo chorych w ścisłem słowa tego znaczeniu, potrzebujących koniecznie opieki szpitalnej.

Jeżeli się przeto rozważy ten fakt, że pozostanie pod opieką rodziny, albo gminy, 3 668 osób obłąkanych, nietylko straconych ekonomicznie dla społeczeństwa, ale co gorzej, będących wielkim jego ciężarem, bo nietylko, że są to osobniki wprost nieprodukcyjne, ale co gorzej, uniemożliwiające nieraz pracę całej rodzinie i t. d., musi się przyjść do przekonania, że na tem, co się dziś uchwali, poprzestać nie można, że są w tym kierunku bezwzględnie i nieodzownie konieczne dalsze inwestycye w dobrze zrozumianym, humanitarnym i ekonomicznym interesie kraju.

Jak już na wstępie Komisya na tle liczb urzędowych zaznaczyła, wynosi odsetek chorób umysłowych w zachodniej części kraju 0 73%, a liczba obłąkanych 1957 osób. Z całej tej liczby znajdowało się w r. 1902 w leczeniu w Kulparkowie 433 osób, w Krakowie zaś leczono chorych 409, — zaś 1115 osób wcale pomieszczonych nie było, — pomimo że szpital krakowski, przeznaczony pierwotnie na 70 łóżek, miewał dziennie nawet po 166 chorych, a więc prawie półtrzecia raza tyle, ile normalnie pomieścić może.

Takie stosunki domagają się koniecznej jak najrychlejszej naprawy i wymagają możliwie jak najrychlejszego założenia drugiego zakładu leczniczego dla umysłowo chorych w zachodniej części kraju.

Na podstawie powyższych wywodów Komisya sanitarna wnosi:

Wysoki Sejm raczy uchwalić:

Upoważnia się Wydział krajowy:

1) do przeistoczenia głównego budynku i wystawienia sześciu nowych pawilonów w Kulparkowie kosztem 1,185.550 K.;

2) do zaciągnięcia pożyczki z funduszu rezerwowego majątku zakładu kulparkowskiego, z pokryciem reszty pożyczką krajową.

3) Sejm poleca Wydziałowi krajowemu, ażeby w przeciągu przyszłego roku przedłożył Wysokiej Izbie gotowe już plany i kosztorysy na budowę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju na 500 łóżek;

4) na przedwstępne badania, na sporządzenie planów i kosztorysów, na budowę zakładu dla obłąkanych w zachodniej części kraju, wyznacza się Wydziałowi krajowemu kredyt w wysokości 8 000 K.

(Dokończenie nastąpi).

* Od Nowego roku, pod kierunkiem naukowym prof. Renaut, zacznie wychodzić nowe czasopismo p. t. „Revue générale d' histologie“. Szczegółowy program tego wydawnictwa wykazuje, że będzie to zupełnie nowy typ pisma, wychodzącego zeszytami w niestałych okresach czasu. Do spółpracownictwa zaproszony został z Krakowa prof. Browicz. Uznając najwyższą kompetencyę prof. Browicza w zakresie histologii wątroby, prof. Renaut zaprosił go do napisania monografii »O histologii i histofizyologii komórki wątrobowej«.

* Zatarg między Izbą lekarską niższoaustryacką a cesarskim namiestnikiem, wywołany nieporozumieniem między jednym lekarzem praktycznym a dyrektorem szpitala i następową enuncyacyą jurydyczną p. namiestnika, zaszedł tak daleko, że Izba złożyła swe mandaty. W cztery dni po tym akcie namiestnik wystosował pismo do Izby, w którem oświadcza, że złożenie mandatów przez członków Izby jest czynem bezprawnym i żąda ostatecznego oświadczenia się w tej sprawie, przytem przestrzega, że jeśli Izba nie podejmie swych czynności, rząd wyznaczy komisarza do rządzenia przejściowo, a następnie rozpisze nowe wybory.

* Dr. Norbert Gertler mianowany został w m. październiku asystentem profesora higieny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Do Towarz. Samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Koll: Ehrenpreis (Kraków), Frostig (Bełz), Gabel (Jaworów), Kapelner (Kraków), Koerner (Monasterzyska), Lisowski (Lwów), Maciejowicz (Waręż), Singer (Lwów), Wernicki (Lwów).

* Między 27—X a 9—XI doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (4 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), niskim (1 gm.), nowotargskim (1 gm.), podhajeckim (2 gm.) przemyślańskim (2 gm.), stryjskim (2 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

* Omyłka druku: W Nr. 45, na stronie 640, trzeci wiersz od dołu, w szpalcie 1-szej, należy czytać: »Kader stosuje 2% tropakokainę,« a nie 20%.

Mianowania i odznaczenia. Docent neurologii Friedenreich otrzymał tytuł profesora w Kopenhadze. W Niemczech mianowani zostali profesorami tytularnymi: doc. Henke w Wrocławiu i Dr. Möller, lekarz zakładu dla chorych na piersi w Belzig.

Nekrologia. Dr. Brun, prof. nadzwycz. chirurgii w Paryżu, założyciel czasopisma „La Presse médicale, zmarł w 49 r. życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Halle i Motz: O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (dok.). Rzeczniowski: Podstawy

psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtriere (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej (c. d.).

Głos lekarzy N. 10. Zawiera: Koleżanki. — Zdanie prof. dr. H. Schramma o klinice chirurgicznej krakowskiej. — Walne zgromadzenie Towarz. samopomocy lekarzy. — Sejmowa komisya sanitarna o lekarzach okręgowych. — W sprawie tytułów specyalisty. — Stan szpitali w Galicyi (c. d.). — Konkluzye w ważnej sprawie. — Biblioteka słuchaczów medycyny we Lwowie. — Reklamowanie leków. —

— *Medycyna* Nr. 45. Steinhaus: Ś. p. Włodzimierz Brodowski (wspomnienie pośmiertne). Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej. Świątecki: Sposób aseptycznego wprowadzania cewników miękkich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Sawicki: Przyczynek do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israela. Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewn. dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

— *Odczyty kliniczne* Nr. 177. Bumm: Leczenie chirurgiczne gorączki połogowej. Theilhaber: Związek między chorobami nerwowemi a zaburzeniami w narządach płciowych kobiecych. (Obie te prace przetłómaczył dr. Lewenstern.).

— *Biblioteka lekarska*. T. III. Runge: Podręcznik położnictwa (Część I).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 45. Pexa: Zúženi hrtanu ze zánětů hrtanevých v průběhu spalniček a po spalničkách. Kulvirt: Dva případy kasuistické. Feigl: Prvni pomoc.

— *La Presse médicale* Nr. 88. Triboulet: Kongres narodowy przeciw alkoholizmowi (26–29—IX, 1903). Sicard: Tętniak tętnicy głównej piersiowej zstępującej.

— Nr. 89. Lévy: Leczenie doszczętne histeryi. Ponowne wychowanie. Romme: Rękawiczki niciane a kauczukowe do użycia chirurgów. Zapalenie wyrostka robaczkowego a grypa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Ficker: Rozpoznawanie duru. Reckzech: Wdychanie pyłu wapiennego a gruźlica płuc. Lesser: O t. zw. gładkim zaniku korzenia języka i jego stosunku do kiły. Aronsohn: Przypadek licznych porażeń mózgowych z udziałem nerwu słuchowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Anton: Mierzenie mózgu za pomocą planimetru kompensacyjnego. Neurath: Zmiany w środkowym układzie nerwowym w przebiegu krztuśca. Donath: Kraniektomia w padaczce rozmaitego pochodzenia. Feinberg: O czynniku nowotworu rakowego u ludzi i zwierząt ssących (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Weygandt: Psychiatrya i doświadczalna psychologia w Niemczech. Münzer: Enzymy drożdżowe i próba fermentacyi. Kaufmann: Godne uwagi powikłania przebiegu raka żołądka. Müller: Przyczynek do nauki o nadmiernem poceniu się ogólnem. Schittenhelm: Początkujący wiąd rdzenia a kiła mózgowo-rdzeniowa. Mönckeberg: Anatomiczna ocena jednego przypadku »zbioru objawów Landryego«. Marckwald: Dwa przypadki zranienia mózgu, ulegającego wodogłowiu. Pankrat: Przypadek kurczowej niedrożności jelit. Schaeffer: Zgorzel podudzia w połogu bezgorączkowym. Mülberger: Rodzinne amaurotyczne niedołęztwo umysłowe i jego rozpoznanie. Nordhof: Przypadek palców nadliczbowych. Riedel: Uwagi z zakresu położnictwa praktycznego. Kosmann: Higiena i dobór naturalny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 46. Jürgens: Etyologia czerwonki. Birnbaum i Weber: Krostkowa (pustulose) osutka durowa, oraz bakteryologiczne jej badania. Casper: Aseptyka cewnikowania i cystoskopowania. Vogel: Przypadek zastąpienia trzonu kości promieniowej prętem z kości słoniowej. Liepmann: Przyczynek do biochemii ciąży. Replika. Opitz: Odpowiedź na poprzedzający artykuł. Lesser: Zapobieganie zatruciu jodem.

Redakcya otrzymała. Hojnacki: Higiena kobiety. Sieradzki: 1) Badania nad precypitynami. 2) Tosamo po niemiecku. 3) O hemolizynach, cytotoksynach, precypitynach i innych pokrewnych substancyach, oraz znaczeniu ich dla biologii. Kucharzewski: 1) Zmiany we krwi w błonicy. 2) De l'influence des toxines diphthérique et tétanique sur l'hémoglobine, la morphologie et le poids spécifique du sang. 4) Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 45 (od 8/XI do 14/XI) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 25, dz. 35; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 21; zamiejscowych: męż. 9, kob. 6.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	1	1		
2	Gruźlica	7	3		
3	Zapalenie płuc	5	1		
4	Dławiec i błonica	—	—	2¹)	1
5	Krztusiec	—	—	2	1
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	1	2²)	1
8	Odra	—	—	23	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	1	3³)	5
11	Czerwonka	—	—	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	3	1	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—	—	2
17	Inne choroby zakaźne	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy	1	—		
20	Choroby narządu krążenia	7	1		
21	Nowotwory	3	2		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	7	4		
23	Śmierć przypadkowa	—	—		
24	Śmierć gwałtowna	—	—		
	Razem	34	15		

¹) Rakowicka 14. Radziwiłł. 21.
²) Ryn. Klep. 15. Jabłonowsk. 4.
³) Floryańsk. 31. Czysta 3. Krakowska 43.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 25 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Klecki mówić będzie „O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 28 Listopada 1903. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z c. k. kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Dwa przypadki guza mózgowia. I. Guz wzgórka wzrokowego i czepca szypułki mózgowej z zbiorem objawów Benedikta. II. Guz czwartej komory.

Podał

Docent Dr. Ksawery Lewkowicz,

b. asystent kliniki.

Przypadki, których przebieg mam opisać, należą niewątpliwie do rzadkich i przedstawiają wiele szczegółów ciekawych, dlatego przystępuję do ich ogłoszenia, mimo że spostrzeganie kliniczne nie było może zupełnie wyczerpujące.

I.

Franciszek F., cztery lata liczący, z Krakowa, przyjęty do kliniki 23/VIII, 1902 roku, zmarł 5/I, 1903. Obserwacya wynosiła $4^1/_2$ miesięcy.

Wywiady. Przed pięciu tygodniami chłopiec, dotąd zupełnie zdrowy, spadł z okna mieszkania parterowego na ulicę, głową na dół, prawdopodobnie na stronę prawą. Skarżył się następnie na bóle głowy po stronie prawej. W parę dni po tym upadku wystąpiło drżenie kończyny górnej prawej, które utrzymywało się i nadal i było powodem zgłoszenia się do kliniki.

Stan obecny: W budowie ślad krzywicy, odżywienie mierne; dostępne badaniu gruczoły chłonne powiększone, drobne, twarde. Wypuk nad szczytem prawym tępszy, szmery jednakże niezmienione. Śledziona niemacalna, wątroba tuż pod łukiem.

Kończyna górna prawa okazuje przy ruchach zamierzonych drżenie wahadłowe, najbardziej uwydatniające się na przedramieniu i ręce, z rytmem około 240 wahań na minutę. Drżenie to ustępuje zupełnie w spoczynku i we śnie. Przeciwnie, gdy chory ma wykonać jakiś ruch bardziej złożony, np. uchwycić jakiś drobny przedmiot, wychylenie ruchów potęguje się. Taksamo niekorzystnie zdaje się wpływać wzruszenie. Siła mięśniowa nie wydaje się przytem upośledzona; ciepłota kończyny jest może nieco niższą, odruchy niezmienione, zmian w czuciu niema.

Z innych objawów nerwowych zauważyć można tylko nieznaczne opadnięcie lewej powieki górnej. Dno oka bez zmian (Dr. Brudzewski). Bólów głowy, lub innych objawów guza mózgowego nie notowano, inteligencya nie upośledzona.

Przebieg: W czasie spostrzegania natężenie drżenia ulegało pewnym wahaniom, nie ustępowało jednak przy ruchach nigdy zupełnie. Ciepłota ciała wahała się między 36·4, a 37·2, okazywała jednak często wzniesienie do 37·8.

Dnia 14/IX. 1902. Opadnięcie powieki większe. Lewa źrenica może nieco szersza, ale na światło oddziaływa. Przy skierowaniu gałek ocznych na prawo daje się zauważyć lekki zez zbieżny. Prawy kąt ust ustawiony nieco niżej, a prawa połowa twarzy mniej bierze udziału w ruchach, mianowicie mimicznych, np. przy uśmiechu.

Dnia 18/IX. Objawy powyższe prawie zupełnie ustąpiły.

Dnia 17/X. polepszenie w drżeniu kończyny górnej, które i w następnym czasie się utrzymuje

Dnia 3/XI. znów pogorszenie, wogóle jednak stan nie ulega zasadniczym zmianom.

Od dnia 16/XII. 1902 rozwijają się powoli objawy zapalenia gruźliczego opon. Gorączka nieregularna ze wzniesieniami do 38·6, ze spadkami do 36·8; przytępienie, bóle głowy, wymioty, zaparcie stolca, lekka sztywność karku. Tętno początkowo częste, 128 na minutę; potem zwolnione: 92 i 76, nieregularne. Plamy Trousseaua. Kernig ujemny Brzuch lekko zapadły. Upośledzenie przytomności coraz większe.

Dnia 3/I. 1903 zauważono, że drżenie obejmuje nietylko kończynę górną, ale i dolną prawą. Objawy porażenia nerwu okoruchowego lewego i teraz nie były wybitniejsze

Dnia 5/I. rano wykonano nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 102 mm. rtęci, po upuście spadło do 38 mm. Płyn zawierał białka 0,12% (Stolnikowem), wytworzył po odstaniu skrzepik pajęczynowaty. W osadzie udowodniono drobnowidowo obecność prątków gruźliczych. Badanie cytologiczne osadu dało wzór wielojądrzasty, ze stosunkiem wielojądrzastych do jednojądrzastych, jak 77: 23.

Dnia 5/I. wieczorem zejście śmiertelne wśród coraz bardziej wzmagającej się nieprzytomności i śpiączki, bez drgawek, lub innych objawów podrażnienia mózgu.

W przypadku opisanym mieliśmy do czynienia niewątpliwie z tak nazwanym przez Charcota zbiorem objawów Benedikta („syndrome de Benedikt“). Zbiór ten objawów polega w zasadzie na obecności niedowładu z mimiwolnymi ruchami po jednej stronie ciała i na skrzyżowanem (t. j. umiejscowionem po drugiej stronie ciała) porażeniu nerwu okoruchowego, Poszczególne przypadki okazują jednak często zboczenia od właściwego typu. I tak w naszym nie można było stwierdzić niedowładu, a istniało tylko mimowolne drżenie przy ruchach zamierzonych, z gałązek zaś nerwu okoruchowego tylko gałązka, zaopatrująca dźwigacza powieki, była napewne niedowładną; zdzierzgacz źrenicy wydawał się niedowładny; inne zaś mięśnie, zaopatrywane przez nerw okoruchowy, były wolne, a nawet prosty wewnętrzny lewy podrażniony, czy przykurczony, (lub prawy zewnętrzny niedowładny). Niedowład nerwu twarzowego prawego odnosił się głównie do ruchów mimicznych. Drżenie ograniczało się tylko do kończyny górnej prawej, a dopiero pod koniec życia, po rozwinięciu się zapalenia gruźliczego opon, rozszerzyło się także i na kończynę dolną. Podnieść wreszcie należy niestałość w natężeniu objawów.

Przypadki zbioru objawów Benedikta należą do względnie rzadkich. H. Halban i M. Infeld w obszernej pracy, zajmującej się tym zbiorem objawów, a zarazem powstawaniem ruchów mimowolnych różnego charakteru, zdołali zebrać z piśmiennictwa tylko 32 przypadki, a dodali do tego własne dwa spostrzeżenia. Z pracy tej czerpiemy następujące szczegóły:

Zbiór objawów Benedikta spostrzeganym bywa zarówno u dzieci, jak u dorosłych. Z 34 przypadków, zebranych przez Halbana i Infelda, przypada 13 na wiek do lat 10, 13 na wiek powyżej lat 10. W pięciu przypadkach objawy rozwinęły się w dzieciństwie, ale dotrwały do wieku dojrzałego. W trzech zaś przypadkach wiek nie jest podany.

Podstawową zmianą były u dzieci, o ile przychodziło

do zejścia śmiertelnego, wyłącznie t. zw. gruzełki odosobnione (*tuberculum solitarium*) mózgu. Z 5 wspomnianych przypadków, w których objawy u osób dorosłych, lub dorastających datowały się od dzieciństwa, we czterech istota zmiany nie jest znaną, w jednym (drugi przypadek Halbana i Infelda) chodziło o ognisko zwapniałe, prawdopodobnie zwapniały gruzełek odosobniony. I u osób dorosłych najczęstszą zmianą podstawową były gruzełki odosobnione, obok nich jednak spostrzegano nowotwory złośliwe, krwotoki, względnie torbiele poudarowe, a wreszcie w jednym przypadku postrzał kulą rewolwerową. W kilku przypadkach, podobnie jak w naszym, upadek na głowę miał być bodźcem do rozwoju objawów.

Co do umiejscowienia zmiany, to w przypadkach typowych chodzi o szypułkę mózgową, mianowicie o jej piętro górne, t. zw. czepiec (*Haube*), względnie o większe ogniska w najbliższem otoczeniu, we wzgórku wzrokowym, wzgórkach czworaczych, przechodzące na czepiec szypułki mózgowej. Przez zajęcie jąder, lub włókien nerwu okoruchowego, w danym razie tylko częściowe, tłómaczy się całkowite, lub częściowe porażenie nerwu okoruchowego po tej samej stronie; przez zajęcie dróg ruchowych niedowład połowiczy i ruchy mimowolne po stronie przeciwnej. W niedowładzie połowiczym nie chodzi wyłącznie o drogi piramidalne, jak bowiem świadczy drugi przypadek Halbana i Infelda, drogi te mogą być zupełnie nietknięte. Musimy więc przypuszczać, że przewodzenie pobudek woli jest czynnością złożoną, w której pośredniczą oprócz dróg piramidalnych i inne pozapiramidalne pasma, mianowicie według przypuszczenia Antona ruchowa droga czepcowa i droga idąca od kory i zwojów podstawowych do móżdżku przez t. zw. ramię łączne (*Bindearm*). Niedowład obejmował niekiedy i twarz, lub przynajmniej po stronie niedowładnej ruchy mimiczne, np. uśmiech, były widocznie upośledzone.

Ruchy mimowolne odnoszono początkowo do pewnych ściśle umiejscowionych ognisk. Przypuszczenie to nie dało się jednak długo utrzymać wobec różnorodności w umiejscowieniu zmian, jakie napotykano w poszczególnych przypadkach. W nowszych czasach zaczęto zatem przyjmować dotknięcie pewnych dróg ruchowych. I tak Kahler i Pick przyjmowali podrażnienie dróg piramidalnych: Monakow uszkodzenie, względnie podrażnienie, połączeń między wzgórkiem wzrokowym, a korą mózgową; Gowers, Bonhoeffer i inni uszkodzenie połączeń między móżdżkiem, a korą; Muratow i Anton — połączeń między wzgórkiem wzrokowym, a móżdżkiem. Według Halbana i Infelda oba ostatnie przypuszczenia nie wykluczają się wzajemnie, gdyż może chodzić zarówno o uszkodzenie dróg ruchowych odmóżdżkowych, jak ściśle z niemi czynnościowo-złączonych domóżdżkowych. Oba te rodzaje dróg przebiegałyby w ramieniu łącznem (*Bindearm*) i przechodziłyby przez jądro czerwone. Bardzo dowodowym pod tym względem jest przypadek Bonhoeffera, gdzie ognisko, rak ściśle odgraniczony, zajmowało wyłącznie skrzyżowanie ramion łącznych (*Bindearmkreuzung*), a objawy polegały na ruchach pląsawiczych w całem ciele. Wielkiej wagi jest także i drugi przypadek Halbana i Infelda. Tu chodziło o przypadek długotrwały. Ognisko zajmowało głównie jądro czerwone, towarzyszyło mu zwyrodnienie ramienia łącznego w kierunku ku móżdżkowi aż do jądra zębatego (*nucleus dentatus*).

Poszczególne objawy zbioru objawów Benedikta występują w różnym porządku. Najczęściej pierwszym objawem jest porażenie nerwu okoruchowego, potem rozwija się niedowład połowiczy po stronie przeciwnej i ruchy mimowolne. W innych znów przypadkach ruchy te pojawiają się jako pierwszy objaw, niedowład może być bardzo nieznaczny, a porażenie nerwu okoruchowego występuje później i nieraz ogranicza się, jak w naszym przypadku, tylko do niektórych gałązek, co tłómaczy się rozmieszczeniem jąder dla poszczególnych mięśni na dość znacznej stosunkowo przestrzeni.

Ruchy mimowolne obejmowały górną i dolną kończynę, niekiedy, z początku zwłaszcza, tylko jedną, szczególniej górną; rzadziej zajętą była twarz i język. Ruchy te miały różny charakter. Najczęściej chodziło o drżenie, lub drgania. Przypominać one miały niejednokrotnie stale się utrzymujące drżenie przy drżączce (*paralysis agitans*), częściej jednak drżenie przy stwardnieniu rozsianem, ustępujące w spoczynku i we śnie, pojawiające się przy ruchach zamierzonych i potęgujące się pod wpływem wzruszenia. W przebiegu choroby zauważano często wahania w natężeniu drżenia, lub zupełne nawet ustępowanie, szczególnie podczas przebywania ostrych chorób wysypkowych, jak ospy wietrznej, płonicy. Do ruchów takich niesłusznie stosuje się nazwę pląsawicy, lub atetozy połowiczej. W pewnych przypadkach spostrzegano jednak nieraz obok drgań, ruchy całemi kończynami, przypominające ruchy pląsawicze i ruchy na obwodzie kończyn, w rękach, palcach, podobne do atetotycznych.

Niedowład połowiczy miał zwykle cechę niedowładu kurczowego i odruchy głębokie były najczęściej podwyższone. Często jednak odruchy były niezmienione, a nawet w dwóch przypadkach po obu stronach zupełnie zniesione. Odruchy skórne zachowywały się jeszcze bardziej niestale. Odruchu Babińskiego nie notowano w żadnym przypadku.

Czucie prawie zawsze było prawidłowe i to tak powierzchowne, jak głębokie. Kończyny niedowładne okazywały niekiedy zmiany naczynioruchowe, były sinawe i chłodniejsze.

Z innych objawów notowano w niektórych przypadkach lekkie zboczenia mowy, jak mowę powolną, lub zacinającą się, osłabienie wzroku i słuchu, pochylenie głowy na jedną stronę, niezborność, niezborność móżdżkową, cukromocz.

Ogólne objawy guza mózgowia były prawie we wszystkich przypadkach zaledwie zaznaczone. Inteligencya prawidłowa, wymiotów, bólów głowy, zawrotów, ogólnych drgawek — nie uważano. Dno oka tylko w paru przypadkach okazywało przekrwienie lub zapalenie tarczy nerwu wzrokowego.

Kończąc ten przegląd, podniosę jeszcze, że obok przypadków z typowem skrzyżowaniem objawów, spostrzegano przypadki z objawami obustronnymi I tak nerw okoruchowy może być dotknięty częściowo lub całkowicie po obu stronach, a nawet porażenie lub niedowład może objąć i inne nerwy oczne, jak bloczkowy i odwodzący. Tłómaczy się to okolicznością, że ognisko nie jest ściśle jednostronne i dotyka na dnie wodociągu Sylwiusza także jąder strony przeciwnej i jąder niżej umieszczonych; lub też, jak to Halban i Infeld przypuszczają w swoim przypadku, że zajęte są niem drogi spojrzenne (*Blickbahn Spitzera*), przebie-

gające w wiązce podłużnej tylnej (*fasciculus longitudinalis posterior*). Także ruchy mimowolne mogą być obustronne, jak we wspomnianym przypadku Bonhoeffera.

Trwanie choroby, jeżeli pominiemy wspomniane przypadki długotrwałe, wynosiło zazwyczaj kilka miesięcy. Bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego było niejednokrotnie rozwinięcie się zapalenia gruźliczego opon.

W naszym przypadku musieliśmy przyjąć za podstawę zbioru objawów Benedikta guz gruźliczy w czepcu szypułki mózgowej po stronie lewej i to względnie wysoko umieszczony, gdyż ze wszystkich gałązek nerwu okoruchowego dotknięta była wyraźnie tylko gałązka dla dźwigacza powieki lewej. Za przyrodą gruźliczą guza przemawiało obok dziecięcego wieku, rozwinięcie się następowe zapalenia opon gruźliczego, a stwierdzony przy nakłuciu lędźwiowem wielojądrzasty wzór cytologiczny świadczyć mógł także, jak to na innem miejscu już podnosiłem [2]), [3]), że zapalenie rozwinęło się na tle starszych zmian gruźliczych mózgowia i opon.

Badanie pośmiertne dokonane w zakładzie anatomii patol. U. J. przez kol. Glińskiego, stwierdziło obok zmian gruźliczych w gruczołach, płucach, kiszkach, rozsianej gruźlicy prosówkowej i guzkowej w różnych narządach miąższowych, guz gruźliczy wielkości orzecha włoskiego w dolnej części wzgórka wzrokowego lewego i w czepcu szypułki mózgowej, wreszcie zapalenie gruźlicze opon.

II.

Stanisław W., lat 4½, ze Skawiny, przyjęty do kliniki dnia 27/IX 1902, + dnia 23/XII 1902.

Wywiady: Przed 2 miesiącami zauważyła matka, że dziecko, dotychczas zupełnie zdrowe, zaczęło źle chodzić. Trudności w chodzeniu wzmagały się coraz bardziej tak, że w końcu chód bez pomocy stał się zupełnie niemożliwym; to też dziecko od 12 dni nie opuszczało łóżka. Towarzyszą temu stanowi bóle głowy, umiejscawiane w okolicy oczodołów, niespokojny sen przerywany zrywaniami się, wymioty, bezwiedne oddawanie stolca.

Stan obecny: Chory dość dobrze zbudowany i odżywiony. Gruczoły chłonne nieznacznie tylko powiększone. W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i brzucha nie można stwierdzić żadnych zboczeń fizykalnych. Wszystkie objawy odnieść można do układu nerwowego.

W wyrazie twarzy można zauważyć osłupienie, a władze umysłowe są wyraźnie przytępione. Chory jest jednak zupełnie przytomny i można z nim rozmawiać. Mowa jest wolna i zacinająca się (skandująca). Ból głowy utrzymuje się stale z mniejszem lub większem nasileniem, chory umiejscawia go w okolicy czołowej. Wymioty mają cechę wymiotów mózgowych, pojawiają się bowiem na czczo bez poprzedzających nudności. Opukiwanie czaszki daje odgłos czerepowo-bębenkowy, podobny do odgłosu przy opukiwaniu pustego pudła. Tętno zwolnione, 68, ale regularne. Badanie dna oka (kol. Brudzewski) wykazuje obustronną tarczę zastoinową.

Obok tych objawów, które musieliśmy pojmować jako ogólne objawy guza mózgowego, były jeszcze następujące.

Źrenica lewa nieco szersza, niż prawa; obie oddziałują na światło leniwo. Język okazuje drżenie, ale nie zbacza na żadną stronę. Wszystkie kończyny okazują drżenie, szczególnie wybitne w kończynach górnych, zmniejszające się w spoczynku, ustępujące we śnie. Kończyny są sztywne, odruchy kolanowe znacznie wzmożone, odruch stopowy kloniczny po obu stronach bardzo wybitny. Odruch Babińskiego (ruch wyprostny 1-go członka palca dużego przy drażnieniu wewnętrznego brzegu podeszwy) po obu stronach zaznaczony. Chód przy podtrzymywaniu chorego ma cechę porażenno-kurczową. Nie podobna jest stwierdzić zataczania się wobec tego, że chory się na nogach sam utrzymać nie może. Czucie prawidłowe.

Chodziło niewątpliwie o guz mózgowia. Ażeby dowiedzieć się coś o jego przyrodzie, zastosowano próbę tuberkulinową. Dnia 8/X zastrzyknięto 0,0003 tuberkuliny wyrobu Bujwida. Chory, którego ciepłota nigdy przedtem nie przenosiła 37·0°, okazywał w 7 godzin najwyższe wzniesienie ciepłoty: 37·8°. Dnia 10/X zastrzyknięto 0,001 tuberkuliny: w cztery godziny ciepłota wzniosła się do 37·3°. Dnia 14/X zastrzyknięto 0,003 tuberkuliny. Ciepłota wznosi się powoli i osiąga po 10 godzinach 39·4°, poczem następuje powolny spadek. Mimo to, że oddziaływanie na tuberkulinę nie było zupełnie typowe, przecież zdawało się, mianowicie wobec ostatniego odczynu, że należy je uważać za dodatnie.

W przebiegu nie zauważono wybitniejszych zmian, tylko odruch Babińskiego stał się bardzo wyraźnym. Niekiedy pojawiały się obfite wymioty. Wobec tego, że stan się nie zmieniał, zostaje chory przeniesiony dnia 15/XII na oddział rezerwowy. W kilka dni potem następuje tam nagle zejście śmiertelne bez żadnych objawów, któreby to pozwoliły przewidzieć.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: guz gruźliczy mózgowia. Co do umiejscowienia, to można było wypowiedzieć tylko przypuszczenia. Niedowład kurczowy wszystkich kończyn, odruch Babińskiego po obu stronach, przemawiający za zajęciem anatomicznem dróg piramidalnych, pozwalały przypuszczać, że ognisko umieszczone jest tam, gdzie drogi piramidalne obu stron umieszczone są blisko siebie, lub bezpośrednio się stykają, a więc na wysokości mostu Varola lub czwartej komory. Drżenie we wszystkich kończynach i w języku przemawiało, jak to omówiliśmy w poprzednim przypadku, za upośledzeniem obustronnem dróg, łączących móżdżek z korą i zwojami podstawowymi.

Badanie pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez kol. Ciechanowskiego, wykazało glejaka wielkości prawie jaja kurzego, wypełniającego czwartą komorę, a wychodzącego z dolnego robaka móżdżku i jako zmianę następową znacznego stopnia wodogłowie wewnętrzne. Objawy ze strony dróg piramidalnych i dróg odmóżdżkowych i domóżdżkowych należało tłómaczyć zatem działaniem guza na odległość przez ucisk, lub obrzęk.

W całym ustroju chorego nie znaleziono mimo dokładnego przeszukania najmniejszych zmian gruźliczych, co dowodzi, że na dodatnim wyniku próby tuberkulinowej nie zawsze można polegać, zwłaszcza, gdy odczyn wypada nie zupełnie typowo. Wynik dodatni próby w przypadku podobnym do naszego należy więc zużytkowywać z wielką ostrożnością. Musimy się bowiem liczyć nietylko z tem, że mogą istnieć ukryte ogniska gruźlicze, np. w gruczołach chłonnych, będące podstawą dodatniego wyniku próby, podczas gdy ognisko, o które chodzi, nie jest przyrody gruźliczej, ale nawet i z tą możliwością, że wynik może być dodatnim w ustroju zupełnie gruźlicą niedotkniętym.

Przypadek opisany okazuje pewne podobieństwo do przypadku Brüninga [4]), w którego artykule znachodzimy także zestawienie przypadków guzów czwartej komory, znanych z piśmiennictwa. Chodziło w nim o glejak wielkości jaja kurzego, wychodzący z wyściółki komory czwartej i o następowe wodogłowie wskutek zatkania przewodu Sylwiusza. Obok ogólnych objawów guza, wśród których jednak brakowało tarczy zastoinowej i zwolnienia tętna, spostrzegano w tym przypadku także drżenie rąk i nóg, podwyższenie

odruchów ścięgnistych, kurczowy odruch stopowy. Prócz tego spostrzegano przechylenie głowy ku stronie lewej, wysunięcie lewej łopatki przy chodzie i chód zataczający się, co mogło skłaniać do przyjęcia guza móżdżku, względnie tylnego zagłębia czaszkowego. Końcowe jednak objawy: gorączka, sztywność karku, wymioty, zgrzytanie zębami, podwyższenie odruchów, później porażenie kończyn, wreszcie oddychanie według typu Cheyne-Stokesa podały w wątpliwość pierwotne rozpoznanie i chociaż nie pozwoliły wykluczyć guza, skłoniły jednak autora do przyjęcia raczej zapalenia gruźliczego opon. Przypadek ten najlepiej dowodzi, na jak wielkie trudności można napotkać przy guzie czwartej komory. Rozpoznanie mogło było niewątpliwie rozstrzygnąć badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wynik nakłucia lędźwiowego w przypadku Brüninga był jednak ujemnym. Być może było to w związku z zatkaniem przewodu Sylwiusza.

Piśmiennictwo. 1) H. v. Halban und M. Infeld: Zur Pathologie der Hirnschenkelhaube. (Arbeiten aus dem neurolog. Inst. an der Wiener Univ. IX. Heft. Leipzig und Wien 1902). — 2) Lewkowicz: O etyologii zapaleń mózgowo rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłucia lędźwiowego. (Przegląd lekarski 1900, Nr. 48—52). — 3) Lewkowicz: De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. (Extrait des Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris. Fev. 1902). — 4) Bruening: Zur Kasuistik der Tumoren im 4. Ventrikel. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 55. Band. S. 647).

II. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Chcąc zrozumieć dokładnie mechanizm 3-go okresu, należy się w pierwszej linii zastanowić nad zmianami, jakim ulega popłód w czasie 1-go i 2-go okresu porodu. Proces bowiem odklejania i wydalania popłodu rozpoczyna się już w czasie porodu płodu, a u pierwiastek nawet w końcu ciąży, gdzie szyja w znacznej części rozciąga się, a dolna część jaja płodowego odkleja i wyciąga o tyle, aby wystarczyło dla wytapetowania powiększonej przez to jamy macicy.

Zachowanie się popłodu w czasie pierwszego okresu porodu. Macica z początkiem porodu jest wiotkim workiem mięsnym, wyklejonym popłodem, wypełnionym wodą płodową, który od czasu do czasu ulega skurczom okresowym. Przyjąłem, iż układ włókien mięsnych w tym stanie macicy jest analogiczny, jak w macicy pierwszych chwil połogu. Wyobraźmy sobie skurcz tak utkanego worka mięsnego. Ponieważ każda komórka mięsna w czasie skurczu grubieje, a maleje na długość, więc włókna podłużnie przebiegające usiłują wymiar długości jamy macicy zmniejszyć, okrężne — obwód ścieśnić, a skośne dwa punkty, których dwa końce komórek dotykają, zbliżyć do siebie. Wobec bardzo znacznej łatwości, z jaką mogą się włókna mięsne macicy przemieszczać, jama worka mięsnego musiałaby pod wpływem bolu raptownie się zmniejszyć. Temu atoli przeszkadzają wody płodowe, które są nieściśliwe; wobec czego skurcz muskulatury, nie mogąc spowodować odpowiedniego zmniejszenia się jamy macicy, wywołuje podwyższenie parcia w wodach płodowych. Fizyka poucza, że płyn zamknięty w naczyniu, poddany w pewnym punkcie ciśnieniu, rozprowadza to ciśnienie równomiernie na każdą cząstkę całej powierzchni; jakkolwiek zatem różne partye ścian macicy z różną siłą cisną na odpowiednie partye wód, zależnie od ułożenia włókien i grubości warstwy mięsnej, to w rezultacie w całym worku płodowym ciśnienie wód jest wszędzie jednakowe.

Ciśnieniu wód w jamie macicy przeciwdziałają: 1. oporność błon i łożyska na rozciągnięcie; 2. elastyczność otrzewnej; wreszcie 3. ściana mięsna macicy, a to w dwojaki sposób: *a*) bierny, zależny wyłącznie od grubości warstwy mięsnej, bez względu na ułożenie włókien i *b*) dynamiczny. Włókna mięsne przeciwdziałają parciu wód w czasie skurczu w sposób następujący: włókna okrężnie przebiegające, starając się w czasie skurczu zwęzić jamę worka mięsnego, działają pełną siłą skurczu w kierunku wprost odwrotnym od kierunku działania parcia wód; włókna skośnie przebiegające przeciwdziałają parciu wód tylko jedną ze składowych części swej siły; włókna zaś podłużne dynamicznie nie przeciwdziałają parciu wód, rozciągającemu macicę, bo kierunek ich siły jest prostopadły do kierunku parcia wód, a więc składowa, przeciwdziałająca parciu, równa jest zeru. Włókna podłużnie więc przebiegające mogą tylko biernie przeciwdziałać parciu wód.

Uprzytomniwszy sobie siły, działające w czasie skurczu macicy, łatwo pojmiemy następstwa. Dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego mają tak ułożone włókna mięsne, że dynamicznie mogą skutecznie przeciwdziałać parciu wód, a więc i rozciągnięciu ścian odpowiedniej partyi macicy. Inaczej z dolnym odcinkiem: choćby ściana dolnego odcinka przed rozpoczęciem się czynności porodowej nie była cieńszą, a więc biernie taksamo oporną, jak ściany dna i trzonu, oraz okolicy pierścienia skurczowego, to ponieważ tu w czasie skurczu odpada czynnik, dynamicznie przeciwdziałający parciu wód, dlatego, iż warstwa mięsna składa się prawie wyłącznie z włókien podłużnych, to ściana jego musi ulegać rozdęciu. Im bliżej ujścia zewnętrznego szyi macicy, tam spotykamy niekorzystniejsze warunki w budowie ściany dolnego odcinka dla skutecznego oporu parciu wód. Wobec tego: w czasie skurczu ściana dolnego odcinka wraz z błonami go wyklejającemi rozciąga się i to tem więcej, im bliżej ujścia wewnętrznego szyi, a skurcz wypycha większą ilość wód do dolnej części worka płodowego, oczywiście kosztem ilości wód w jamie trzonu i dna, w następstwie czego obie te części wraz z okolicą pierścienia skurczowego częściowo mogą się ściągać, a wskutek tego ściany ich grubnąć.

Gdy ból minie, a ściana macicy może teraz przeciwstawić tylko bierny opór parciu wód, jakie pewien czas musi trwać w macicy wskutek uprzedniego skurczu, to również trzon z dnem i okolica pierścienia skurczowego przedstawia lepsze warunki dla oparcia się rozciągnięciu, aniżeli dolny odcinek, bo te części stały się grubsze w czasie skurczu tak, że zmiana jamy macicy, oraz zmiana w ugrupowaniu włókien, wywołana skurczem, nawet w czasie spoczynku włókien mięsnych macicy, musi się do pewnego stopnia utrzymać. Następny skurcz więc zastaje warunki jeszcze korzystniejsze dla ściągania się trzonu dna i okolicy pierścienia skurczowego, a dla rozdęcia dolnego odcinka. W czasie rozkurczów macicy i przerwy między bolami, parcie wód opada bardzo nizko, albowiem tylko jedynie elastyczna otrzewna, nieco rozciągnięta w dolnym odcinku, mogłaby mieć wpływ na podwyżkę parcia wód. Ponieważ trzon

z dnem i okolica pierścienia skurczowego po każdym skurczu coraz więcej stają się grubszymi, nie zmieniając zasadniczo ułożenia włókien, więc w każdym następnym skurczu muszą tem silniej przeć na odpowiednią partyę wód, a przez to wywoływać tem większe ciśnienie wód w całym worku płodowym. W miarę więc czasu trwania 1-go okresu porodu coraz to więcej rozdyma się dolny odcinek i to im niżej, tem więcej, a coraz to więcej ściąga się okolica pierścienia skurczowego, trzon i dno. Następstwem tego faktu popłód, przymocowany do wewnętrznych ścian macicy, wyciąga się w dolnym odcinku, zaś wyżej, w okolicy pierścienia skurczowego, trzonie i dnie fałduje się.

Partye dolnego odcinka, sąsiadujące z ujściem wewnętrznem szyi, ulegając rozdęciu w czasie skurczów okresowych, starają się to ujście wewnętrzne rozciągnąć wprost na tejsamej zasadzie, na jakiej powiększa się otwór, wycięty w płaskiej płycie gumowej, jeżeli ta ulega rozciągnięciu. W miarę trwania akcyi porodowej, kanał szyi z walca szerszego w środku, staje się stożkiem z coraz to szerszą podstawą, a mniejszą wysokością, ujście wewnętrzne szyi (objawowe, nie anatomiczne) w miarę bolów zmienia niejako swoje położenie, t. zn., coraz więcej przybliża się do ujścia zewnętrznego macicy; kanał szyi skraca się coraz więcej, aż wreszcie ujście wewnętrzne szyi objawowe, schodzi się z ujściem zewnętrznem, czyli cała szyja ulega całkowitemu rozdęciu. Z tą chwilą brzegi ujścia zewnętrznego zaczynają cieńczeć coraz to więcej, a ujście zewnętrzne rozwierać się, albowiem ciśnienie wód, rozciągając ściany dolnego odcinka i rozdętej szyi, rozciąga przez to samo i ujście zewnętrzne.

Rola błon płodowych przy tym procesie zaniku szyi i rozszerzaniu ujścia zewnętrznego przedstawia się następująco: Błony płodowe, sąsiadujące z ujściem wewnętrznem szyi, w miarę rozszerzania się ujścia wewnętrznego szyi odklejają się na pewnej przestrzeni od ścian dolnego odcinka, rozdymają się i przez rozszerzone ujście wewnętrzne szyi przemieszczają się do rozszerzonego kanału szyi, tapetując jego ściany na pewnej przestrzeni. Dolny odcinek posiada mięśnie podłużne, które w czasie skurczów skracając się, starają się nawdziać szyję na pęcherz. Pomocniczo więc potęgują działanie trzonu i dna w wywoływaniu zaniku szyi i rozszerzaniu ujść. Wobec potęgi działania muskulatury trzonu i dna, rola tych mięśni schodzi w tym przypadku na pomocniczą. Mięśnie te atoli mają jeszcze inne, ważniejsze działanie. Wobec rozdęcia ścian dolnego odcinka błony, wyklejające go, również rozciągnąć się muszą. Gdyby ujście wewnętrzne szyi było niepodatne, lub zarośnięte, to ani szyja nie mogłaby uledz zanikowi, ani błonyby się nie odkleiły, albowiem błona doczesna zagięta uległaby rozciągnięciu, ale między punktami przyczepu błon do wewnętrznej powierzchni macicy nie mogłoby nastąpić przemieszczenie. Skoro atoli ściany szyi zaczynają się rozdymać, a błonom przybywa coraz to nowa powierzchnia do okrycia, stosunek się zmienia; błony sąsiadujące z szyją muszą dostarczyć materyału do wytapetowania szyi, a rozwiązują to zadanie 1) przez wyciągnięcie się błon, 2) przez odklejenie się coraz to nowych partyj błon od ścian dolnego odcinka. Odklejenie zaś błon tem łatwiej nastąpi, im bardziej muskulatura dolnego odcinka, skracając się, spotęguje w czasie skurczu niestosunek między powierzchnią wydętych silnie błon, a powierzchnią wewnętrzną dolnego odcinka. Muskulatura podłużna dolnego odcinka, skracając się, pomaga do odklejania błony, a więc pomaga do dostarczenia materyału, wytwarzającego pęcherz. W następstwie rozciągnięcie błon, wywołane parciem wód, rozchodzi się równomiernie na większy kawał odklejonych błon, przez co ścieńczenie pęcherza, a co za tem idzie i pęknięcie jego, nie następuje tak szybko. Gdyby dolny odcinek nie miał tego urządzenia odklejającego błony, parcie wód, samo odklejając i wyciągając błony tylko w najniższej części sąsiadującej z szyją, musiałoby doprowadzić do szybkiego ścieńczenia ich i przedwczesnego pęknięcia pęcherza, zanimby się mogło ujście zewnętrzne całkowicie rozszerzyć. Krótko mówiąc: Najniższa część pęcherza płodowego odgrywa rolę peryodycznie pęczniejącego rozszerzadła dla rozszerzenia ujścia wewnętrznego szyi i ujścia zewnętrznego macicy, muskulatura podłużna zaś dolnego odcinka pomaga tworzyć z tychże błon coraz to grubsze dylatatoryum.

Jak wysoko odklejają się błony w dolnym odcinku w czasie 1-go okresu porodu? Fizyologicznie, odklejenie się błon w dolnym odcinku nie może przekroczyć okolicy pierścienia skurczowego, albowiem od tej części macicy wzwyż niema tych warunków dla odklejania się błon, które są w dolnym odcinku. Popłód w tej okolicy nie tylko nie ulega wyciągnięciu, ale owszem sfałdowaniu, a to ostatnie w warunkach fizyologicznych za mało jest wydatne, aby mogło mieć wpływ na odklejenie się popłodu.

W warunkach patologicznych: *a*) Jeżeli błony są cienkie lub kruche, pęcherz nie doszedłszy do odpowiednich rozmiarów i nie spełniwszy swego zadania, pęka za wcześnie, a z tą chwilą odklejanie się dalsze błon ustaje. Błony więc są w dolnym odcinku odklejone na nieznacznej przestrzeni. *b*) Jeżeli błony są grube i oporne, pęcherz mimo całkowitego rozwarcia się ujścia wewnętrznego macicy nie pęka, albowiem nie cieńczeje tak szybko. W przypadkach takich, pozostawionych siłom natury, pęcherz wzróść może tak dalece, iż może dochodzić aż do ujścia zewnętrznego pochwy i rozwierać szparę sromową. Oczywiście, że na wytworzenie się tak dużego pęcherza potrzeba było dużych partyj błon, a co za tem idzie, błony musiały się na znacznej przestrzeni od ścian dolnego odcinka odkleić, tem więcej, że grube błony są mało rozciągliwe. Jak wysoko postąpi w tych przypadkach odklejenie błon, czy przekroczy okolicę pierścienia skurczowego? Do dużego pęcherza wylewa się dużo wód z trzonu i dna, wobec czego dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego ściągają się, co klinicznie cechuje się tem, że pierścień skurczowy podnosi się ku górze. Następstwem tego musi być już znaczniejsze sfałdowanie się popłodu w tych częściach macicy. Jeżeli sfałdowanie takie dojdzie do bardzo wysokiego stopnia, może nastąpić odklejenie się w tych częściach jaja płodowego, a następnie wydalenie w całości jaja płodowego przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka, a stąd do pochwy i na zewnątrz. Przebieg taki jest dla płodu w późniejszych miesiącach ciąży nieskończenie rzadkim wyjątkiem, natomiast jest on regułą dla porodu jaja płodowego zdrowego w 4-ch pierwszych miesiącach ciąży, bo gdy błony młodego jaja płodowego są kruche, np. zmacerowane i tu następuje poród 2 czasowy. W razie zatem nad-

miernie grubych błon płodowych dopiero wtedy możliwe jest odklejenie błon od okolicy pierścienia skurczowego, gdy tu takie zajdą warunki dla odklejania się popłodu, jakie w warunkach fizyologicznych spotykamy dopiero w 3-cim okresie. Z reguły odklejenie błon dochodzi tylko do okolicy pierścienia skurczowego. *c*) Niepodatność ujścia zewnętrznego macicy ma to znaczenie, że błony stają się niejako wzmocnione o grubość ścian rozdętej szyi, a więc przebieg jest analogiczny jak w wypadku pod *b*). Często zjawisko porodu całego jaja płodowego do rozdętej szyi obserwuje się przy poronieniach.

Z powyższego rozbioru dochodzimy do przekonania, że w 1-ym okresie porodowym odklejenie błon w dolnej części jaja płodowego nie przekracza nigdy dolnej granicy okolicy pierścienia skurczowego.

Zachowanie się popłodu w 2-gim okresie porodu, t. j. od chwili pęknięcia pęcherza płodowego aż do chwili porodu dziecka. W czasie 1-go okresu porodu dno, trzon i okolica pierścienia skurczowego ściągnęły się częściowo i zgrubiały, wskutek czego wystąpił objaw kliniczny, zwany pierścieniem skurczowym. Cały kanał rodny kobiety dzieli się na 2 części: górną, tak zw. *Hohlmuskel*, dolną, t. z. *Durchtrittsschlauch* Schrödera. *Durchtrittsschlauch* = dolny odcinek + rozdęta całkowicie szyja + pochwa. W czasie trwania 2-go okresu opróżnia się *Hohlmuskel* coraz więcej, a w miarę opróżniania ściąga się, zaś *Durchtrittsschlauch* rozciąga się coraz więcej dla pomieszczenia coraz to większej ilości części płodu. Dzieje się to bez względu na wszystko. Ściąganie się dna, trzonu i okolicy pierścienia skurczowego postępuje pod wpływem bolów okresowych (zresztą według tych samych prawideł, co i w 1-ym okresie porodu) bez względu na to, czy płód może wyjść na zewnątrz przez kanał miednicy, czy nie.

Co do popłodu, to pewna część błon, wyklejająca w ciąży dolny odcinek, została w czasie 1-go okresu odklejona. Zresztą całe wnętrze okolicy pierścienia skurczowego, trzonu i dna są wytapetowane przyrosłym popłodem. W 2-gim okresie porodu popłód, wyklejający *Hohlmuskel*, spotyka się już z warunkami o wiele silniej posuniętymi, lecz zresztą tymi samymi, które widzieliśmy w 1-ym okresie, a które później jeszcze silniej wyrażone w 3-im okresie spowodują jego odklejenie i wydalenie.

Jeżeli okres 2-gi przeciągać się będzie, czy to z powodu nadmiernego rozwoju płodu albo nieprawidłowego jego ułożenia, czy z powodu ścieśnienia miednicy, trzon i dno macicy ściągają się coraz więcej, wypchną płód poza pierścień skurczowy, niepytając się o następstwa dla matki i płodu, poczem usuną ze swego wnętrza wody, jeżeli te wogóle były, a następnie popłód. Jednem słowem w warunkach patologicznych mogą się w 2-gim okresie wytworzyć warunki takie same, jakie fizyologicznie spotykamy dopiero w 3-cim okresie. Oczywiście odklejanie się popłodu na znaczniejszej przestrzeni powoduje śmierć dziecka przez uduszenie, a matkę naraża na utratę krwi z powodu krwotoków z miejsca łożyskowego.

W warunkach fizyologicznych 2-gi okres trwa za krótko, aby się mogło wytworzyć tak znaczne ściągnięcie się trzonu, żeby aż wystarczył do odklejenia łożyska, chyba dopiero w ostatnich chwilach 2-go okresu, gdy dziecko przechodzi przez szparę sromową, ale wtedy nie przynosi to szkody, bo w razie gdyby się te ostatnie chwile 2-go okresu nieco przeciągały, dziecko urodzi się tylko nieco omdlałe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał
Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Przodowanie barku z wypadnięciem lub bez wypadnięcia rączki jest niejako typowym i najczęstszym stanem, jaki spotykamy w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu. Zawsze prawie przydarza się takie ułożenie płodu w przypadkach wybitnie zaniedbanych, w których czynność porodowa trwa już bardzo długo, a wówczas płód zazwyczaj okazuje niejako dążność do ustawienia się w ten sposób, jakby miał się rozpocząć mechanizm dobrowolnego wytoczenia jego. Rzadziej już spotykamy w polu badania w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, jako część płodu najniżej ułożoną, a więc najwięcej dostępną: boczek klatki piersiowej, grzbiet, brzuszek lub wreszcie szyjkę płodu. Wogóle ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie może być w położeniach poprzecznych zaniedbanych bardzo rozmaite, czasem nawet tak dziwaczne, że płód przedstawiać się może jakby zwinięty w kłąb, a nieraz możemy spotkać ułożenia, które wydawać się mogą wprost nieprawdopodobne. Wobec tego nie zupełnie słusznym i odpowiednim wydać się musi ogólnie prawie polecany sposób postępowania, aby w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych płodu starać się w pierwszym rzędzie wykonać oddzielenie główki od tułowia.

Bez wątpienia dekapitacya jest zabiegiem najprostszym i najprędzej do celu prowadzącym i w przypadkach, w których szyjka płodu byłaby najwięcej dostępną częścią płodu, powinna być bezwarunkowo stosowaną. W rzeczywistości jednak, jak to już wyżej zaznaczyłem, ułożenie takie płodu, aby szyjka była najniżej, zdarza się stosunkowo bardzo rzadko. Z tego powodu zapewne niemal wszyscy autorowie, polecając wykonywanie dekapitacyi, nie żądają wcale, aby szyjka płodu była częścią najłatwiej dla ręki operatora dostępną, lecz rozpoczynając odpowiedni rozdział, piszą: jeżeli ręką do szyiki płodu dojść można,— jedni dodają: łatwo, drudzy nie,— należy wykonać dekapitacyę. Niektórzy autorowie nawet radzą w odpowiednich przypadkach starać się przez mocne pociąganie za wypadniętą rączkę obniżyć szyjkę płodu i tym sposobem niejako stworzyć sobie dopiero warunki do wykonania tego zabiegu. Mimowoli więc przychodzi się do wniosku, że w znacznej większości przypadków, chcąc postępować według wskazówek podanych w podręcznikach, musimy starać się niejako nagiąć do z góry obmyślanego typowego zabiegu, przystosować się do odmiennych warunków, a nawet musimy się niejednokrotnie starać zmienić bodaj cokolwiek ułożenie pojedynczych części płodu względem siebie. Jak już nadmieniłem, szyjka płodu tylko w nielicznych przypadkach będzie łatwo dostępną dla ręki operatora; w naj-

większej zaś liczbie przypadków przy położeniach poprzecznych zaniedbanych można się do szyjki płodu dostać po przezwyciężeniu mniejszych lub większych trudności, w poważnej zaś liczbie przypadków objęcie ręką operatora szyjki płodu, w celu wykonania oddzielenia główki od tułowia, jest bardzo trudne, lub wcale wykonać się nie daje. Że tak w rzeczywistości jest, dowodzą liczne w tym względzie spostrzeżenia różnych autorów.

I tak gorący zwolennik dekapitacyi, Pawlik, zestawiając 28 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, wspomina, że w 11-tu napotkano na niezwykłe trudności przy usiłowaniu objęcia ręką szyjki płodu, a w trzech z nich wykonać musiano najpierw wytrzewienie płodu. Potocki podaje, że na 18 przypadków, w 6-ciu było bardzo trudno dostać się do szyjki płodu, a w dalszych trzech wykonano przedwstępne wytrzewienie płodu, a potem dopiero oddzielenie główki od tułowia. Na 18 przypadków, które zestawił Arens, musiano w 9-ciu wykonać wytrzewienie płodu, widocznie zatem dojście do szyjki było w nich co najmniej bardzo trudne. Dalej podaje Fehre z kliniki Fehlinga w Halli, że na 9 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, w 4-ch wykonać musiano wytrzewienie, a w dwóch przypadkach napotkano na bardzo znaczne trudności, zanim zdołano dojść ręką do szyjki płodu.

Jeżeli rozpatrzymy te wszystkie przypadki razem, to zobaczymy, że na 73 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych, w 35-ciu, a więc prawie w połowie wszystkich przypadków, samo dostanie się i objęcie ręką szyjki płodu było bardzo trudne, albo wcale nie było możliwe. A nie godzi się zapominać, że są to spostrzeżenia i liczby, odnoszące się do operowanych w klinikach. Takie przypadki w zakładach operują zazwyczaj biegli operatorzy, a z tych zapewne niejeden nazwie szyjkę płodu jeszcze łatwo dostępną w przypadkach, w których przeciętny lekarz, praktykujący w położnictwie, napotka już na znaczniejsze trudności.

Dlatego wydaje mi się rzeczą słuszną, aby zalecać wykonywanie oddzielenia główki od tułowia tylko w przypadkach, w których szyjka płodu będzie w polu naszego badania, a więc będzie prawie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną częścią płodu. W przypadkach, w których szyjka płodu jest łatwo dostępną, jestem gorącym zwolennikiem dekapitacyi, gdyż jest to bezsprzecznie zabieg najprostszy i najprędzej prowadzący do celu. Nie tylko jednak nie mogę się zgodzić na to, aby ogólnie polecać stosowanie dekapitacyi o ile możności w pierwszym rzędzie we wszystkich przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, lecz co więcej, uważam obecnie zalecane sposoby postępowania, mające na celu oddzielenie główki od tułowia, za zabiegi względnie do wykonania trudne, szczególniej dla mniej wprawnego operatora, a często bardzo niebezpieczne dla rodzącej.

Przy użyciu narzędzi tępych, dziś przeważnie stosowanych, zmuszeni jesteśmy użyć znaczniejszej siły, aby złamać, względnie zwichnąć kręgosłup. W przypadkach dla zabiegu tego korzystnych mimo możliwie najlepszego ustalenia szyjki płodu zapomocą ręki, wewnątrz wprowadzonej, nie zawsze zdołamy uniknąć, aby często energiczne ruchy, wykonane ręką, operującą od zewnątrz, nie udzielały się płodowi za pośrednictwem narzędzia. Ruchy takie płodem wcale nie mogą być obojętne wobec znacznie rozszerzonego dolnego odcinka macicy o ścianach cienkich a z takim wobec położeń poprzecznych zaniedbanych zazwyczaj się spotykamy. Okoliczność ta dostatecznie została wyzyskaną przez przeciwników dekapitacyi zapomocą haka tępego Brauna i sądzę, że w części przynajmniej słusznie. Zestawienia statystyczne, odnoszące się do wyników po dekapitacyi zapomocą narzędzi tępych, które to wyniki na ogół wziąwszy są względnie korzystne, nie są w stanie osłabić pewnika, że znacznie ścieńczała ściana dolnego odcinka macicy łatwo uledz może przedarciu pod wpływem nawet słabego urazu, jaki powstać może czyto przez znaczniejszy ruch ręką operatora, wprowadzoną wewnątrz, czy też przez ruch narzędziem, udzielony płodowi. Jeżeli zaś do oddzielenia główki od tułowia użyjemy narzędzi ostrych, to łatwo zrozumiałą jest rzeczą, że operując w głębi na ciemno i kontrolując działanie narzędzia ostrego li tylko ręką, wprowadzoną wewnątrz, a względnie końcami palców, operator przy sumiennem kontrolowaniu ruchów narzędzia naraża na zranienie bądź swoją rękę, bądź części rodne miękkie operowanej. Przeciwnicy tego sposobu operowania wyrażają się dosadnie w ten sposób, że przy dekapitacyi zapomocą narzędzi ostrych zazwyczaj albo operowana, albo operator nie wychodzą bez szwanku.

To jedno zdaje się być niewątpliwem, że operowanie w głębi, na ciemno, kierując się tylko dotykiem, zwłaszcza przy użyciu narzędzi ostrych, jest rzeczą bądź co bądź trudną i niebezpieczną. Nabycie zaś odpowiedniej wprawy jest wprost dla ogółu lekarzy niemożliwem z powodu małej liczby przypadków, przydarzających się w zakładach naukowych i szpitalach. Jakiegokolwiek sposobu i któregokolwiek narzędzia użyjemy do oddzielenia główki od tułowia, zawsze operator musi wprowadzić swoją rękę tak wysoko do części rodnych rodzącej, aby mógł objąć szyjkę płodu. Niezbędnem jest to dla należytego wprowadzenia i założenia narzędzia, dla kontrolowania jego ruchów i działania, dalej w celu potrzebnego ustalenia, przytrzymania dotyczącej części płodu, a wreszcie w celu chronienia części rodnych rodzącej przed możliwemi obrażeniami. Ponieważ przy poprzecznych zaniedbanych położeniach obok obkurczenia się macicy około płodu, dolny odcinek macicy jest w większym lub mniejszym stopniu rozciągnięty, a ściany jego ścieńczałe, przeto przez samo wprowadzenie ręki obok płodu musi nastąpić jeszcze większe jego rozciągnięcie, a tem samem wzrasta niebezpieczeństwo, grożące z powodu możliwego pęknięcia macicy. Chcąc dekapitacyę uczynić zabiegiem mniej niebezpiecznym dla rodzącej, należałoby unikać przedewszystkiem większego rozciągania dolnego odcinka macicy, jakie przez wprowadzenie ręki powstaje; powinienby więc operator nie wprowadzać do części rodnych ręki w celu objęcia szyjki płodu, a dalej należałoby samo oddzielenie główki od tułowia wykonywać w tem ułożeniu, w jakiem się szyjka znajduje, aby o ile możności nie wykonywać znaczniejszych jakichkolwiek ruchów płodem. Oprócz tego powinien sam zabieg być jak najprostszym do wykonania tak, aby mógł być wykonywanym i przez lekarzy, nie posiadających wiele wprawy.

Mając te wszystkie okoliczności na względzie, zacząłem przedewszystkiem odsłaniać i uprzystępniać sobie jak naj-

więcej pole operacyjne, a skoro mi się to doskonale udało, ośmielony tem, że mogę operować ściśle pod kontrolą wzroku, używam obecnie bez obawy narzędzi ostrych.

Po różnych próbach i doświadczeniach, przedewszystkiem na fantomach z płodami, odpowiednio przygotowanymi i balsamowanymi, przyszedłem do przekonania, że oddzielenie główki od tułowia daje się wykonać najbezpieczniej dla rodzącej, a najłatwiej dla operatora w następujący sposób: Rodzącą układa się na łóżku poprzecznem, odpowiednio przygotowuje i oczyszcza części rodne. Następnie zapomocą łyżkowego wziernika odpowiedniej wielkości w stosunku do szerokości pochwy, a założonego na tylną ścianę pochwy, należy odsłonić dokładnie szyjkę płodu.

W przypadkach, w których pochwa jest szeroką i fałdzistą, okazuje się często potrzeba założenia na przednią ścianę pochwy drugiego wziernika łyżkowego. Po dostatecznem odsłonięciu szyjki płodu przecinam następnie zwykłym nożem chirurgicznym części miękkie szyjki w kierunku jej podłużnym, to jest wzdłuż osi ciała płodu, drążąc w głąb, o ile możności aż do kręgosłupa, na przestrzeni kilku centymetrów. W ten sposób po przecięciu otrzymujemy niejako dwa płaty z części miękkich szyjki, górny i dolny. Każdy z tych płatów ujmuje się następnie, chwytając przez całą grubość, zapomocą ostrych szczypczyków podwójnych z zamknięciem. Tak założone szczypczyki oddala się od siebie, rozchylając tem samem brzegi płatów, a to w tym celu, aby odsłonić kręgosłup. Wziernik, założony na przednią ścianę pochwy, jako zbyteczny, należy teraz usunąć. Gdy kręgosłup jest odsłonięty, gdy go widzieć możemy, wtedy silnemi prostemi nożycami przecinam tylko sam kręgosłup bezpośrednio pod kontrolą wzroku Postępowanie to wydaje mi się być łatwe i bezpieczne, gdyż części miękkie szyjki płodu zabezpieczają najzupełniej przed zranieniem części rodne operowanej. Skoro kręgosłup został przecięty, chwytam takiemi samemi jak poprzód podwójnemi szczypczykami dolną część szyjki płodu, a względnie brzegi rany, cięcia, położone bliżej klatki piersiowej, a gdy tylko możliwe i górną część widocznej odsłoniętej klatki piersiowej, uważając, aby ostrze szczypczyków ujęły nie tylko części miękkie, ale chwyciły także części twarde, to jest kości płodu, a więc dolną część przeciętego kręgosłupa, lub też żeberka z obojczykiem. Zazwyczaj wystarcza założyć w ten sposób dwie lub trzy pary takich szczypczyków, przyczem zaznaczam, że do tego celu mogą być użyte szczypczyki, założone początkowo na płatach z części miękkich szyjki, a które po przecięciu kręgosłupa jako zbyteczne mogą być zdjęte, zwłaszcza po założeniu dalszej pary szczypczyków. Gdy teraz, ująwszy razem założone w ten sposób szczypczyki, będziemy pociągać za nie równocześnie w kierunku osi miednicy matki, to pozostawione części miękkie szyjki, rozciągając się coraz więcej, mogą się wydłużyć i rozciągnąć często tak dalece, że jesteśmy niekiedy w stanie wyprowadzić na zewnątrz najpierw klatkę piersiową, poczem zaraz występują pośladki z nóżkami, a w końcu, przy użyciu znanych sposobów, możemy wytoczyć następującą główkę płodu. Albo też po założeniu szczypczyków na górną część klatki piersiowej można pociągać razem za szczypczyki nieco ku dołowi i w stronę, po której leży główka płodu; wówczas przesunie się nam klatka piersiowa nieco ku stronie główki; w polu badania, względnie widzenia naszego ukaże się nam dalsza część klatki piersiowej. Na tę część zakładamy dalsze szczypczyki, zdejmując poprzednio założone i pociągamy za nie ku dołowi w tym samym kierunku, co poprzednio, poczem zwykle udaje się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Jeżeli przy pociąganiu za założone szczypczyki zmuszeni jesteśmy do użycia większej siły, to zdarzyć się może, że jedne lub drugie szczypczyki będą miały dążność do wyrwania się, względnie ześlizgiwania; wtedy należy odpowiednie szczypczyki poprawić lub nowe założyć, chwytając o ile możności wyżej i mocniej tak, aby ująć więcej ciała płodu w szczypczyki.

Jako rzecz niezmiernej wagi podnoszę, że przy tym sposobie operowania dolny odcinek macicy wcale nie zostaje rozciągany więcej, niż był przedtem, ani też nie jest narażony na uraz; a dalej zwracam uwagę na szczegół, że oprócz podłużnego przecięcia na przestrzeni kilku centymetrów, części miękkie szyjki płodu pozostają nienaruszone, a jako takie znakomicie ułatwiają w końcu wydobycie następującej główki płodu. Są to zalety tego postępowania tak ważne, że sądzę, iż bez długich wywodów zalecają mój sposób.

Czas trwania operacyi zależeć naturalnie będzie od stosunków w poszczególnych przypadkach; zwykle zabieg wykonać się daje w krótkim stosunkowo czasie, bo w przeciągu kilku minut. Zabieg sam jest tak prostym i łatwym do wykonania, że każdy lekarz, któremu nie robi trudności posługiwanie się wziernikami łyżkowymi i szczypczykami, łatwo może go wykonać.

W ten sposób przedstawia się tok operacyi oddzielenia główki od tułowia w przypadkach poprzecznych zaniedbanych położeń płodu, w których niema zarazem znaczniejszego niestosunku porodowego.

W przypadkach, w których niestosunek pomiędzy rozmiarami płodu, a wymiarami miednicy matki byłby znaczniejszy, rzeczy przedstawiają się inaczej; samo oddzielenie główki od tułowia w takich przypadkach zazwyczaj nie wystarcza i w takich razach zmuszeni jesteśmy wykonać w dalszym ciągu rzeczywiste zmniejszenie pojemności tułowia płodu, a następnie często i jego główki, w celu rozwiązania rodzącej.

Ponieważ, jak to powyżej już zaznaczyłem, szyjka płodu bardzo rzadko tylko będzie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną częścią płodu, przeto i dekapitacya w ten sposób wykonana należeć będzie do zabiegów nie częstych. Znacznie częściej spotykamy się z przypadkami, w których szyjka płodu, po odsłonięciu zapomocą wzierników, nie będzie widoczną w polu widzenia operatora. W przypadkach takich oddzielenia główki od tułowia mojem zdaniem wykonywać nie należy, lecz starać się przedewszystkiem uzyskać więcej miejsca, a to przez zmniejszenie objętości i rozmiarów klatki piersiowej, względnie całego tułowia płodu. W myśl przyjętej przezemnie zasady i w tych przypadkach punktem wyjścia naszego działania, a więc miejscem, na którem zabieg należy rozpoczynać, będzie zawsze część płodu najwięcej dla operatora dostępna, a więc część, która po odsłonięciu zapomocą wzierników będzie najniżej ułożona, a tem samem widoczna.

Wszyscy autorowie, mówiąc o zmniejszeniu rozmiarów tułowia, mają na myśli wydobycie i usunięcie trzew klatki piersiowej i jamy brzucha płodu; radzą więc wykonać nie-

jako wytrzewienie w ścisłem tego słowa znaczeniu. Na to zapatrywanie, a co za tem idzie i na sposób postępowania w takich przypadkach, w zupełności zgodzić się nie mogę. Przekonałem się bowiem niejednokrotnie, iż samo wydobycie narządów klatki piersiowej sprowadza tylko niewielkie jej zapadnięcie się i zmniejszenie objętości, przez co nie tak wiele miejsca zyskujemy. Daleko więcej, ba nawet bardzo wiele uzyskać możemy przez przecięcie klatki piersiowej, a więc żeber z obojczykiem, o ile możności w kierunku podłużnym do osi ciała płodu. Po takiem przecięciu stosunki w ułożeniu płodu się zmieniają, tułów daje się z łatwością wyginać i wykręcać; nawet bez wydobycia płuc i serca rozmiary i objętość klatki piersiowej znacznie się zmniejszają, gdyż przecięte żebra mogą się przesuwać i poniekąd na siebie zachodzić, w następstwie czego część poprzedzająca płodu po przecięciu klatki piersiowej zstępuje zaraz niżej. Skutkiem tego obniżenia się część poprzedzająca staje się więcej dostępną, a dalszy ciąg operacyi przebiega z łatwością prawie nie do uwierzenia. Że tak jest, każdy przekonać się może naocznie na zwłokach płodów, a występuje ten szczegół najwybitniej po przecięciu wszystkich żeber i obojczyka. Wobec tego w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, w których chcemy zmniejszyć objętość tułowia, a w szczególności klatki piersiowej, nie należy starać się tak bardzo o opróżnienie klatki piersiowej, lecz raczej dążyć do jej przecięcia wzdłuż osi podłużnej płodu. Mojem zdaniem jest to zupełnie naturalne i jasno się tłómaczy tem, że nie części miękkie stanowią przeszkodę, aby ciało płodu powoli mogło się przystosować do wymiarów miednicy matki, lecz części twarde płodu. Im większe więc w pewnym przypadku napotkamy trudności, im znaczniejszy w danym razie będzie niestosunek porodowy, tem więcej będziemy zmuszeni przeciąć części twardych płodu, aby umożliwić wydobycie płodu drogami naturalnemi.

Wobec tego, że w położeniach poprzecznych zaniedbanych ułożenie płodu może być bardzo rozmaite, ścisłego typowego kierunku, w jakim przecinać należy części twarde płodu, oznaczyć nie podobna. W każdym przypadku powinien operator postępować według własnego uznania, mając ciągle na myśli, aby przeciąć jak najwięcej części twardych płodu, nie troszcząc się o części miękkie i aby przecinać tylko to, co widzi, a więc aby operować narzędziami tylko w polu swojego widzenia. (Ciąg dalszy nast.).

IV. Wyciągi.

Wolff. **Dalszy przyczynek do prowadzenia porodu przy miednicach wązkich.** (*Arch. für Gyn.* tom 69, zeszyt 2, 1903). Przez ostatnich 10 lat (1802—1902) spostrzegano w poliklinice berlińskiej „Charité“ 581 porodów przy miednicy wązkiej, przyczem za wązką miednicę uważano tę, której wymiar prosty prawdziwy (*conj. vera*) był poniżej $9^3/_4$ ctm. Uwzględniano tylko porody płodów dojrzałych, lub prawie dojrzałych; 207 razy szło o porody z poprzedzającą główką i autor tylko te przypadki roztrząsa w niniejszej pracy. Samoistnie przebiegał poród 99 razy, czyli w stosunku do ogólnej liczby wązkich miednic 17%, w stosunku tylko do główkowych położeń płodu 33·70%. Śmiertelność płodów wynosiła 8·8%; na 99 matek umarło dwie. Do jakich granic można się zachowywać wyczekująco, świadczy sześć przypadków porodu samoistnego przy miednicach z *c. v.* $7^1/_2$—7, przyczem płody te urodziły się żywe; 147 razy ukończono poród kleszczami, 14 razy zabieg ten się nie udał. Z tego przypada 90 przypadków na kleszcze nizkie, a 71 na wysokie. Śmiertelność płodów przy kleszczach zwykłych wynosiła 5·6%, z matek żadna nie umarła; przy wysokich śmiertelność płodów = 14%, a po wliczeniu tych, które ukończono przez wymóżdżenie = 29%, z matek umarła tylko jedna. Podobnie, jak i na innych klinikach nie użyto kleszczy nigdy z powodu, lecz przy wązkiej miednicy; wskazanie powinno też być zawsze ścisłe, a jest niem tylko niebezpieczeństwo grożące płodowi, lub matce. Dłużej zatrzymuje się autor nad wartością używania wysokich kleszczy, niektórzy bowiem radzą wprost zarzucić ten zabieg i zastąpić go innym; tylko cięcie łonowe mogłoby być tym zabiegiem. Pomimo jednak znacznych postępów w tym kierunku śmiertelność matek przy tej operacyi jest większą, aniżeli przy wysokich kleszczach, a zresztą trudno ją zastosować w praktyce prywatnej, a już najmniej w poliklinice, gdzie pomocy żądają w ostatniej chwili po poprzedniem kilkakrotnem badaniu przez położną i lekarzy. W celu uniknięcia jednak nieprzyjemności przy użyciu wysokich kleszczy trzeba uwzględnić pewne warunki i zabieg ten uważać tylko jako próbę, która może się nie udać; nie należy nigdy wykonywać tego zabiegu, jeżeli u matki występują wyraźne oznaki zakażenia, ani też tam, gdzie zachodzi wielkie niebezpieczeństwo pęknięcia macicy; należy się starać, aby ujście macicy było dostatecznie rozwarte, a główka płodu ustaloną; wreszcie zabieg ten nie jest operacyą dla niewprawnych; pociągań nie należy forsować, ale kleszcze po nieudałej próbie zawczasu zastąpić trepanem. Wieloródki lepiej znoszą ten zabieg, aniżeli pierwiastki. Im ścieśnienie miednicy jest większe, tem rokowanie gorsze; przy *c. v.* poniżej $7^1/_2$ ctm. należy unikać wysokich kleszczy. Wreszcie ma wpływ także ustawienie główki płodu. Wymóżdżenie wykonano 51 razy w przypadkach grożącego, lub powstałego pęknięcia macicy, długotrwałej gorączki podczas porodu, dalej z powodu słabych bólów i ogólnego osłabienia matki (po nieudałej próbie kleszczami), wreszcie przy wypadniętej pępowinie i nieżywym płodzie. Tylko 6 płodów żyło pewnie przed wymóżdżeniem, z matek zaś umarło 3, dwie wskutek pęknięcia macicy, jedna z zakażenia, stanów istniejących przed operacyą; wskutek samego zabiegu żadna. Zastąpienie wymóżdżenia na żywym płodzie cięciem cesarskiem możliwem jest tylko w klinice i to nie we wszystkich przypadkach. W II. rozdziale zestawione są wyniki porodów z poprzedzającą główką przy miednicach wązkich w stosunku do liczby poprzedzających porodów. Na 297 porodów odbył się on 142 razy u pierwiastek, 155 u wieloródek. Na podstawie dat statystycznych wynika, że konieczność założenia kleszczy nizkich maleje w miarę wzrostu liczby porodów poprzedzających, tutaj z 47·5% u pierwiastek na 0·%, u wieloródek na odwrót, użycie kleszczy wysokich wzrasta w miarę liczby porodów poprzedzających, tutaj z 27% u pierwiastek na 41·2% u wieloródek; ten sam stosunek dotyczy i obrotów: z 14% u pierwiastek wzrasta ich liczba u wieloródek do 59·%; widzimy więc, że w miarę zwiększającej się liczby porodów przy miednicach wązkich stają się one coraz cięższe. Przyczyny tego należy szukać w tem, że pierwiastki łatwiej i szybciej przezwyciężają zwężony wchód miednicy, aniżeli wieloródki; u tych bowiem i główka płodu jest większą i twardszą, bóle zaś słabsze, szybciej wytwarza się pierścień skurczowy, praca tłoczni brzusznej jest słabszą i często istnieje brzuch obwisły. W rozdziale III. wreszcie zastanawia się autor nad przebiegiem porodu w stosunku do rozmaitych form i stopni ścieśnienia miednicy. Liczba porodów samoistnych bardzo szybko maleje w miarę zwiększenia się stopnia ścieśnienia; w tym samym stosunku zmniejsza się też liczba rozwiązań kleszczowych nizkich. Kleszczy wysokich użyto najczęściej przy miednicach z *c. v.* między $8^3/_4$—$7^3/_4$, przy wyższych i niższych stopniach ścieśnienia są one rzadsze. Natomiast wzrasta liczba wymóżdżeń w miarę, im wyższy stopień ścieśnienia; w tym samym stosunku wzrasta śmiertelność płodów, szczególnie przy miednicach ogólnie ścieśnionych. Wogóle wynosiła ona przy miednicach z *c. v.* $9^3/_4$—$7^3/_4$ = 20%, a przy miednicach z *c. v.* $7^1/_2$—6 = 55·6%. W końcu zestawia autor te wyniki, otrzymane przy porodach z poprzedzającą główką, z wynikami podanymi w innej swej pracy, a traktującej o obrotach przy miednicach wązkich. Szczególnie długo zatrzymuje się nad t. zw. obrotem zapobiegawczym, który powinien znaleźć zastosowanie głównie przy miednicach z *c. v.* $9^3/_4$—$7^3/_4$, ale wykonany tylko przy stojącym pęcherzu płodowym, lub dopiero co pękniętym i przy zupełnie rozwartem ujściu macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Cramer. **O zastosowaniu adrenaliny w ginekologii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 34. 1903). Znakomite wyniki, otrzy-

mane po stosowaniu adrenaliny w innych gałęziach lecznictwa, zachęciły autora do zastosowania jej w chorobach kobiecych. Pierwszy raz użył adrenaliny w przypadku nie nadającego się do operacyi raka części pochwowej macicy, który podczas skrobania znacznie krwawił; wacik, zamaczany w adrenalinie i przytknięty do rany, zatamował krwotok w ciągu 5 minut. W drugim przypadku wstrzyknął C. przed skrobaniem raka w okolicę dna wrzodu 3 ctm.³ 1‰ roczczynu adrenaliny, poczem operacya była zupełnie bezkrwawą. Dalej zastosował autor adrenalinę w przypadku mięska cewki moczowej (caruncula urethrae), które wyciął, oraz w przypadku uporczywego świądu i zaczerwienienia w okolicy wejścia do pochwy, opierającego się wszelkiemu leczeniu. W tym przypadku wacik, zamaczany w nadnerczynie 1 : 300, sprowadził zniknięcie objawów. Nieżyty macicy (trzonu i szyjki) leczą się znakomicie przez usunięcie wywinięcia wargi (ectropion) adrenaliną. Przy krwotokach po skrobaniu macicy autor stosował ten przetwór w ten sposób, że zgłębnik, owinięty watą i napojony roczczynem 1 : 2000 adrenaliny, trzymał w jamie macicy przez 1—2 minut, poczem krwotok zupełnie ustępował; autor radzi stosować ten sposób zawsze po skrobaniu. Przeciwwskazaną jest adrenalina w krwotokach macicznych w trzecim okresie porodowym. *B. Żmigród.*

Turró. **Pochodzenie i właściwości aleksyn.** (*Berliner klinische Woch.* 1903, 36). 1. Przez aleksyny (lizyny, substancye bakteryolityczne, cytazy itd.) rozumiemy ciała, działające chemicznie na protoplazmę drobnoustrojów, która zmienia się na bezkształtną, rozpuszczalną masę. Proces rozpuszczania nosi miano bakteryolizy. 2. Aleksyny są wytworem protoplazmy komórek (wątroby, śledziony, nabłonka nerki i gruczołu tarczykowego, białych ciałek itd.); działanie ich rozpoczyna się po poprzedniem rozpuszczaniu w wodzie o zawartości fizyologicznego rozczynu soli. 3. Własności poszczególnych aleksyn różnią się między sobą, zależnie od protoplazmy komórki, z której powstały: jedne działają, względnie nie działają, na ten lub inny rodzaj drobnoustrojów. 4. Dotychczas wykazano doświadczalnie aleksyny w gruczole tarczykowym, w torebce przynercza, w tkance nerki, w gruczołach chłonnych, w mięśniach, wątrobie i śledzionie, w plazmie krwi, w końcu w żółtku jajka po poprzedniem rozpuszczeniu w białku. 5. Za enzymy ze stanowiska chemicznego uważamy te aleksyny, które posiadają zdolność trawienia drobnoustrojów przy pomocy postępującej hidrolizy. 6. Większa lub mniejsza siła odporności ustroju, wystawionego na zakażenie, (odporność naturalna) zależy od tego, jakie procesy fizyologiczne w komórce sprzyjają rozpuszczeniu aleksynów, a temsamem powodują ich działanie. *B. Żmigród.*

Doc. Fawicki. **Ze spostrzeżeń klinicznych nad skrobiowatem zwyrodnieniem nerek.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 10, 12). Na podstawie spostrzeganych przez siebie przypadków skrobiowatego zwyrodnienia nerek, stwierdzonych następowem badaniem pośmiertnem, Fawicki (Petersburg) przy rozpoznawaniu tej sprawy chorobowej przypisuje największej wagi następującym zmianom w moczu: znacznej zawartości białka, stosunkowo nizkiemu ciężarowi właściwemu, skąpej ilości wałeczków w osadzie, zwłaszcza szklistych. Te trzy oznaki, występując jednocześnie i będąc mniej więcej stałemi, dają prawo do wykluczenia niepowikłanego miąższowego i śródmiąższowego zapalenia nerek. Wzmiankowane oznaki nabierają jeszcze większej wagi w rozpoznaniu skrobiowatego zwyrodnienia nerek w razie, jeśli im towarzyszy stosunkowa przeźroczystość moczu i nadmierne moczenie, nawet niezbyt silne. Co się tyczy stanu innych narządów, to ogromne znaczenie ma obecność podstawowego cierpienia, sprowadzającego zwyrodnienie skrobiowate. W szukaniu podobnej przyczyny nie należy jednak ograniczać się tylko temi klasycznemi chorobami, które są przytaczane w podręcznikach i monografiach, lecz zwracać uwagę i na mniej ważną, naprzykład: rozszerzenie oskrzeli, ropne zapalenie miedniczek nerkowych, rak macicy, rak pęcherza moczowego z gnilno-ropną wydzieliną i t. d.; choroby te wikłały się w spostrzeżeniach autora ze zwyrodnieniem skrobiowatem nerek znacznie częściej, niż to dotychczas utrzymują. Zwyrodnienie skrobiowate nerek cechuje w dalszym ciągu brak przerostu serca i napiętego tętna, oraz obrzęków. Co się tyczy wroście przerostu wątroby i śledziony, to wbrew zdaniu większości klinicystów spostrzeżenia F. wykazują, że powiększenie tych narządów nie zawsze ma rozstrzygające znaczenie w rozpoznaniu zwyrodnienia skrobiowatego nerek. Pouczającem jest, że w jednym z przypadków autora wątroba okazała się na sekcyi nie zbitą, jak należało oczekiwać, lecz zupełnie zwiotczałą, zatem taką, jaką znajdował nieraz prof. Krawkow (Petersburg) u kogutów po wywołaniu u nich zwyrodnienia skrobiowatego narządów wewnętrznych. Przerost śledziony towarzyszy częściej skrobiowatemu zwyrodnieniu nerek, niż przerost wątroby, a więc ma, jako rozpoznawcza oznaka, doniośliejsze znaczenie. Idąc wskazaną drogą, można, zdaniem F., z wielką stanowczością rozpoznać w większości przypadków zwyrodnienie skrobiowate nerek. Zdarzają się jednak przypadki tego schorzenia, w których główne objawy zarysowują się niewyraźnie, lub przypadki, powikłane z objawami miąższowego lub śródmiąższowego zapalenia nerek, w których występują na pierwszy plan oznaki zapalenia nerek. W tych razach rozpoznanie skrobiowatego zwyrodnienia nerek pozostaje nieraz pod znakiem zapytania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Wierjużski. **Roentgenoskopia i inne sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 17). Autor (Petersburg) roztrząsa różne sposoby, polecone w celu wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc. Pomimo zwykłego oglądania i utartego oznaczania stanu odżywienia chorego na oko, dla większej przedmiotowości, idąc za przykładem autorów francuskich, ocenia autor stan odżywienia przez oznaczenie stosunku wagi ciała do wzrostu. U osobników źle odżywianych stosunek ten wynosi 3½ lub mniej; przy odżywieniu zadowalniającem i dobrem stanowi on 3½—4½ i wyżej. Spostrzeżenia W. wykazują jednak, że nawet wysokie stopnie odżywienia (4 i więcej) nie chronią od zakażenia gruźlicą; odwrotnie u niektórych chorych z odżywieniem podupadłem (3,2—3,3), najdrobiazgowsze badanie nie wykrywa żadnych objawów gruźlicy. W większości jednak przypadków złe odżywienie u osobników ze zdrowym przewodem pokarmowym stanowi pierwszą ważniejszą oznakę wątpliwego stanu narządów oddechowych; istotnie dalsze ścisłe badanie wykazywało zmiany w płucach lub opłucnej. Wśród innych wczesnych objawów autor zwraca uwagę na ciepłotę, która w większości przypadków ulega okresom gorączkowego nasilenia o niejednakowem natężeniu i długotrwałości, bez żadnych widocznych przyczyn. Najważniejszych w tym kierunku wyników dostarcza opukiwanie i osłuchiwanie płuc. W wielu jednak przypadkach metody te dały W. wyniki wątpliwe. W tych razach uciekał się W. do Roentgenoskopii. Prześwietlność klatki piersiowej dla X-promieni jest zawisłą od objętości klatki piersiowej i grubości powłok z jednej, a ilości powietrza, zawartego w płucach, z drugiej strony. Zmniejszenie własności prześwietlnej stwierdza się w tych przypadkach, w których zawartość powietrza w płucach jest obniżoną, więc w ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych płuc, w przypadkach wypocin i przesięków opłucnej, nowotworów i t. d. Badając w ten sposób 84 chorych, u 28 rozpoznał autor przewlekłe zapalenie płuc w różnych okresach rozwoju, z tej liczby w kilku przypadkach pierwotne zwykłe badanie płuc nie wykazywało zajęcia ich sprawą chorobową; w tych przypadkach przewlekłe zapalenie płuc w początkowym okresie zostało wykryte tylko przy ponownych badaniach chorego, przedsięwziętych wskutek obrazu, otrzymanego drogą Roentgenoskopii. Niemniej pomocniczą była Roentgenoskopia i w rozpoznawaniu wysięków opłucnowych, zwłaszcza przy oznaczeniu pozostałości tych wysięków, które dawały niedość przekonywające objawy opukowe i wysłuchowe; stosownie do usadowienia wysięku otrzymywał W. cień nawet wtenczas, gdy ucho nie wykrywało prawie żadnych zboczeń od normy; w wybitny też sposób występowało przy tem badaniu w tych przypadkach upośledzenie ruchomości przepony po stronie zajętej. Nie zawsze jednak obraz Roentgenoskopowy odpowiadał rozpoznaniu, uczynionemu po dłuższem klinicznem spostrzeganiu chorego. Okoliczność ta tłómaczy się tem, że prześwietlność płuc dla X-promieni zależy od dwóch wręcz przeciwnych czynników, mianowicie od stwardnienia tkanki płucnej w następstwie sprawy zapalnej i od jej rozedmy, wikłającej zwykle sprawy zapalne w płucach: pierwszy z tych czynników obniża prześwietlność płuc, drugi zaś ją zwiększa. Nic więc dziwnego, że zapalenie płuc, jak również wysiękowe zapalenie opłucnej, nie zawsze mogą być rozpoznane drogą Roentgenoskopii. W każdym razie Roentgenoskopia przysparza badaczowi nader cennych wskazówek przedmiotowych, dotyczących stanu i czynności narządów piersiowych i przedstawia nową, niezależną od innych metodę, kontrolującą wyniki zwykłego badania klinicznego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Buhe. **O nakłuciu lędźwiowem i jego znaczeniu dla rozpoznania i leczenia chorób mózgowych pochodzenia usznego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). Autor zbija zapatrywanie Körnera, który doradza jak najbardziej ograniczyć nakłucie lędźwiowe, ponieważ 1) nie uważa go za pewne przy rozstrzyganiu wątpliwości, czy istnieje zapalenie opon, czy też go niema, a natomiast 2) dopatruje w niem niebezpieczeństwa. Przypadki, przytoczone przez Körnera na poparcie pierwszego zarzutu, są tak rzadkie, że nie zdołają zachwiać wartości tego zabiegu. Drugi zarzut, tyczący się niebezpieczeństwa nakłucia, również nie wytrzymuje krytyki, gdyż przypadki śmierci po tym zabiegu są wyjątkowe i często powstaje wątpliwość, czy należy je kłaść na karb nakłucia. O ile samo zwiększenie liczby ciałek białych w pły-

nie mózgowo-rdzeniowym nie wystarcza do rozpoznania zapalenia opon, lecz należy tu wykazać i prątki w tym płynie, przyszłość dopiero rozstrzygnie. Na razie wypada trzymać się dawnego zapatrywania, wedle którego każde zmętnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wskazuje na podrażnienie opon mózgowych, niezależnie od tego, czy on zawiera leukocyty i prątki, czy nie. Na dalszy zarzut Körnera, że odkąd wiemy, iż zapalenie opon mózgowych jest także uleczalne, możemy się obejść bez tego nakłucia, można odpowiedzieć, że dla rokowania, jak niemniej dla pewności postępowania chirurgicznego, przecież nie może być obojętnem dowiedzenie się, czy zapalenie opon w danym przypadku istnieje, lub nie. Autor przychodzi do wniosku, że w nakłuciu lędźwiowem mamy doskonały środek pomocniczy dla poznania i rozróżnienia śródczaszkowych powikłań zapalenia usznego. Jeżeli próba ta czasem jeszcze zawodzi, to naszym obowiązkiem powinno być unikanie błędów przez dalsze wydoskonalenie tej metody badania. *Spira.*

Du Mesnil de Rochemont (Altona). **W sprawie choroby Adams-Stokesa.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1903). Istota choroby Adams-Stokesa polega na napadowo pojawiającem się zwolnieniu tętna (bradycardia) u chorych na serce, ze zboczeniami ze strony narządu oddechowego, łącznie z utratą przytomności, lub też z objawami duszności sercowej. Najczęściej bywają nią dotknięci ludzie starsi, okazujący znamiona zwapnienia aorty i tętnic wieńcowych serca, lub wad zastawkowych tętnicy głównej, jakkolwiek bywają także przypadki choroby Adams-Stokesa u osobników młodszych. Napady te, powtarzające się z mniejszem lub większem nasileniem przez całe tygodnie lub miesiące, mogą zupełnie zniknąć, lecz kończą się nierzadko śmiertelnie, zwłaszcza u starych ateromatyków. Na zasadzie dotychczasowych doświadczeń i badań pośmiertnych można odróżnić pod względem etyologicznym dwie postacie choroby Adams-Stokesa: sercową (cardiogenes) i nerwową (neurogenes); pierwsza jest wynikiem zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego (Adams), zwężenia ujścia żylnego lewego (stenosis mitralis) i niedomykalności aorty, zatoru tętnic wieńcowych serca (Korczyński), wreszcie fragmentacyi lewego serca i mięśni beleczkowatych; druga postać może być następstwem zgrubienia nerwu błędnego i obrzmienia górnego zwoju szyjnego, ucisku na most Varola lub rdzeń przedłużony; nierzadko także rozwija się skutkiem nowotworowych zmian kiłowych na dnie czwartej komory. Odnośnie do tego szematu opisuje autor dwa prawie typowe przypadki choroby Adams-Stokesa, z których jeden tyczy się 35-lotniego robotnika, okazującego między innemi zwolnienie tętna nie skutkiem zmniejszonej ilości skurczów serca, lecz będące następstwem niedostatecznego skurczu mięśnia sercowego, występującego regularnie co drugie tętno, a niezdolnego do wywołania fali tętna w tętnicy szyjnej i sprychowej. Przypadek drugi okazuje podobny objaw na tle nerwowem. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Hippel. **O częstości zmian w stawach u ludzi dotkniętych kiłą dziedziczną.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). Wbrew doświadczeniu wielu chirurgów autor jako okulista spotykał bardzo często zmiany w stawach u ludzi, zwłaszcza u dzieci, dotkniętych jakiemiś zmianami kiłowemi w oku, jak np. miąższowe zapalenie rogówki. Ponieważ obok tego bardzo często wykazywał zmiany inne, świadczące o obciążeniu dziedzicznem kiłą i ponieważ zmiany w stawach ustępowały bez pozostawienia śladu pod wpływem swoistego leczenia, sądzi H., że ma wszelkie prawa po temu, aby i te zmiany w stawach uważać za kiłowe. Zmiany w stawach, które z reguły poprzedzają wybuch zapalenia rogówki, spostrzegał H. w 56, względnie 63% miąższowego zapalenia rogówki. Najczęściej zajętem bywa kolano (41 razy, z tego zaś w 33 przypadkach obustronnie), rzadko inne stawy. Typową formą anatomiczną jest puchlina wodna (*synovitis serosa*) bez zgrubienia kości. Najczęściej zmiany w stawach widywał u dzieci między 6—10 rokiem życia, potem u młodzieńców między 16 a 20 rokiem życia. Rozprawkę swą kończy autor dwoma twierdzeniami: 1) Zmiany swoiste w stawach u ludzi, obarczonych kiłą dziedziczną i to w okresach późnych, są częste. 2) Zmiany te są częstsze, niż n. p. zęby Hutchinsona, lub zajęcie błędnika; w każdym tedy przypadku podejrzanym o kiłę dziedziczną, należy się wypytywać o ewentualne zajęcie stawów. Odpowiedź potwierdzająca czyni rozpoznanie kiły dziedzicznej jeszcze prawdopodobniejszem. *Herman.*

Dr. E. Hofmann. **O operowaniu połogowego zapalenia sutka.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1903, Nr. 31). Głównie aby uniknąć blizn szpecących, zwłaszcza zaś w przypadkach ropni, usadowionych w obu górnych kwadrantach, operuje Bardenheuer zapalenie połogowe sutka w sposób następujący: Cięciem półkolistem, otaczającem dolny obwód sutka, oddziela go od podstawy i odwraca ku górze. Następnie przez podstawę cięciem promienistem otwiera ropień, ściany jego oczyszcza, a jamę drenuje grubym sączkiem, który wyprowadza na zewnątrz przez ranę skórną po opuszczeniu sutka na dawne miejsce. Blizna całkowicie kryje się w fałdzie pod sutkiem. Tej samej metody użyć można w nowotworach łagodnych sutka. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Veronal jest według Fischera, który wypróbował go na 83 chorych, bardzo pewnym środkiem nasennym. Nie zawiódł go nawet w przypadkach ostrego obłędu, porażenia postępującego, gdzie o wpływie poddawania nie mogło być mowy. Ubocznych następstw nie zauważył; wyjątkowo na drugi dzień występowały mdłości, wymioty, lub senność. Sen bywał zazwyczaj spokojny, bez marzeń, trwał 6 do 10 godzin; nazajutrz chorzy czuli się pokrzepieni. Dawka wynosi 0·5 do 1·0 gr., wyjątkowo 1·5 do 2·0 gr. Przyjmuje się weronal w ciepłem mleku, herbacie, lub też w opłatku. Działanie występuje w pół do 1 godz po przyjęciu leku. Weronal należy do leków, które na mocy rozstrząsań teoretycznych z góry się zaleca, jako idealny środek nasenny. Podobnie, jak uretan, jest pochodnym mocznika, dwuetylomalonylomocznikiem, jest więc ciałem, ustrojowi nie obcem, które w kolei przemian przechodzi w mocznik. Trudno rozpuszcza się w wodzie. Weronal jest proszkiem bezbarwnym, o słabo gorzkawym smaku. (*Therap. Monatshefte*, Zeszyt 8, 1903). *Orzechowski.*

Thieme L. **Doświadczenia nad aspiryną.** (*Therapeut. Monatshefte*, XVII, 455). Autor poleca aspirynę, jako lek obniżający gorączkę w gruźlicy. Używa w tym celu dawek małych: 2 razy dziennie po 0·25 na 4 do 5 godzin przed spodziewanem wystąpieniem gorączki. Działanie przeciwgorączkowe jest wybitne, jak przy stosowaniu piramidonu, i bez objawów ubocznych. Autor przestrzega przed stosowaniem aspiryny w przypadkach krwotoków płucnych i skłonności do nich. Szczególnie dobre wyniki dawała aspiryna w przypadkach powikłanych z lekką grypą, w tak zw. przeziębieniu, któremu tak łatwo ulegają cierpiący na płuca pod wpływem zmian atmosferycznych. W tych przypadkach podawał autor 1·0 aspiryny, w kwadrans potem pół litra ciepłej limoniady, a po pół godzinie potem znowu 1·5 gr. aspiryny. Zwykle występują silne poty, a ciepłota ciała spada w 2, 3 dniach do prawidłowej. Autor podaje o skutecznem działaniu aspiryny w jednym przypadku wysięku opłucnowego i w ostrym gośćcu stawowym. *K. O.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 marca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Ziembicki. Obecnych członków 45.

I. Kol. Świątkiewicz J. przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej.

1) Chorego 13-letniego z objawami *lupus vulg. serpiginosus et exfoliativus* obu kończyn dolnych.

2) Chorą 14-letnią z *lupus tumidus* pośladka lewego. Zmiany chorobowe przechodzą na wargę sromną większą lewą, nie zajmując błony śluzowej.

3) Chorego 7-letniego z objawami *lupus vulg. exulcerans dispersus.* U chorego tego naliczono 27 ognisk, rozrzuconych po całem ciele, od wielkości grochu, do wielkości dłoni dziecka. Wszystkie te przypadki nadają się do leczenia operacyjnego, polegającego częściowo na wycięciu, częściowo na wyskrobaniu ostrą łyżeczką i następowem wypaleniu żegadłem Paquelina.

II. Kol. Machek przedstawia chorych, leczonych wstrzykiwaniami mieszaniny parafiny z waseliną. W wykładzie podaje sposób wykonania wstrzykiwań i szereg wskazań, w których z dobrym skutkiem te wstrzykiwania zastosował. Wskazania: 1) *Entropium spasticum palp inf.* u osób starych z wiotką skórą. 2) *Entropium spasticum* pod opaską występująca szczególnie po operacyach. 3) W niższych stopniach *entropium trachomatosum;* w tych przypadkach zastosowano operacyę także prowizorycznie. 4) Odwinięcie powieki skutkiem blizny (*entropium cicatricum*), powstałej szczególnie po próchnieniu brzegu oczodołowego. 5) Brak górnego fałdu powiekowego. 6) Zapadnięcie urazowe gałki ocznej w oczodół (*enophthalmus traumaticus*). 7) Po wyłuszczeniu gałki ocznej w celu wypełnienia oczodołu w tych przypadkach, w których chorzy nie wkładają oka sztucznego dla zapobiegnięcia zwijaniu

się powiek. 8) W jednym przypadku objawu Hornera, który długi czas trwał, ze względów kosmetycznych. (Wykład ukaże się w druku).

Dyskusya

Kol. Szulisławski zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wstrzykiwania parafiny przy *enophthalmus* u widzących, ze względu na mogący wystąpić zanik nerwu wzrokowego.

Kol. Burzyński podaje, że w trzech przypadkach zrostów, zwężeń woreczka i przewodu łzowego stosował po poprzedniem forsownem rozerwaniu zrostów sondą wstrzykiwanie żółtej waseliny z małą domieszką parafiny i kokainy, którą pozostawiał przez dni kilka, poczem sondowaniem i uciskaniem na okolicę woreczka łzowego wstrzykniętą waselinę usuwał. W dwóch przypadkach wynik był pomyślny, w jednym chory usunął się z pod obserwacyi.

Kol. Schramm osobiście nie ma doświadczenia w tym kierunku, wróży jednak leczeniu temu dobrą przyszłość. Przytacza przykłady stosowania wstrzykiwań parafiny dla wytworzenia sztucznego sutka, — w celu zamknięcia bramy przepuklinowej, — przy wypadnięciu pochwy. Celem uniknięcia zatoru powinno się zwrócić uwagę, czy nie wypływa krew po wbiciu igły.

Kol. Pisek wspomina o jodypinie, którą wstrzykiwał bez objawów zatoru.

Kol. Świątkiewicz J. przytacza pacyenta, u którego zastosowano 60 podskórnych wstrzyknięć jodypiny 25% po 10 grm. dziennie bez żadnych ubocznych objawów.

Kol. Machek wstrzykiwał parafinę przy *enophthalmus* oka zdrowego bez ujemnego wpływu na wzrok.

III. Kol. Pisek: »Słów kilka o narkotyzowaniu dotkniętych chorobami serca«.

Przeszło pół wieku minęło od wyrzeczenia Sédillota: „*Le chloroforme pure et bien employé ne tue jamais*“, a pomimo niezliczonej liczby usypiań wzorowo przeprowadzanych zdarzają się wypadki śmiertelne. Zakres przeciwwskazań usypiania chloroformem nie jest ściśle ustalony. W szczególności co do chorób sercowych interniści mało tą kwestyą się zajmują, a również i chirurdzy. W podręcznikach powtarzają się słowa: ostrożnie, kroplami narkotyzować. Wykazawszy drogi, którem chloroform sprowadza śmierć u narkotyzowanych, przedstawia mowca w streszczeniu rodzaje zapadu chloroformowego: *syncope laryngo-reflectoria, bulbaris, toxica;* wspomina o zmianach anatomicznych w mięśniu sercowym i w narządach wewnętrznych w przypadkach ostrego zatrucia, jak również i po długotrwałych stosowaniach chloroformu, wreszcie o śmierci w parę dni po narkozie. Wyraża przypuszczenie że może w niektórych przypadkach jedynie tylko »automatia« mięśnia sercowego zostaje zniszczoną. Pomijając porażenie ośrodków oddechowych, jako równorzędną przyczynę śmierci w otruciu chloroformem w narkozie, widać, że przecież stan serca odgrywa pierwszorzędną rolę w zejściu śmiertelnem. Jeżeli zdrowy mięsień uledz może porażeniu, cóż dopiero mówić o mięśniu sercowym zwyrodniałym, niedostatecznie odżywionym przez zwężone, miejscami niedrożne gałęzie tętnic wieńcowych? Takie serce o pobudliwości nerwowej prawie wyczerpanej niewątpliwie łatwiej ulegnie porażającemu działaniu chloroformu. Przypadki bez zmian anatomicznych serca, tak zw. śmierci błyskawiczne, z chloroformu po kilku wdechach, tyczą się w znacznej części chorych z nadmiernie wygórowaną pobudliwością układu nerwowego, ginących wśród objawów *syncope laryngo-reflectoria.* Porażenie serca występuje tu na drodze zwrotnej. Do tej grupy zalicza mowca również i chorych dotkniętych chorobą Stokes-Adamsa, jak również późne okresy choroby Basedowa, wogóle te przypadki ciężkich nerwic serca, którym właściwą jest skłonność do omdlewań, do zapadu. Jest to grupa pierwsza chorych, nie kwalifikujących się w zasadzie do uśpienia chloroformowego.

Drugą grupę stanowią przypadki wrodzonych wad sercowych w okresie trwałego przeładowania krwi CO_2, znacznej sinicy i duszności, odpowiadających niewyrównanym wadom serca. Również zboczenie ustrojowe w postaci wązkiej tętnicy głównej i niedorozwoju całego układu naczyniowego, przypadki przedstawiające niezwykle słabą odporność serca, co mowca nazwałby »sercem słabem«, *cor debile*, należą do tej grupy. Zagadkowe dawniej, a dziś licznemi badaniami wyjaśnione przypadki tak zw. *status thymicus*, w których i usypianie eterem tak samo bywa groźnem, jak chloroform, stanowiłyby grupę trzecią przypadków, w których usypianie chloroformowe jest przeciwwskazane.

Czwarta grupa przypadków obejmuje nadmierne wysięki osierdziowe, względnie nawet i mniejsze wysięki, w których jednak mięsień sercowy zajęty. Szczególniej wszakże rozległe zrosty osierdziowe tanowią ważną przeszkodę do usypiania chloroformem, przed którem jednomyślnie wszyscy ostrzegają.

Piąta grupa jest najliczniejsza. Przy ocenianiu odporności dotkniętych chorobami serca na znieczulenie chloroformem rozstrzyga zasadniczo stan mięśnia sercowego. Co do rozwiniętego, rozległego, wybitnego zapalenia mięśnia sercowego nie zachodzi żadna wątpliwość. Wyklucza ona stanowczo stosowanie chloroformu. Inaczej się rzecz ma z przypadkami, w których brak wybitnych objawów, a każdemu doświadczonemu lekarzowi znany jest rażący niestosunek pomiędzy objawami klinicznymi, a zmianami anatomicznemi w mięśniu sercowym. Otóż tu czasem bardzo trudno uchronić się od niespodzianek. Gdzie tylko mamy uzasadnione podejrzenie rozległych zmian anatomicznych, tam wstrzymamy się od usypiania chloroformem i wogóle od narkozy ogólnej; przedewszystkiem zaś w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego zwyrodniałego. Należą tu więc: *myocarditis chronica* (*myofibrosis diffusa, cardiosclerosis*), *myodegeneratio adiposa chronica*, słowem przypadki o różnej etyologii, najczęściej powikłane z ogólną miażdżycą tętnic, końcowe okresy niewyrównanych wad serca, ciężkie przewlekłe zwyrodnienia tłuszczowe. Nawiasowo dodaje mowca, że stłuszczenie serca, jakkolwiek często rozpoznawane, w rzeczywistości nie jest chorobą tak częstą. Niebezpieczeństwo stłuszczenia dla uśpienia chloroformowego popiera mowca liczbami Sanxoma, Kapellera i statystyką »Lancetu«. Przeciwstawia swoim wywodom twierdzenia Finnay'a, który w znacznej części narkotyzował eterem 142 chorych z wadami serca, w mniejszej chloroformem; Stengela — jako tych, którzy i przy wybitnem zapaleniu mięśnia sercowego nie wstrzymali się od uśpienia chloroformem, przedsiębranego jednak z nadzwyczajną ostrożnością. Z wybitniejszych chirurgów angielskich niedawno Mayo oświadcza się bezwarunkowo przeciw narkotyzowaniu przy zapaleniu mięśnia sercowego, chyba, że zachodzi *indicatio vitalis.*

Wyjątkowe miejsce zajmuje grupa szósta: przypadki niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej u osób starszych, a więc przeważnie dotkniętych miażdżycą; tę wadę cechuje skłonność do przypadów mózgowych, do omdlewań, a przypadki »nagłej śmierci« z całego szeregu wad sercowych najczęściej są wadami tętnicy głównej. Dla takich chorych uśpienie chloroformowe jest nader niebezpiecznym, groźnym zabiegiem.

Do grupy siódmej zalicza mowca ostre wrzodziejące zapalenie śródsierdzia (*endocarditis septica ulcerosa*), ostrą niedomogę mięśnia sercowego w groźnym zapadzie, rozwiniętą miażdżycę tętnic wieńcowych serca w okresie ciągle powtarzających się napadów dusznicy bolesnej. Uśpienie chloroformowe może sprowadzić napad dusznicy bolesnej, kończący się czasem śmiercią. Mowca wyjaśnia szczególniejsze niebezpieczeństwo usypiania chloroformem w tym przypadku.

Powyższe grupy schorzeń serca stanowią, może z małymi wyjątkami w poszczególnym jakimś przypadku, bezwzględne przeciwwskazanie usypiania chloroformowego. W dyskusyi na ten temat w *Academie de medecine* (18. II. 1902) oświadczył Huchard, że wyrównane wady, brak przypadłości posoczniczych, brak zrostów osierdziowych zezwalają na zastosowanie chloroformu tylko nader ostrożne, kroplami. W tekście jednak swego sławnego dzieła o chorobach serca uważa choroby tętnicy głównej za przeciwwskazanie. Również i Bouquoy nie zna w zakresie chorób serca bezwzględnych przeciwwskazań, żąda tylko nadzwyczajnej czujności. Oświadczenia te poddaje mowca krytycznemu rozbiorowi Do przypadków, dla których mowca tylko względne widzi przeciwwskazanie, zaliczyłby wady serca, nawet wyrównane z niedawno przebytymi krwotokami mózgu; miażdżycę tętnic nieznacznego stopnia, przyczem rozległości zmian nigdy należycie ocenić nie możemy; przypadki wad sercowych z czasowo zniesionem wyrównaniem posocznicę z niezbyt rozwiniętemi zmianami mięśnia sercowego; przemieszczenie serca przy lewostronnych wysiękach opłucnowych, szczególnie ropnych; ogólną miażdżycę tętnic przy pomyślnym jeszcze stanie serca; przypadki wad sercowych z chorobami niektóremi, jak: *fissura ani, vegetationes retronasales* itp., o których wiemy, że i chorzy bez wad serca giną czasem przy usypianiu chloroformowem. Rozstrzyga tu doświadczenie operatora, uwzględnienie najdrobniejszych szczegółów, nieraz intuicya lekarska. Czasem właśnie w tej grupie zjawia się zejście śmiertelne dopiero późno w dni kilka, być może nieraz jako objaw zaostrzenia się spraw zwyrodnienia serca, istniejącego przed operacyą, jednak nie postępującego

Mowca grupuje przeciwwskazania uśpienia chloroformowego, odnośnie do dotkniętych chorobami serca, w następujący poczet: *myocarditis chronica progressiva, coronaritis chronica, asthma cardiale, insuff. v. semilun. aortae inveterata, endocarditis septica, adynamia cordis acuta, concretio cordis cum pericardio, cor adiposum grave, atheroma arter. univers., neurasthenia cordis gravis, m. Basedowi progrees., vitia cordis incompensata, cor debile (status thymicus), vitia congenita, aorta angusta.* Bez obawy możemy usypiać chloroformem jedynie chorych z wadami serca wyrównanemi, wyjąwszy chorych na niedomykalność aorty. Dotknąwszy jeszcze różnic działania chloroformu i eteru w przypadkach wad sercowych, wypowiada mowca przypuszczenie, że liczne przypadki śmiertelne mniej zawisły od jakości narkotyku, lecz że dotyczyły chorych, którzy albo wcale do uśpienia się nie kwalifikowali, a więc dla których każda narkotyzacya byłaby zabójczą, albo też gdzie może technika usypiania nie była idealną. Na dwie okoliczności kładzie szczególny nacisk: 1) na niebezpieczeństwo usypiania niezupełnego i 2) na to, że najważniejszym czynnikiem wogóle, a tem bardziej u dotkniętych chorobami serca, jest doświadczenie i sumienność usypiającego, a więc mniejszą rolę odgrywa narkotyzacya, niż narkotyzer. (Autoreferat).

Kol. Skałkowski zaznaczając, że chloroformowanie jest częstokroć nieuniknioną koniecznością, przypisuje niejednokrotnie winę śmierci wśród usypiania narkotyzującemu, sądzi jednak, że istnieje i pewnego rodzaju idiosynkrazya do chloroformu.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 4 listopada, 1903 r.

Przewodniczy kol. Prof Nowak. Obecnych członków 30.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

2. Wybrano jednogłośnie Dra Dawida Hirscha członkiem zwyczajnym Towarzystwa.

3. Kol. Gliński demonstrował:

1) Okaz wgłobienia jelita biodrowego (*invaginatio iliaca*) w następstwie pociągania ściany jelita przez polip. Przypadek dotyczył 23-letniego robotnika (A. M. P. S. 653/1903), u którego na 4 dni przed zgłoszeniem się do szpitala św. Łazarza wystąpiły objawy niedrożności jelit; wykonana w oddziele chirurgicznym tego szpitala laparotomia wykazała wgłobienie jelita biodrowego; wgłobienie to odprowadzono, przyczem przekonano się, że część wgłobiona była już zgorzelinowo zmieniona, otrzewna zaś okazywała już zmiany zapalne. Wobec ciężkiego stanu chorego ograniczono się tylko do enteroanastomozy, pętle chorobowo zmienione wykluczono poza obręb jamy brzusznej, nie wycinając ich, i założono odbyt sztuczny. Nazajutrz po operacyi chory zmarł. Wykonane przez prelegenta badanie pośmiertne wykazało w różnych odcinkach kiszki (jelita grubego) obecność 4 polipów różnej wielkości, o nierównej guzkowatej powierzchni, z których największy dochodził wielkości dużego orzecha włoskiego; polipy te posiadały długie (do 6 cm.) szypuły. Wykluczone podczas operacyi poza obręb jamy brzusznej pętle jelitowe zajmowały przestrzeń około 1 metra długości, rozpoczynały się w odległości również około 1 metra powyżej zastawki Bauhina i okazywały zmiany zgorzelinowe z częściowem już pooddzielaniem obumarłej błony śluzowej. W obrębie tej chorobowo zmienionej pętli jelitowej znajdowały się znowu 3 polipy, z których jeden wielkości orzecha laskowego leżał w odległości 120 cm., drugi (mniejszy od poprzedniego) w odległości 190 cm, wreszcie 3-ci największy (wielkości orzecha włoskiego), w odległości 193 cm. powyżej zastawki Bauhina, a więc w bliskości górnego końca chorobowo zmienionej pętli jelitowej; mniejsze polipy posiadały długą, największy — stosunkowo krótką szypułę. W przypadku tym nie mogło ulegać wątpliwości, iż przyczyną wgłobienia stał się największy polip w jelicie biodrowem, który popychany przez przesuwającą się treść jelitową pociągał za sobą ścianę jelita i doprowadził do wgłobienia ze wszystkiemi jego następstwami aż do rozlanego zapalenia otrzewnej, które było ostateczną przyczyną śmierci w tym przypadku. Przypadek zasługuje na uwagę raz ze względu na rzadkość wogóle tak licznych i tej wielkości polipów w przewodzie pokarmowym, powtóre ze względu na rzadkość polipów w jelicie biodrowem, wreszcie zwłaszcza ze względu na wyraźną w tym przypadku przyczynę wgłobienia, do którego dał powód tak niewinny pozornie twór, jak zwykły polip śluzowy. Błona śluzowa jelit nie okazywała żadnych zmian, któreby mogły wytłómaczyć powstanie tak licznych polipów na tak rozległej przestrzeni.

2) Okaz bąblowca wątroby z następowem zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego przez pęcherza bąblowca. W przypadku tym, dotyczącym 57-letniego mężczyzny (PS. 698/1903), na podstawie przebiegu klinicznego rozpoznawano nowotwór wątroby; na 2 tygodnie przed śmiercią wystąpiła żółtaczka, utrzymująca się aż do samej śmierci. Badanie pośmiertne wykazało olbrzymie powiększenie wątroby, która dolnym swym brzegiem sięgała aż do pępka i posiadała wymiary 31 × 21 × 14 cm.³. Cały prawy płat wątroby jest zajęty przez jamę wielkości bez mała głowy ludzkiej, odgraniczoną od pozostałości właściwego miąższu tego płatu za pośrednictwem zbitej tkanki włóknistej, komunikującą w jednem miejscu z grubym przewodem żółciowym i całkowicie wypełnioną cieczą ropną, wśród której znajdują się liczne pęcherze bąblowca, częściowo jeszcze dobrze zachowane, częściowo już pozapadane. Lewy płat wątroby jest znacznie powiększony, wymiary zaś jego wynoszą 19 × 21 × 14 cm.³; wśród miąższu wątroby znajdują się niezbyt liczne ropnie. Woreczek żółciowy i przewody zewnątrzwątrobowe dość znacznie rozszerzone; w przewodzie żółciowym wspólnym w jego końcowej części i w miejscu ujścia do dwunastnicy znajdują się liczne pozapadane pęcherze bąblowca, zamykające całkowicie światło tego przewodu; treść jelitowa nie jest podbarwiona żółcią. Prócz tego badanie pośmiertne wykazało rozlane zapalenie ropne otrzewnej, które było następstwem przebicia bąblowca i częściowego wylania się jego zawartości do jamy brzusznej; w tej ostatniej wśród ropy znajdowały się liczne, przeważnie pozapadane pęcherze bąblowca; to zapalenie otrzewnej stało się ostateczną przyczyną śmierci. Pomijając sprawę samego bąblowca wątroby i następowego jego przebicia do jamy brzusznej, któreto zmiany nie należą do zjawisk zbyt rzadkich, zasługuje w tym przypadku na uwagę przedostanie się pęcherzy bąblowca do przewodów żółciowych z całkowitem zaczopowaniem przewodu żółciowego wspólnego i następową żółtaczką; tego rodzaju zaczopowanie przewodów żółciowych zdarza się bardzo rzadko i jest mało znanem. Godnem również uwagi w tym przypadku jest znaczne powiększenie lewego płatu wątroby, które tutaj uważać należy za przerost roboczy (zastępczy) skutkiem zniszczenia miąższu prawego płatu i które świadczy o wysokich zdolnościach odrodczych wątroby. Przy tej sposobności wspomina prelegent o przypadku bąblowca wątroby, spostrzeganym dawniej przez prof. Browicza, a dotychczas nigdzie nie opisanym; w którym to przypadku bąblowiec przebił do układu krwionośnego, uniesione z prądem krwi pęcherze bąblowca dostały się do tętnicy płucnej i zaczopowały ją, co stało się przyczyną nagłej śmierci młodego jeszcze człowieka i dało nawet powód do dochodzeń sądowych.

3) Okaz wady rozwojowej w narządzie moczowo-płciowym u 25-letniej kobiety, zmarłej z powodu gruźlicy płuc (PS. /1903). U kobiety tej lewa nerka nie znajdowała się w miejscu zwykłem, lecz leżała całkowicie w miednicy małej we wklęsłości kości krzyżowej; przednia powierzchnia tej nerki była przypłaszczona i tutaj też znajdowała się jej wnęka; tętnica nerkowa wychodziła z miejsca podziału aorty brzusznej z przedniej jej ściany i biegła w zagłębieniu po przedniej powierzchni nerki; gruba żyła nerkowa odchodziła od prawej v. iliaca communis i głęboko żłobiąc prawy bok tej nerki zdążała na przednią powierzchnię do wnęki; taki stosunek naczyń nerkowych świadczy wymownie o wrodzonem, nie zaś nabytem zboczeniu w położeniu nerki. Nerka prawa i obydwa nadnercza leżały w miejscach właściwych. U tej samej kobiety istniała jednocześnie wada rozwojowa narządów płciowych wewnętrznych, a mianowicie: prawidłowo wykształcone jajnik i trąbka lewe leżały wysoko na talerzu biodrowym lewym, od dośrodkowego zaś końca trąbki ciągnęło się długie cienkie pasmo, prowadzące do szyi macicznej i stanowiące niedokształcony lewy róg dwurożnej macicy, której prawy róg był silnie rozwinięty. Prelegent zwraca uwagę na częstość usadowienia nerki w miednicy małej jednocześnie z nieprawidłowym rozwojem części płciowych wewnętrznych u kobiet, o czem świadczy między innymi analogiczny przypadek, przedstawiony przez prelegenta w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem przed $1^1/_2$ rokiem (Przegl. lek. 1902 Nr. 8); w końcu zaś wspomina pokrótce o znaczeniu tej wady rozwojowej u kobiet podczas ciąży i zwłaszcza porodu. (Autoreferat).

4) Kol. Piotrowski Tym. demonstrował chorą z wynicowaniem zupełnem pochwy, wypadnięciem zupełnem pochwy i wypadnięciem jelita odchodowego.

5) Kol. Dobrowolski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O cytotoksynach łożyskowych«. Prelegent zdał sprawę ze swych doświadczeń, na podstawie których doszedł do następujących wniosków: 1) Zawiesina z łożysk zwierzęcych, wstrzykiwana zwierzętom innego gatunku, jakoteż zawiesina z łożysk ludzkich, wstrzykiwana zwierzętom w dawkach niezbyt dużych, jest dla zwierząt obojętną bez względu na to, czy ją wstrzykujemy podskórnie, czy też do otrzewnej.

2) Prelegent otrzymał surowicę łożyskową heterotoksyczną, wywołującą w pewnych dawkach napewno przerwanie ciąży bez względu na to, w jaki sposób wprowadza się ją do organizmu.

3) Małe dawki tej surowicy, obojętnie, czy je wstrzykujemy pod skórę, czy do żyły, czy do otrzewnej, czy też pod opony, nie działają zupełnie.

4) Duże dawki tej surowicy wywołują wprawdzie poronienie, ale mogą też zabić zwierzę do doświadczenia użyte.

5) Surowica ta, stosowana nawet w dawkach zabójczych dla zwierząt ciężarnych, zwierzętom nieciężarnym nie szkodzi.

6) Surowica ogrzewana do 60° C. traci własności toksyczne, a poronienie sprowadza bardzo niepewnie.

7) Surowica ta, wprowadzona zwierzętom pod opony, nie wywołuje objawów podobnych do rzucawki porodowej (eclampsia).

8) Surowica działa pewnie tylko u zwierząt tego gatunku, dla którego była przygotowaną.

Na ludziach nie robił prelegent żadnych doświadczeń.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Przewodniczący, kol. Surzycki, kol. Eisenberg i prelegent.

Dobrowolski, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem: 1) Przyjęto na członków czynnych Drów: Habichta i Nowotnego; 2) wybrano Komitet przedwyborczy; 3) Kol. prof. Klecki miał wykład: »O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu«.

Z Sejmu. Do »Sprawozdań sejmowej Komisyi sanitarnej« załączony został alegat, obejmujący przebieg rozpraw nad wnioskiem posła prof. Marsa, dotyczącego »reformy administracyi krajowych i prowincyonalnych szpitali powszechnych« W myśl uchwały Wysokiego Sejmu Wydział krajowy zwołał w tym celu ankietę, złożoną z posłów Sejmowych, z lekarzy, przedstawicieli obu Uniwersytetów krajowych, krajowego referenta sanitarnego departamentu V-go Wydziału krajowego, szpitali prowincyonalnych i krajowych, z urzędników rachunkowych Wydziału krajowego i rządcy szpitala lwowskiego, na dzień 3 grudnia ubiegłego roku. Obradom przewodniczył członek Wydziału krajowego, kierownik departamentu V. Wydziału krajowego, poseł Onyszkiewicz.

Jako przedmiot obrad przedłożono kwestyonaryusz, ułożony w porozumieniu z wnioskodawcą, obejmujący szereg pytań, odnoszących się:

I. do oszczędności w wydatkach na cele szpitalnictwa krajowego;

II. do potrzebnych w kraju inwestycyi;

III. do wykonywania nadzoru nad szpitalami i

IV. wreszcie do zarządu funduszami, wydawanymi przez kraj na cele zdrowotne.

Debaty nad tym porządkiem dziennym zajęły dwa dni i wyjaśniły w świetle liczb i poglądów krytycznych wiele spraw, należących do zarządu naszego szpitalnictwa, które, po należytem opracowaniu i zastosowaniu, sprowadzić muszą zbawienną reformę w zarządzie jednej z najważniejszych gałęzi administracyi kraju.

Zastanawiając się nad całym materyałem w obradach ankiety się mieszczącym, można podzielić myśli i wnioski, dążące ku poprawie, na pewne kategorye. I tak:

a) napotykamy myśli, zdania i wnioski takie, które muszą być sprawdzone, wymagają zatem wdrożenia dochodzeń, zbierania dat, jednem słowem wymagają szerszego i dokładnego opracowania, zanimby Wysokiemu Sejmowi w postaci konkretnych wniosków przedłożone być mogły;

b) inne są tego rodzaju, że należałoby z nich zrobić użytek na mniejszą skalę, w celu zrobienia próby, czy się okażą praktyczne;

c) dalej są takie, które byłyby niewątpliwie w zastosowaniu bardzo praktyczne i korzystne dla sprawy i dla funduszu krajowego, które atoli wymagają ofiar pieniężnych. Myśli te muszą pozostać w rezerwie i należy co do nich porobić skrupulatne obliczenia i to w dwu kierunkach, a mianowicie: czy przyniosą korzyści odpowiadające potrzebnym nakładom, a drugie, czy kraj w dzisiejszych warunkach, wobec dzisiejszych rozmaitych zagadnień niema spraw pilniejszych, któreby z wkładów łożonych wydatniejsze korzyści przynieść mogły, aniżeli wydatki wyłożone na sprawy sanitarne;

d) dalej znachodzimy wnioski, które przy bardzo nieznacznym wydatku ze strony funduszu krajowego rokują stosunkowo znaczne korzyści;

e) następnie takie, które nie pociągają bezpośrednio żadnych takich wydatków, a przez wprowadzenie ich w życie spodziewać się można poprawienia stosunków istniejących, albo też takie, które wprawdzie bezpośrednio nie rokują oszczędności, bez których atoli przeprowadzone być muszą;

f) wreszcie takie, po których można się spodziewać korzyści wprost, bez żadnych nakładów ze strony funduszu krajowego.

Wobec tego sprawozdawca sądzi zgodnie ze sprawozdaniem Wydziału kraj., że należy materyał w obradach ankiety zebrany uporządkować, wiele kwestyi zbadać, jednem słowem rzecz opracować szczególniej w tych kwestyach, które już to nie są jasne, pewne, albo gdzie dat odnośnych brakuje, lub też wreszcie tych, któreby wymagały znaczniejszych nakładów ze strony funduszu krajowego, t. j. wnioski pod a) b) c) określone.

Wreszcie co do wniosków, należących do ostatnich kategoryi w niniejszem sprawozdaniu, wymienionych pod e) i f), które mogą rzecz reformy przygotować, które żadnych wydatków nie wymagają, które poprawę rzeczy mimoto rokują, albo mogą być przydatne i których podniesienie mogłoby się przyczynić do poprawy stosunków obecnych, albo wreszcie, które wcale rzeczy nie przesądzają, powinny być przedłożone doraźnie jaknajspieszniej Wysokiemu Sejmowi, aby zyskać na czasie.

* D. 15 b. m. otwarty został w Warszawie Instytut higieny dziecięcej, ufundowany z zapisu ś. p. Leona br. Lenvala. Celem instytutu jest krzewienie higieny między dziećmi. Dyrektorem Instytutu został Dr. Roszkowski.

* Wydział Izby lekarskiej niższoaustryackiej trwa przy swojem postanowieniu i do zarządu Izby po złożeniu mandatów nie powrócił; p. namiestnik w myśl swego ostrzeżenia wyznaczył komisarza, dr. F. Domažlickyego, do kierownictwa sprawami Izby aż do czasu wyboru nowego zarządu. Zatem instytucya nawskroś kolegialna przeszła pod zarząd namiestnikowskiego urzędnika. Krok ten rządu austryackiego harmonizuje zupełnie z całością stosunku władzy do Izb lekarskich, którym rząd systematycznie odmawia przez 10 lat ich istnienia wszelkiego poparcia, a jednocześnie znosi zarządzenia Izb, zmierzające do poprawy bytu lekarzy drogą zbiorowego i solidarnego działania. W ostatnich czasach niema dnia, ażeby stan lekarski nie został zaczepiony: ciała prawodawcze i władze polityczne spółzawodniczą pod tym względem. Znamienną będzie odpowiedź prezydenta ministrów na interpelacye, wniesione w Izbie austryackiej, aczkolwiek wyznać należy, że uzasadnienie tych interpelacyi wydaje się nam blade i powierzchowne.

* Jeśli mamy sądzić z dotychczasowych, dość poważnych, dokumentów, surowicę przeciwgruźliczą Marmorka czeka los tuberkuliny Kocha: kontrola doświadczeń z tą surowicą, przeprowadzona w Instytucie Pasteura pod kierunkiem Roux'a, dała wynik o tyle ujemny, że zarząd Instytutu sprzeciwił się enuncyacyi Marmorka, który z tego powodu wystąpił z tego zakładu. Obecnie o bezskuteczności surowicy Marmorka złożyli oświadczenie profesorowie Mikulicz i Dieulafoy, co zapewnie cofnie całą sprawę z zakładów klinicznych do pracowni teoretycznych, a miejmy nadzieję, że krytyczna ostrożność i dalsze badania dadzą nam dzieło dojrzalsze i zbawienne.

* Między 10 a 16 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (3 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Muratow (Kijów) i Dr. Krüger (Tomsk) mianowani profesorami zwyczajnymi. Dr. Henrijean (farmakologia) i Dr. Troisfontaines (dermatologia) mianowani profesorami

zwyczajnymi w Leodyum. Dr. Mirallié (higiena) i Dr. Monnier (patologia ogólna) mian. profesorami w Nantes.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Mieczysław Strasburger, l. 58, — w Warszawie. Prof. Goll, l. 75, — w Zurychu.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* Z. 10. Noiszewski: $W = \frac{1}{\infty}$. Majewski: Kilka słów o projekcyi obuocznej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Korzon: Doświadczenia nad desinfekcyą glikoformalem. Sawicki: Przyczynek do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israela (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych (c. d.). Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 46. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej. Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 46. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedevově. Wiesner: Poznámka o differencielni diagnose diftherie. Pexa: Zúženi hrtanu ze zánětů hrtanevých v průběhu spalniček a po spalničkách (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 11. Schwarz: Ektopija mjehura, operirana po Maydlu. Mišetić: Ogromni kamenae mjehura izvadjen na uretbru. Lazarus: Slučaj extrauterine trudnoće. Izpražnjenje ploda na gužniak.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Cathelin: Krążenie cieczy mózgowo-rdzeniowej. Quéry: Leczenie tasiemca.

— Nr. 91. Ramonéde: Wycięcie nerwu trójdzielnego. Bakalejnik: Rozszerzadło zapomocą wody. Leczenie zwężeń cewki mocz., przełyku, rzyci. Rozszerzanie szyjki macicznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46. Dührssen: Zapobieganie zaburzeniom porodowym przez umocowanie pochwy. Meyer: Dyetetyczne leczenie bromem padaczki. Mohr: Przyczynek do porażenia myastenicznego. Hollander: Leczenie zapobiegawcze pierwotnych zmian kiłowych. Behr: Leczenie gruźlicy płuc, stosowanie »sanosinu« Schneidera podług metody Daneliusa i Sommerfelda. Löwenheim: Opuchlina pokrzywkowa. Rosenbach: Nowa teorya krążenia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Marburg: Kliniczny przyczynek do neurologii oka. Mager: Przyczynek do symptomatologii cukrzycy. Salzer: Przypadek całkowitej niedrożności jelita wskutek tępego urazu. Tatsujiro Sato: Wycięcie odźwiernika z jednoczesnem wycięciem poprzecznicy. Wyłuszczenie drogą brzuszną wysoko usadowionego raka kiszek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 46. Göbell: Przyczynek do rozpoznania czynności nerek. Fuchs: Znieczulanie w ginekologii z szczególnem uwzględnieniem stosowania eteru kroplami podług Witzela. Hoffman: Nowoczesne znieczulanie eterem. Hartog: Eteryzowanie w związku z zastrzykiwaniami morfinowo-skopolaminowemi. Korff: Znieczulanie morfinowo-skopolaminowe. Vogt: Przemijające zaburzenie umysłowe po silnem zadziałaniu zimna. Kraft: Instrumentaryum do Röntgenowania dla użycia w praktyce. Köhler: „O przerywaczu“ w instrumentaryum badań Röntgenograficznych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Boas: Rozpoznanie wrzodu żołądka za pomocą wykazania utajonego znachodzenia się krwi w kale. Katz: Zapobieganie rakowi żołądka. Silbergleit: Przyczynek do nauki o ruchomości serca. Pagenstecher: Odosobnione przerwanie więzów krzyżowych kolana. Abel: Gruźlica przepukliny.

Redakcya otrzymała. Rzętkowski: 1) Der erste Bericht 1901—1902, über die Behandlung der Lungenphthisie auf der ineren Abtheilung III a des Krankenhauses »Kindlein Jezus« in Warschau. 2) Studien über die proteolytische Kraft Mageninhaltes 3) Ueber den Einfluss des Schwitzens auf die Blutzusammensetzung.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 46 (od 15/XI do 21/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dz. 20; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 13, kob. 14; zamiejscowych: męż. 14, kob. 14.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	3	—		
2	Gruźlica	8	3		
3	Zapalenie płuc	6	5		
4	Dławiec i błonica	—	3	2[1]	5
5	Krztusiec	—	—	2	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	2	2[2]	—
8	Odra	—	—	35	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	1	2	2[3]	5
11	Czerwonka	—	—	—	1
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—	—	—
16	Zakażenie przyranne	1	—	—	2
17	Inne choroby zakaźne	—	—	3	1
18	Choroby przen. ze zwierząt	-	—		
19	Krwotok mózgowy	—	—		
20	Choroby narządu krążenia	1	—		
21	Nowotwory	1	4		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	5	8		
23	Śmierć przypadkowa	—	—		
24	Śmierć gwałtowna	1	1		
	Razem	27	28		

[1]) Pędzichów 22. Smoleńska 29.
[2]) Krowoderska 53 Krupnicza 10.
[3]) Dolnych Młynów 7. Św. Agnieszki 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3-go grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Wrzosek wypowie: „Uwagi nad patogenezą chorób zakaźnych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 5 Grudnia 1903. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jagiell.

Ze stanowiska klinicznego nie przedstawiają liczne mięsaki skóry choroby jednolitej, lecz grupę chorób o różnych postaciach. Autorowie, którzy ogłosili pewną liczbę przypadków, (Pellagatti, Perrin, de Amicis, Unna, Kaposi, Jarisch i in.) stwierdzają kilka rodzajów mięsaków, głównie pod względem objawów klinicznych, bo badań histologicznych nie przeprowadzano we wszystkich przypadkach. Przeważna część autorów zaznacza, że tylko typ Kaposiego (*Sarcoma cutis multiplex idiopathicum [pigmentosum] haemorragicum, Acrosarcoma*) jest bliżej opisany i znany; typ ten wprowadzony został do literatury w r. 1870, od którego to czasu mnożą się coraz częstsze opisy przypadków tego rodzaju. Tę zatem postać mięsaków uważać możemy za chorobę samoistną, podczas gdy inne postacie są między sobą tak różne, że nie dają się, jak dotąd, ująć w pewną grupę jednolitą. Autorowie, opisujący pojedyncze przypadki mięsaków stwarzają odrębne typy chorobowe, z którymi liczyć się musieli ci badacze, którzy chcieli stworzyć jakiś podział dotąd znanych postaci klinicznych mięsaków. To też sposoby podziału samoistnych, pierwotnych mięsaków skóry, podawane przez autorów, — po wyłączeniu odrębnie stojącego typu Kaposiego, mięsaków pojedynczych i mięsaków czerniaczkowych (*melanosarcoma*), — są nader rozmaite i na różnych podstawach oparte; dlatego też żaden nie zyskał dotąd ogólnego przyjęcia.

Przypadek, spostrzegany przezemnie w klinice Prof. Reissa, różnił się przebiegiem klinicznym od typu Kaposiego, jakoteż różnym był od tegoż, jak to następnie wykażę, i budową anatomiczną; dlatego muszę go zaliczyć do innego rodzaju mięsaków mnogich skóry, które nie mają jeszcze jasnego stanowiska w dermatologii.

M. C., rolnik, liczący lat 52. Rodzice jego pomarli w podeszłym wieku skutkiem uwiądu starczego. Z przebytych chorób pamięta tylko dur brzuszny i zapalenie płuc, zresztą czuł się zawsze zdrów; dopiero przed dwoma laty poczuł po uderzeniu ból w okolicy łopatki prawej i wkrótce potem zauważył pod dolnym jej kątem w skórze łatwo krwawiący guzek. Już w dwa miesiące od początku choroby wystąpiło w otoczeniu pierwszego guzka zaczerwienienie skóry i pojawiły się świeże guzki, pierwotny zaś rozrósł się znacznie.

Przy przyjęciu chorego do kliniki stwierdzono na prawej stronie klatki piersiowej pas skóry zaróżowionej, idący prawie od kręgosłupa aż do brodawki sutkowej. Poniżej kąta łopatki prawej znajduje się guz wielkości dużego orzecha włoskiego, barwy czerwono-sinej, o powierzchni nierównej, miejscami owrzodziały, a za uciskiem wydzielający ciecz krwawą. Wokoło tego guza, jakoteż na wspomnianym pasie skóry różowej, znajdują się guzki znacznie mniejsze: jedne, wystające nieco ponad powierzchnię skóry, wielkości grochu lub fasoli, drugie zaś tylko w postaci czerwonej plamy, leżące w głębi skóry. Wszystkie są przy dotyku twarde, nawet chrząstkowato twarde; jedne usadowione na powierzchni skóry, inne tylko dotykiem są wyczuwalne, ale zawsze wraz ze skórą przesuwalne. Podmiotowo chory odczuwa w tej okolicy ból, znaczne napięcie i dokuczliwe pieczenie. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian, a tylko bladość błon śluzowych i skóry zwracała uwagę.

Na mocy tych objawów rozpoznano liczne mięsaki skóry (*sarcomatosis cutis multiplex*) i zastosowano wstrzykiwania arszeniku; ponieważ jednak wstrzykiwania (*natr. arsenic. 0,01—0,03 pro die*) przez dni 16, a później, po ich zaniechaniu z powodu bolesności, zalecone przez parę tygodni pigułki azyatyckie skutku żadnego nie odniosły, a nawet liczba guzków wzrosła, przystąpiono do wycięcia skóry zajętej przez guzy, poczem zeszyto ranę, która zagoiła się przez rychłozrost.

Po dwóch miesiącach od czasu opuszczenia kliniki chory znowu się zgłosił ze świeżymi guzkami w otoczeniu blizny i wtedy nasilone stosowanie arszeniku w postaci pigułek wywołało tak znaczną poprawę, że chory po 6 tygodniowym pobycie na własne żądanie klinikę opuścił.

W pół roku od wyjścia z kliniki przyjęto go po raz trzeci w znacznie gorszym stanie, gdyż strona prawa klatki piersiowej wzdłuż całej szerokości od mostka aż do kręgosłupa była zajęta przez guzki, pasem szerokości dłoni. Skóra na tej przestrzeni była silnie napięta, lekko zaróżowiona, a w niej licznie rozsiane guzki, jedne wystające nieco nad powierzchnię skóry, dosięgające wielkości grochu, inne tylko wymacać się dające w skórze. Jeden większy guzek w miejscu dawnej blizny był na powierzchni owrzodziały, inne pokryte skórą prawidłową, a tylko mniej lub więcej zaczerwienioną albo sinawą. Gruczoły pachowe, dotąd prawidłowe, stały się po obu stronach wybitnie powiększone. Podmiotowo chory skarżył się na znaczne bóle, napięcie i silne pieczenie okolicy chorobowo zajętej

Pięć wstrzyknięć arszeniku dziennie zwiększyły tak znacznie przypady podmiotowe, że zalecić musiano pigułki azyatyckie (3—12 dziennie), które podawano prawie bez przerwy przez 2 miesiące. Obok tego jednak ze względu na znaczne cierpienia chorego musiano stosować wstrzykiwania morfiny, bez której chory skutkiem znacznych dolegliwości wcale nie mógł sypiać. Zewnętrznie zastosowano na chorą skórę rozpylania płynu: *acid. acetic. dil. 50.0, spir. coloniens., spir. vin. gall. aa. 25. menthol. 2.0*, po których chory doznawał pewnej ulgi w dotkliwych bólach. Po używaniu tego płynu powstawały na guzkach powierzchowne nadżerki, czasem i pęcherze, a bóle się zmniejszały. Po paru dniach guzki zaczęły się przypłaszczać i wyraźnie zmniej-

szać tak, że wkrótce zauważyć można było nawet zupełne znikanie guzków, po których pozostawały tylko plamy barwikowe. Równocześnie jednak pojawiały się świeże nowotwory w otoczeniu dawnych, bóle powiększały się, a stan ogólny tak szybko podupadł, że chory w 15 miesięcy od pierwszego zgłoszenia się do kliniki, a nieco więcej jak trzy lata od początku choroby, życie zakończył.

Badanie krwi[1]), przedsiębrane na 6 tygodni przed zejściem śmiertelnem, kiedy w stanie ogólnym nie było innych zboczeń prócz niedokrewności, a guzki zaczęły się przypłaszczać, wykazało: krwinek czerwonych :2,949.600, krwinek białych: 11.800, hemoglobiny 67% (Gowers). Barwienie barwikiem Ehrlicha (*triacid*) wskazywało na następujący stosunek krwinek białych: neutrofilów dużych 38%, neutrofilów małych 41%, limfocytów dużych 12%, limfocytów małych 9%, eozynofilów 6%

Z protokołu sekcyi zwłok, użyczonego mi łaskawie z Zakładu anatomii patologicznej Uniwers. Jagiell., wyjmuję tylko szczegóły bliżej nas obchodzące. Pomijam opis zmian w skórze, bo wspomniałem o nich powyżej. W opłucnej lewej znaleziono wiotkie zrosty, w obu płucach zaś, głównie w częściach powierzchownych, liczne guzki, od wielkości prosa do wielkości orzecha laskowego, poza tem tylko przekrwienie dolnych części. Na osierdziu zauważono nad komórką lewą guzek wielkości grochu, twardy; zresztą serce pomniejszone. Wątroba średnio powiększona i zajęta tak na powierzchni, jak i w miąższu, licznymi guzami różnej wielkości. Nowotwory te, podobnie jak w płucach, były twarde, ściśle ograniczone, a niektóre, szczególnie jeden w płacie lewym, sięgający do powierzchni, wielkości orzecha laskowego, okazywał w środku rozmiękłe ognisko; reszta miąższu była niezmieniona. Przewody żółciowe były drożne, woreczek wypełniony żółcią zagęszczoną, ciemno-brunatną.

Po przeczytaniu powyższej historyi choroby trudno wątpić, że opisany przypadek należy do grupy mięsaków; zarazem jednak wykluczyć trzeba z tej grupy: pierwotne pojedyncze mięsaki skóry, mięsaki czerniaczkowe *(melanosarcoma)* i mięsaki typu Kaposiego, a wreszcie typ choroby, nielogicznie nazywany grzybicą gąbczastą *(mycosis fungoides)*. Tem samem wspomniany przypadek zaliczyć należy do nieuporządkowanej dotąd grupy mięsaków, o której poprzednio wspomniałem, a która niezupełnie się zgadza z obrazem nowotworów, nazywanych mięsakami. Dlatego już Kaposi złączył te postacie chorobowe w jedną dużą grupę guzów mięsakowatych, do mięsaków podobnych *(sarkoide Geschwülste)*.

Z piśmiennictwa znamy podobne do opisanego przypadki; jak dotąd jednak istnieje dążność do rozdziału tych przypadków w pewne odrębne grupy. Nie przytaczam tych różnych znanych przypadków, bo porównanie z nimi nie doprowadzi do żadnego wyraźnego wyniku, a przedstawiając dokładny obraz anatomiczny i porównywując go z obrazem mięsaków typu Kaposiego, będę się starał wykazać różnice i podobieństwa, a następnie wyciągnąć odpowiednie wnioski.

Na przekroju skóry, zajętej przez guzy, widzi się ściśle odcinające się większe i mniejsze, okrągławe twory, odróżniające się od otaczającej tkanki nierównym układem włókien i miąższu, który jest więcej miękki, kruchy i jakby ziarnisty. W guzach większych widać na przekroju smugi tkanki włóknistej, idące łukowato od obwodu ku środkowi, dzielące zatem guz większy na kilka mniejszych. Wokoło guza jednak nie widać ścisłej torebki, z którą możnaby cały twór wyłuszczyć. Barwa guzów jest żółtawo-szara, nie wiele się różniąca od otoczenia. Już makroskopowo widzi się, że nowotwory leżą dość nizko w skórze; małe — na granicy tkanki podskórnej, większe — sięgają aż do warstwy brodawkowej, a niektóre, jakby powstałe ze zlania licznych guzów, aż do powierzchni skóry.

W mikroskopie ten szczegół ułożenia guzów występuje jeszcze wybitniej; największa część guzów leży w skórze właściwej, dosięgając swym dolnym brzegiem tkanki tłuszczowej podskórnej Z dużych guzów jedne sięgają aż do powierzchni skóry, inne nie dochodzą nawet do warstwy brodawkowej, — a obok tego widzieć można guzki dość drobne, leżące wysoko w skórze właściwej, bo pod warstwą brodawkową Również potwierdza się w mikroskopie stosunek guzów do tkanki otaczającej, chociaż bowiem większa część tworów stanowi dość ścisłą całość, otoczoną kolagenem, układającym się kolisto wokoło guza, tworzącym jakby torebkę, — to jednak i w tych o właściwej torebce nie może być mowy. Inne guzy zaś nie są jednolite, a kolagen otaczający je nie stanowi otoczki, odcinającej się od guza, lecz wchodzi w niego od obwodu, stanowiąc smugi szerokie. Guz taki zatem nie stanowi jednolitej całości, jak poprzednio, bo tu leżą naprzemian warstwy nowotworowe i kolagen. W guzach dużych, zazwyczaj dość ściśle odgraniczonych od otoczenia, widzi się już makroskopowo podział ich na pojedyncze jednolite zrazy. W tych zrazikach, składających czasami stosunkowo mały guzek odosobniony, nie widać już przegród, a tylko delikatną siatkę włókien, — o której pomówię jeszcze w dalszym ciągu, — oraz drobne naczynia, przebiegające zrazik w różnych kierunkach.

Pojedyncze zrazy dłużej istniejącego guza składają się głównie z komórek. Komórki te mają różny kształt i różnej są wielkości, — przeważnie większe od komórek tkanki łącznej, nierzadko kilkanaście razy przewyższające je swą wielkością. Rzadko bardzo spotyka się komórki tak małe, jak komórki tkanki łącznej, a większość komórek jest bardzo duża. Na pierwsze wejrzenie robią wrażenie komórek naskórka przez swe jednostajne ciało, podługowaty kształt i pęcherzykowate jądra.

Przy bliższem spostrzeganiu widzi się, że komórki, składające guz, są okrągławe, mniej lub więcej owalne, mające na powierzchni płaszczyzny skutkiem stykania się i wzajemnego ucisku komórek na siebie, — przez co wiele z nich jest wielobocznych Mała tylko ilość jest kształtu trójkąta z krótkiemi wypustkami. Ich cytoplazma jest jednolita, jakby zakrzepła, — trudno rozróżnić w niej siatkę plazmy (*spangioplasma*), lub ziarnistość (*granoplasma*); zarysy jednak ich ciała są zawsze ostre. (*Fig. I*).

W cytoplazmie tych komórek zwraca uwagę ilość jąder. Stosunkowo mała ilość komórek, głównie części obwodowej zrazika, ma jądro pojedyncze; — przeważnie zaś widzi się 2—4, a nawet kilkanaście jąder. W stosunku do liczby jąder bywają też komórki znacznie większe. Postać jąder także nie wszędzie jest jednakowa; jedne, szczególnie w komórkach o małej liczbie jąder, mają wyraźną chro

[1]) Szczegóły niżej przytoczone zawdzięczam kol. Kwiatkowskiemu, elewowi kliniki wewnętrznej, za co Mu dzięki składam.

matynę siatkowatą i ziarnistą, są pęcherzykowate i zazwyczaj duże o wyraźnem jąderku. Wejrzeniem zatem zbliżają się najwięcej do jąder przerosłych, obrzękłych komórek tkanki łącznej. W innych komórkach są jądra zawierające mało ziarnistości, a wreszcie w komórkach o dużej liczbie jąder

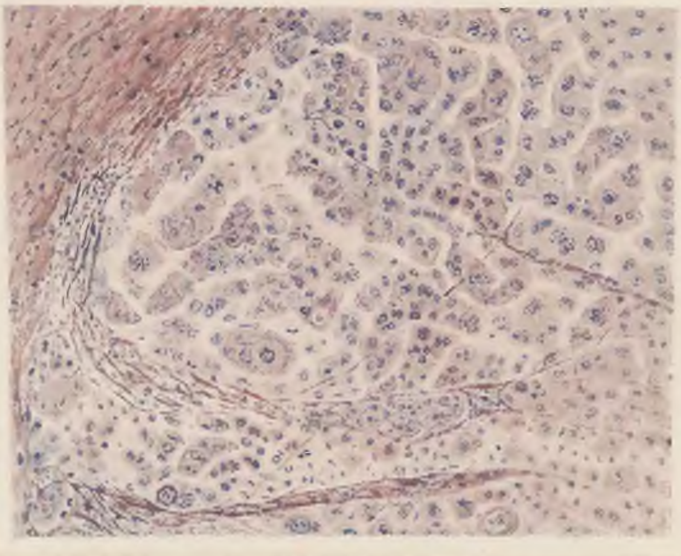


Fig. I.

i takie, w których widzimy tylko cienką siatkę chromatyny. Te ostatecznie są zazwyczaj mniejsze, jeszcze wyraźniej pęcherzykowate, blade, słabiej się barwiące, wewnątrz których jąderko występuje znacznie wyraźniej tak, że niejednokrotnie przy pomocy jego niewidocznych prawie zarysów jądra raczej domyślać się można.

W stosunku do ciała komó ki jądra leżą rzadko w środku, a częściej ku jednemu z końców komórki owalnej Jeżeli znajdują się w komórce w większej liczbie (od dwóch do kilkunastu), ułożone są nieregularnie, jedno obok drugiego, zapełniając nierzadko całą plazmę komórki. Duża ilość jąder, jakoteż kształt komórek dowodzi, że mamy do czynienia z tworami olbrzymimi *(Riesenzellen)*. Obok jąder spotykamy tu i owdzie w komórkach wakuole, lub też jedno z jąder otoczone jest jakby próżną przestrzenią i wtedy zazwyczaj bawi się jądro tak słabo, że widzimy tylko zarysy, a w środku wyraźne jąderko.

Powracam jeszcze do cytoplazmy komórek ze względu na jej barwliwość. Wspomniałem już, że cytoplazma w różnem zabarwieniu zdaje być jednostajną, szczególnie w komórkach większych. Przy silniejszem powiększeniu spostrzega się i w tych komórkach, nieco więcej w komórkach mniejszych delikatną siatkę, zawsze jednak plazma komórek barwi się barwnikami zasadowymi znacznie słabiej, niż komórki tkanki łącznej, a zabarwia się lekko barwnikiem obojętnym, n. p. orceiną obojętną. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni patologii ogólnej i bakteryologii prof. Dra Uszyńskiego.

O zapaleniu u niższych bezkręgowych zwierząt*).

Napisał

Dr. Zygmunt Messing.

Niema prawie ani jednego procesu chorobowego, w którymby nie przyjmował udziału ten, lub inny rodzaj zapalenia. Chociaż zapalenie, jako fakt patologiczny, jest nadzwyczaj rozpowszechnione w przyrodzie, chociaż ciągle używamy terminu naukowego „zapalenie“, chociaż wprost nie możemy obejść się bez tego terminu, jednak w wielu przypadkach stosujemy go błędnie. Pochodzi to od niedokładnego, nie dość jasnego i stałego określenia, co mamy rozumieć przez wyraz „zapalenie“.

Przytaczane we wszystkich podręcznikach: *rubor*, *dolor*, *tumor*, *calor*, *functio laesa* itd. nie mogą już zadowolnić nikogo. Naukowo rozumiemy zapalenie, jako proces *sui generis*. Zmiany patologiczne w naczyniach (przekrwienie zapalne, rozszerzenie naczyń, zastój krwi, wywędrowanie leukocytów itd.) i wsteczne zmiany w tkankach, wraz ze zmianami postępowemi, stanowią charakterystykę danego zjawiska. Dotąd jednak pozostaje nierozstrzygniętem, co stanowi *primum movens* w zapaleniu, czy zmiany w naczyniach, czy zmiany w tkankach.

Zapisano stosy papieru: gdyby zebrać całe piśmiennictwo zajmującego nas przedmiotu, utworzyłaby się pokaźna biblioteka. Dotąd jednak żadna z wielu teoryi nie zadowolniła wszystkich. Nie mam zamiaru ani rozstrzygać pytania, która z różnorodnych teoryi jest prawdziwa, a która błędna, ani też nie zamierzam podawać nowej teoryi. Chcę tylko przedstawić w krótkich słowach wyniki moich badań nad zapaleniem u niższych bezkręgowych zwierząt. Niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie prof. Drowi Uszyńskiemu za łaskawe kierownictwo w przeprowadzeniu tej pracy.

Pierwszy Miecznikow wprowadził do patologii porównawczą metodę badania. On pierwszy i dotąd prawie jedyny z badaczy zajął się studyowaniem przebiegu zapalenia u niższych bezkręgowych zwierząt. W swojej pracy: *Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation* (1892) opisuje Miecznikow zjawiska zapalne, spostrzegane przez niego u różnych klas zwierząt, zaczynając od najniższych jednokomórkowych, kończąc na kręgowcach. Miecznikow dochodzi do wniosku, że zapalenie jest to oddziaływanie ustroju na podrażnienie. Oddziaływanie to odbywa się za pomocą trawiennej własności zarodzi (protoplazmy) pewnych komórek ustroju. Rolę tych komórek u różnych zwierząt mogą brać na siebie różne pierwiastki, jak leukocyty, komórki mezodermy itd. „*Le primum movens de la réaction inflammatoire* „mówi Miecznikow“, *est une action digestive du protoplasma vis-à-vis de l'agent nuisible. Cette action propre à l'organisme entier ou presque entier des protozoaires, appartient à toute la masse plasmodique des myxomycètes, mais, à partir des éponges, se concentre dans le mésoderme*“. Nie wdając się tymczasowo w rozstrzyganie pytania, czy i o ile teorya Miecznikowa zgadza się z prawdą, zwrócę tylko uwagę na to, że Miecznikow zaczął swoje badania od najniższych bezkręgowych, od zwierząt jednokomórkowych, pierwotniaków. Pojęcie typowego zapalenia wymaga złożonej budowy ustroju, a przedewszystkiem wymaga dobrze rozwiniętego układu naczyniowego. Sądzę, że zaczynając nasze doświadczenia od jednokomórkowych, tracimy, że się tak wyrażę, grunt pod nogami. Nie mogąc spostrzegać stopniowania zjawisk, nie jesteśmy w stanie zdać sobie sprawy, czy to, co spostrzegamy u pierwotniaków jest przeobrażonem zapaleniem, czy też, być może, niema nic wspólnego z zapaleniem u kręgowców. Dlatego to przy zestawianiu wyników moich doświadczeń obieram inną drogę, niż ta, której użył

---

*) Streszczenie pracy nagrodzonej przez Uniwersytet Warszawski.

Miecznikow: t. j. zacznę od najwyższych i stopniowo będę przechodził do coraz niższych klas zwierząt.

Co się tyczy innych prac w tymsamym kierunku, to jedni [1]) autorowie zgadzają się z mniemaniem Miecznikowa, drudzy [2]) zaś są wprost przeciwnego zdania i starają się obalić teoryę Miecznikowa.

Parę słów o metodzie badania, sądzę, będzie nie od rzeczy. Do moich doświadczeń wybrałem z każdej klasy zwierząt, zaczynając od jamochłonów, a kończąc na mięczakach (pierwotniaki od początku zostały wykluczone z planu mojej pracy) po kilka przedstawicieli. Na każdem zwierzęciu wykonywałem małą operacyę, której celem było wywołanie zapalenia. O tych operacyach chcę tutaj mówić.

Najczęściej stosowałem przeszywanie ciała zwierząt czystą nitką. Niekiedy maczałem nitkę w 1% roztworze azotanu srebrowego, lub w 2% roztworze kwasu chromowego. Mięczakom przeszywałem nogę lub skrzela, robaki i ukwiały przeszywałem nawskróś. Oprócz tego zasadniczego typu doświadczeń stosowałem też pewne modyfikacye. Mięczakom zastrzykiwałem zawiesinę tuszu lub zawiesinę hodowli bakteryjnych (*ascomytes carcinomatis* Dra Bra, *bacillus megatherium*). Pijawkom zastrzykiwałem tusz i zawiesinę błękitu pruskiego. Dalej przypalałem mięczaki i pijawki rozpalonym do czerwoności drucikiem. Preparaty utrwalałem w sublimacie lub w formalinie, zalewałem w parafinie i barwiłem różnymi sposobami. Wszystkie zwierzęta, z wyjątkiem dżdżownic, brałem do doświadczeń bez uprzedniego przygotowania. Dżdżownice z powodu piasku, który zawierają w swym przewodzie pokarmowym, musiałem przed rozpoczęciem doświadczenia poddać jeszcze pewnym manipulacyom, których celem było uwolnić przewód pokarmowy robaków z piasku i tym sposobem umożliwić krajanie ich na mikrotomie. W tym celu sadzałem dżdżownice na dziesięć dni do dobrze przepłókanych fusów kawowych. Po tym przeciągu czasu robaki nadawały się do doświadczeń [3]).

Do swoich doświadczeń używałem następujących mięczaków: *paludina vivipara*, *helix pomatia*, *limax Schwabii*, *anodonta*. Zwierzę zwykle żyło po operacyi dosyć długo (do 10-ciu dni i więcej). Po pewnym ściśle określonym przeciągu czasu po operacyi (po paru godzinach, lub po paru dniach) zabijałem zwierzęta i badałem. Zamiast zwykłej nitki użyłem w pewnej liczbie doświadczeń skóry żabiej, gdyż tym sposobem przygotowane preparaty dały się krajać daleko łatwiej, niż zwykłe, t. j. z bawełnianemi nitkami.

Co się tyczy anatomicznej budowy mięczaków, to dla nas nadzwyczaj ważnym jest fakt, że mięczaki nie posiadają zamkniętego układu krwionośnego. Układ krwionośny mięczaków składa się z tętnic, naczyń włosowatych, zatok (lakun) i żył. Naczynia włosowate różnią się od zatok tem, że ściany ich są wysłane śródbłonkiem [4]). Krew mięczaków jest bezbarwna i zawiera mnóstwo pełzakowatych ciałek.

Przystępuję do opisu wyników moich doświadczeń z mięczakami. Bardzo prędko, bo już w 8 godzin po zranieniu, występuje oddziaływanie. Około zranionego miejsca zbierają się komórki. Komórki te są po większej części komórkami wędrującemi. Dowiodły tego moje doświadczenia z tuszem. Wstrzykiwałam tusz ślimakom i dopiero po paru dniach wywoływałem zapalenie tym lub innym sposobem. Otóż komórki, tworzące nacieczenie, zawierały w sobie wchłonięte ziarnka tuszu, chociaż miejsce, gdzie wstrzyknąłem tusz, znajdowało się daleko od miejsca zranionego. Oprócz komórek wędrujących mogłem obserwować rozmnażanie komórek tkanki miejscowej, a mianowicie tkanki łącznej i tkanki mięsnej. Na preparatach z nitką (szczególniej z nitką ze skóry żabiej) spostrzegałem odradzanie się nabłonka. Nabłonek z powierzchni ciała wrasta w głąb, wokoło drażniącego ciała, t. j. nitki, lub żabiej skóry.

Jednem słowem widziałem bardzo wyraźne zjawiska rozrodcze i odrodcze w tkankach.

Co się tyczy układu naczyniowego, to nic pewnego powiedzieć nie mogę.

Postaram się zestawić wyniki moich doświadczeń z wynikami, do jakich doszli inni autorowie.

Miecznikow, opisując zapalenie u mięczaków, zupełnie zamilcza o zjawiskach rozrodczych. Zjawiska rozrodcze, jako takie, nie mają jego zdaniem nic wspólnego z zapaleniem. W moich doświadczeniach jednak zjawiska tego rodzaju występowały równocześnie z innemi zjawiskami zapalnemi tak, że jestem skłonny uważać je za mające bardzo blizki związek z samem zapaleniem. Miecznikow zwraca głównie uwagę na fagocytozę i jej przypisuje największe znaczenie. Nie przesądzając tymczasem tego ostatniego, zaznaczam, że moje doświadczenia w zupełności potwierdzają fakt istnienia fagocytozy u mięczaków. W ciągu paru pierwszych dni po wstrzyknięciu tuszu daje się zauważyć, że tusz leży całemi masami w zatokach (lakunach). Już 6–8 dnia ilość tuszu w zatokach znacznie się zmniejsza, lecz za to widzimy go wewnątrz komórek pełzakowatych i wewnątrz komórek śródbłonkowych naczyń. We dwa tygodnie po wstrzyknięciu dostrzegamy tusz li tylko w komórkach i ani jednego ziarnka na zewnątrz komórek. Komórki, zawierające ziarnka tuszu, spotykałem wszędzie: są one rozrzucone mniej więcej równomiernie po całem ciele mięczaka. Specyalnego narządu fagocytarnego, jak to ma miejsce u wielu innych niższych zwierząt, szczególniej u owadów (nprz. *caloptinus Italicus, truxalis* i inne) u mięczaków (badałem pod tym względem tylko szczeżuję), nie spotkałem. Oprócz Miecznikowa sprawę zapalenia u niższych bezkręgowych zwierząt badał Woronin. W swej pracy: „Badania nad zapaleniem“ wypowiada między innemi zdanie, że u *anodonta* i u *mytilus edulis* nigdy nie bywa właściwego drobnokomórkowego nacieczenia. Woronin twierdzi, że to, co widzimy, (on — dopiero po pięciu dniach, a ja — już po ośmiu godzinach)! — nie jest nacieczeniem; uważa on to za krwotok, lub biały zakrzep (*thrombus*) i stara się objaśnić zjawisko to w następujący sposób. Autor twierdzi, że zaraz po zranieniu następuje odruchowy skurcz tkanek, względnie nogi mięczaka, a później, gdy skurcz osłabnie, mają występować krwotok, wtórne. „Gdy krew przechodzi przez zmartwiałe tkankii leukocyty zostają odfiltrowane i pozornie wyglądają, jak drobnokomórkowe nacieczenie“. Lecz dlaczego krwotoki te następują dopiero ósmego dnia po zranieniu, pozostaje nie zrozumiałem, bo skurcz odruchowy nie może przecież trwać tak długo! Dalej Woronin stara się obalić teoryę chemicznego oddziaływania na leukocyty (*chimiotaxis*). We dług zdania tegoż autora, niema ani jednego faktu, któryby przemawiał za istnieniem chemiotaksis. Tenże autor twierdzi, że występowanie leukocytów z naczyń jest uwarunkowane zmianami naczyń, a nie właściwościami leukocytów.

Tego rodzaju twierdzenie zbijają moje doświadczenia (wstrzykiwanie tuszu) nad szczeżują, o których już wspominałem.

II.

Moje doświadczenia nad robakami z powodu trudności technicznych były stosunkowo nieliczne. Użyłem do nich pijawkę lekarską *(hirudo medicinalis)* i dżdżownicę (*lumbricus*).

Około nitki, którą przeszywałem zwierzęta, lub też około miejsca, przypalonego rozżarzonym drutem, mogłem spostrzegać, jeżeli rana nie była nazbyt głęboka, najprzód odradzanie się nabłonka, a po upływie trochę dłuższego czasu drobnokomórkowe nacieczenie. Miecznikow widział twory, nadzwyczaj podobne do plazmodyów, lub do komórek olbrzymich. Tosamo widziałem i ja. Według Miecznikowa komórki mezodermy, rozmnażając się i gromadząc się około około drażniącego ciała, tworzą plazmodye, względnie nacieczenie. Miecznikow jednak nie zwraca uwagi na zjawiska innego charakteru, zjawiska progresywne, które odgrywają tutaj niepoślednią rolę. Siła natężenia tych ostatnich zależy od miejsca, które zostało zranione. I tak nabłonek odradza się nadzwyczaj szybko Już po upływie sześciu godzin po zranieniu stwierdzałem zupełne odrodzenie się tego ostatniego. Proces odrodczy przebiega z nieznacznem gromadzeniem się komórek mezodermy Na niektórych preparatach cięcie przeszło przez głębsze części ciała. Tutaj jeszcze nie dosiągł odradzający się nabłonek i tu go naturalnie nie znajdujemy. Lecz i tkanka łączna podlega zmianom progresywnym; nie ulega wątpliwości, że jej komórki rozmnażają się.

Na zasadzie wyżej opisanych wyników moich doświadczeń przychodzę do wniosku, że u zwierząt, należących do grupy robaków, podrażnienie, wywołujące zwykle u kręgowców typowe zapalenie, wywołuje zjawiska odrodcze i nacieczenie drobnokomórkowe. Zjawiska rozrodcze górują i występują silniej, niżeli u mięczaków.

III.

Do doświadczeń nad jamochłonami wybrałem dostępne mi ukwiały: *anthea cereus* i *sagartia parasitica*. Doświadczenia moje zasadzały się na tem, że chcąc wywołać podrażnienie tkanek, a jako następstwo tego podrażnienia — zapalenie, przeszywałem zwierzęta nitką i po pewnym określonym czasie wycinałem kawałek tkanki wraz z nitką. Kawałki te utrwalałem i badałem. Badając skrawki, doszedłem do następujących wniosków.

W typowem zapaleniu, według naszych teraźniejszych pojęć, na pierwszy plan występują zjawiska ze strony naczyń, których tutaj obserwować nie mogliśmy, gdyż te zwierzęta nie posiadają ani naczyń, ani krwi. Wiadomo jednak, że brak układu krwionośnego, a więc i odczynu zapalnego ze strony tegoż układu nie wyklucza możliwości istnienia samego zapalenia: już Cohnheim i inni spostrzegali zapalenie rogówki i chrząstek, a więc tkanek beznaczyniowych.

U ukwiałów (*actiniae*) bezwątpienia ma miejsce oddziaływanie na podrażnienie. U badanych zwierząt można było spostrzegać zbieranie się komórek koło drażniącego ciała. Są to komórki z jednem jądrem, bardzo podobne do t. zw. limfocytów człowieka. Komórki te zbierały się w oczkach siatki łącznotkankowej, tworzącej tutaj rodzaj szkieletu. Jeżeli porównamy wyżej przytoczony obraz z obrazem drobnokomórkowego nacieczenia u kręgowców, to jedyną różnicą będzie tutaj brak rozszerzonych i przepełnionych krwią naczyń.

Co się tyczy rozrastania się miejscowej galaretowatej tkanki łącznej, to chociaż nie mogłem zauważyć figur karyokinetycznych, czego przzy naszym sposobie utrwalania i barwienia preparatów nie można było nawet oczekiwać, jednak silniejsze zabarwienie jąder w bezpośredniem sąsiedztwie drażniącego ciała pozwala przypuścić, że jądra te znajdują się w stanie dzielenia. Rozrastająca się tkanka miejscowa wraz z rozmnażającemi się jądrami tworzyła około nitki masy, przypominające plazmodye. Mniej więcej takiesame obrazy opisuje Miecznikow. Autor ten twierdzi, że około drażniącego ciała tworzą się komórki olbrzymie lub plazmodya ze zlania się oddzielnych fagocytów mezodermy. Na tego rodzaju objaśnienie pochodzenia tych tworów nie mogę się zgodzić, a to z następujących powodów: Przedewszystkiem nawet z samego początku (cztery godziny po zranieniu!), nie widziałem oddzielnych fagocytów i nie mogłem stwierdzić ich łączenia się między sobą. Tego Miecznikow też nie opisuje, bo widocznie nie spostrzegał. Dalej, jeżeliby wyżej wspomniane twory były naprawdę plazmodyami, utworzonemi ze zlania się pojedynczych fagocytów, te musiałyby występować wszędzie, gdzie tylko wchodziło w grę podrażnienie. W moich doświadczeniach twory te mogłem obserwować tylko tam, gdzie bezpośrednio była podrażniona tkanka łączna. Ten ostatni fakt wskazuje na pochodzenie tych tworów rozrastania się miejscowej tkanki łącznej.

Tak, więc badając zjawiska zapalne u kwiałów, widzimy tak drobnokomórkowe nacieczenia, jak i zjawiska charakteru progresywnego. Te ostatnie występują u jamochłonów nadzwyczaj silnie. Tego rodzaju fakt nie powinien nas dziwić, jeżeli zważymy, że ciało jamochłonów, jak i wogóle innych niższych zwierząt, odznacza się wielką skłonnością do odradzania się

Teraz uważam za stosowne choć w paru słowach wyjaśnić, dlaczego mojem zdaniem Miecznikow, badając zapalenie u niższych bezkręgowców, nie spotkał się ze zjawiskiem odradzania, lub co najmniej pomija je milczeniem. Objaśnić to można, według mego zdania, zasadniczą różnicą w metodach badań, użytych przez Miecznikowa i przezemnie. Miecznikow pracował głównie nad zapaleniem pochodzenia pasorzytniczego. Ustrój, jak wiadomo, walczy przeciwko zarazkom zapomocą fagocytozy i zapomocą antytoksyn, rozpuszczonych i krążących we krwi; odradzanie tutaj nie gra i nie może odgrywać żadnej absolutnie roli. Moje doświadczenia zasadzały się na zranieniu tkanek. Widocznem jest, że tutaj odradzanie musiało odgrywać główną rolę, a fagocytoza mogła odgrywać tylko rolę drugorzędną, jako środek wspomagający w walce przeciw podrażnieniu. Nitka, jak wogóle każde ciało obce, drażni tkanki i wywołuje bezwątpienia zmiany chemiczne, a temsamem działa chemiotaktycznie na białe ciałka krwi. Oprócz tego zawsze w moich doświadczeniach część tkanek zostawała zniszczona, czyto zapomocą wprowadzenia nitki, czy też przez przypalanie. Obumarłe tkanki, jak wiadomo, działają też przyciągająco na leukocyty, których zadaniem jest usunąć cząstki martwe, a więc szkodliwe dla ustroju. Tym sposobem można, zdaje mi się, zadowalniająco wytłómaczyć, dlaczego Mieczni-

ków nie spotkał się w swoich doświadczeniach ze zjawiskiem odradzania.

Zakończenie. Przypatrzmy się teraz jeszcze raz zjawiskom, które występują, jako odczyn na różnego rodzaju podrażnienia tkanek u niższych organizmów.

Widzimy przedewszystkiem, że zjawiska te znacznie się stopniowo upraszczają w miarę zbliżania się do coraz mniej złożonych jestestw.

Obrazy, widziane przez nas u mięczaków, nadzwyczaj przypominają te, któreśmy zwykli spotykać u zwierząt wyższych. Mikroskop pokazuje gromadzenie się komórek, z których jedne powstały skutkiem rozmnażania się pierwiastków miejscowych, drugie zaś przyszły z innych miejsc ciała. Jednem słowem, ten drugi rodzaj komórek — są to komórki wędrujące, leukocyty, ciałka krwi. Mają one własność pochłaniania ziarnek tuszu, są to t. zw. fagocyty.

Trawienna własność protoplazmy fagocytów według wszelkiego prawdopodobieństwa jest bardzo silna. Jako potwierdzenie tego przypuszczenia można przytoczyć fakt, że zastrzyknąwszy drożdże Dr. Bra (*ascomyces carcinomatis* Dr. Bra), lub *bacillus megatherium* mięczakom, nie mogłem znaleźć w tkankach ani jednej bakteryi. Fakt ten można, zdaje się, wytłómaczyć za pomocą przypuszczenia, że bakterye zostały zniszczone, względnie przetrawione przez leukocyty.

Lecz wróćmy do przedmiotu: widzieliśmy u mięczaków typowe drobnokomórkowe nacieczenie. Dalej na niektórych preparatach widzieliśmy rozszerzenie naczyń (lakun) wokoło miejsca zranionego. Nawet mogliśmy parę razy stwierdzić płynny wysięk, o ile wogóle można go widzieć na utrwalonych preparatach. Jednem słowem mamy przed sobą wszystkie składowe części typowego zapalenia. Nazywając zjawiska spostrzegane zapaleniem, kładę nacisk na fakt, że wytwórczy charakter zapalenia wystepuje tutaj daleko silniej, niż to ma miejsce u kręgowców, szczególnie, jeżeli będziemy porównywali najwcześniejsze okresy procesu (pierwszy i drugi dzień po zranieniu). Szczególnie jasno występuje zjawisko odradzania w tkance nabłonkowej, która niekiedy nawet przerywa proces zapalny, obrastając wokoło cały kanał, wytworzony przez nitkę.

Badając zjawiska zapalne u robaków stwierdziliśmy tak samo wytwórczy charakter zapalenia. Odradzanie zniszczonych tkanek występuje u robaków na pierwszy plan. Oprócz zjawisk progresywnych, które tutaj występują jeszcze silniej, niż u mięczaków, widziałem drobnokomórkowe nacieczenie i wysięk.

Co się tyczy ukwiałów, to u tych zwierząt wytwórczy charakter zapalenia występuje jeszcze wyraźniej, niż u mięczaków i robaków. Nacieczenie, które spostrzegaliśmy u ukwiałów, prędzej można uważać za powstałe skutkiem rozmnażania się pierwiastków tkanki miejscowej, niż za zgromadzenie komórek wędrujących mezodermy. Lecz za to rzuca się w oczy bardzo znaczne rozrastanie się tkanki łącznej. Rozrasta się, jak było już wspomniane, galaretowata miejscowa tkanka łączna i powiększa się masa substancyi międzykomórkowej i liczba komórek w tej ostatniej.

Streszczając wszystko wyżej powiedziane, przychodzę do wniosku, że czem niżej będziemy się spuszczali po drabinie ontogenetycznej, tem więcej i więcej zacierają się zjawiska, charakterystyczne dla typowego zapalenia; w miejsce ich występują na pierwszy plan zjawiska odrodcze.

Piśmiennictwo. 1) Podwysockij: Osnowy obszczej patologi.— 2) Woronin: Izsliedowania o wospalenij. 1897. R. Heintz: Weitere Studien über die Entzündung seröser Haute. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Bd. 167 Heft. 1 1902. — 3) Arthur Bolles Lee et L. Félix Henneguy: Traités des méthodes techniques de l'anatomie microscopique, histologie, embryologie et zoologie. 1896. — 4) J. Nussbaum Zasady anatomii porównawczej. 1899. — 5) A. Kowalewsky: Etudes expérimentales sur les glandes lymphatiques des Invertébrés. (Communication préliminaire). Bulletin de l'Academie Impériale des Sciences de St. Petersbourg Mélanges biologique. T. XIII.

III. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Zachowanie się popłodu w ostatnich chwilach 2-go i w pierwszych chwilach 3-go okresu. *a*) Zachowanie się błon. Błony, wyklejające dno, trzon i okolicę pierścienia skurczowego, wobec stopniowego ściągania się tych części macicy fałdują się, począwszy od pierwszych chwil porodu. Fałdy te mają odpowiednią szerokość, która jest stałą, bo zależy wyłącznie od siły przyczepienia (t. j. od jakości błony doczesnej zagiętej, która jest oporniejszą w okolicy pierścienia skurczowego i w dolnym odcinku, niż w dnie i trzonie), oraz od grubości materyału, który się fałduje, a nie zależy od stopnia ściągania się powierzchni. Fałdy te muszą być zrazu bardzo liczne, rowki zaś między niemi płytkie, a same fałdy bardzo nizkie. W miarę postępu porodu, gdy powierzchnia wewnętrzna tych części macicy staje się coraz to mniejszą, ilość fałdów błon się zmniejsza, fałdy za to stają się coraz to wyższe, a rowki między niemi głębsze, podczas gdy pierwotna szerokość fałdów pozostaje jednakową. Z x fałdów o danej szerokości tworzy się jeden fałd o tejsamej szerokości, ale za to x razy wyższy. Aby się błony mogły sfałdować do wysokości określonej prawami fizycznemi, przy dalszym postępie ściągania się powierzchni, musi się średnia warstwa błony doczesnej, odgrywająca rolę kitu, odpowiednio ugrupować, w przeciwnym bowiem razie kit ulega rozdarciu. Im więcej wzrasta stopień ściągania się powierzchni, tem więcej wzrasta niepodatność przedmiotu fałdującego się, co ujawnia się tem, że przedmiot sfałdowany usiłuje się odfałdować, a to działa na kit w ten sposób, iż stara się go rozedrzeć. Jeżeli spojność kitu jest słabsza, niż siła spotęgowanej niepodatności sfałdowanego przedmiotu, następuje odklejenie. Niepodatność błon jest bardzo mała z powodu ich cienkości i braku elastyczności, a jakkolwiek wzrasta ona w miarę postępu ściągania się, nie powoduje przecież rozdarcia kitu, czyli średniej warstwy błony doczesnej tak, iż błony w warunkach fizyologicznych pozostają w związku z wnętrzem powierzchni dna, trzonu i okolicy pierścienia skurczowego aż do samego końca drugiego okresu tak, że dopiero siły, występujące w trzecim okresie oddzielają je.

Że tak istotnie jest, mamy na to następujące dowody przekonywające: 1) W razie cięcia cesarskiego *modo Porro* w końcu ciąży zawsze znajdujemy te trzy części macicy wyklejone pofałdowanemi błonami, mimo iż ściąganie się tych części macicy postąpiło aż do ostatniego swego stopnia, t. j. do kształtów macicy pierwszych chwil połogu.

2) Są także przypadki 3-go okresu, gdzie popłód zostaje przedewszystkiem całkowicie odklejony w jamie trzonu zapomocą krwiaka, a następnie w całości wydalony siłami natury i w tych przypadkach przy oglądaniu popłodu *in situ*, możemy owe fałdy błon obserwować. Przypadki te opisałem uprzednio p. t. „Kliniczny przebieg 3-go okresu".

b) Zachowanie się łożyska. Sprawa zachowania się łożyska przyklejonego do miejsca łożyskowego, umiejscowionego powyżej pierścienia skurczowego w jamie trzonu lub dnie w czasie porodu, da się sprowadzić do następującego zagadnienia fizycznego. Jak się zachowa ciało nieelastyczne, płaskie, przyklejone do napiętej we wszystkich kierunkach błony elastycznej, ciało o niejednostajnej grubości i oporności na sfałdowanie się, jeżeli napięcie błony zwalniamy peryodycznie tak, że ona z pewną siłą, zrazu narastającą, a następnie zmniejszającą się, zmniejsza swą powierzchnię?

Ściana macicy w czasie 1-go i 2-go okresu porodu przybiera peryodycznie własności napiętej płyty elastycznej, która peryodycznie usiłuje z pewną siłą wrócić do swego najmniejszego wymiaru. Jeżeli weźmiemy prostokątny płat cienkiej gumy, napniemy go równomiernie we wszystkich kierunkach, a następnie przykleimy do niej krążek z bibułki, poczem zwolnimy napięcie, zobaczymy, że przedmiot naklejony sfałduje się według praw zwykłych, omówionych przy fałdowaniu się błon, zauważymy atoli przytem, iż cienka płytka gumowa mimo zwolnienia napięcia nie wróciła do swego pierwotnego kształtu i wielkości, ale pozostaje większą. Im grubszą jest naklejona bibułka i niepodatniejszą na sfałdowanie, tem ściąganie się powierzchni przyklejenia jest mniejsze; sile elastyczności przeciwdziała więc siła niepodatności naklejonego przedmiotu. Przy płycie elastycznej, w miarę zmniejszenia się napięcia gumy zmniejsza się i siła elastyczności; ciało zaś naklejone, im bardziej się fałduje, tem więcej potęguje się jego niepodatność. Z chwilą, gdy siła, z jaką odbywa się ściąganie się równą będzie sile niepodatności, dalsze ściąganie się miejsca naklejenia bibułki ustaje.

W macicy mamy stosunki cokolwiek odmienne. Siła, z jaką odbywa się ściąganie się ściany, zależy od stanów skurczowych muskulatury. Ból zaś zwolna narasta, na szczycie trwa pewną chwilę i następnie zwolna ustępuje; siła więc, z jaką się odbywa ściąganie się miejsca łożyskowego zwolna wzrasta, dochodzi do szczytu energii, aby następnie zmaleć aż do zera. Tendencyi do zmniejszenia się miejsca łożyskowego w przerwie między bolami niema. Niepodatność łożyska również nie jest ilością stałą, bo narasta w miarę powiększenia się sfałdowania. Gdyby miejsce łożyskowe, zmniejszywszy swoje wymiary, z łatwością mogło wrócić do swych wymiarów poprzednich, a łożysko raz sfałdowane mogło się całkowicie odfałdować, t. j. gdyby było elastyczne jak sprężyna, to w czasie rozkurczu powróciłyby stosunki, jakie były przed bolem. Raczej należy sobie wyobrazić sprawę w sposób następujący: W miarę narastania energii bolu miejsce łożyskowe coraz to więcej usiłuje zmniejszyć swe wymiary, czemu przeszkadza niepodatność łożyska. Z chwilą, gdy siła ściągania się weźmie górę nad niepodatnością, miejsce łożyskowe zmniejszy się, a łożysko sfałduje; szczyt bolu i okres ustawania bolu ugruntowują w nowem położeniu pierwiastki mięsne macicy tak, że następowa przerwa między bolami zastaje już ścianę macicy, gdzie jest miejsce łożyskowe, zgrubiałą i zmniejszoną, a więc biernie oporniejszą na rozciągnięcie się. Łożysko, jakkolwiek zwiększyło swą niepodatność z powodu sfałdowania się, (a niewątpliwie musi mieć tendencyę do odfałdowania się, choć nie jest elastyczne), nie jest w stanie rozciągnąć tej zgrubiałej ściany całkowicie tak, aby przywrócić stosunki, istniejące przed bolem uprzednim. Co najwyżej może tylko do pewnego stopnia rozciągnąć przez ból ściągnięte miejsce łożyskowe, tem więcej, że następny ból, po kilku minutach występujący, przerywa proces rozciągania się miejsca łożyskowego.

W czasie 1-go i 2-go okresu porodowego ściany trzonu i dna macicy wogóle, a miejsce łożyskowe w szczególe, zwolna tylko zmniejszają swe wymiary, jak tego dowodzi obserwacya kliniczna, bo przeszkadzają temu wody płodowe i sam płód. Miejsce łożyskowe nadto wobec przeszkody ze strony rozpiętego i niepodatnego na fałdowanie się łożyska zmniejsza swe wymiary o wiele w mniejszym stopniu, niż reszta ścian trzonu i dna macicy, jak tego niezbicie dowodzą ryciny, zebrane z przekrojów zamrożonych kobiet, zmarłych w czasie porodu. Wobec tego, w czasie 1-go i 2-go okresu porodowego fałdy łożyska, widoczne na podowodniowej warstwie łożyska, muszą być nizkie, liczne, rowki między nimi płytkie, a kit, t. j. warstwa błony doczesnej, nie ulega rozdarciu, ale musi się ugrupować. Zgrupowanie to odbywa się w ten sposób, iż średnia warstwa błony doczesnej przybiera budowę siatkowatą. Nitki tej siatki tworzą naczynia, obok których skupia się tkanka łączna; w ten sposób zmieniona pod wpływem bolów błona doczesna przedstawia warstwę, zdolną, do przesuwania się, a trudną do rozerwania. Że błona doczesna następowa pod wpływem bolów porodowych tak się zmienia, wykazał Ruge na przekrojach macic, będących w związku z łożyskiem w czasie porodu. Opisano w Schrödera: Der schwangere und kreisende Uterus. Bonn, 1886).

Przypuśćmy, że do chwili wyjścia płodu po barki łożysko jest jeszcze w całości w związku z miejscem łożyskowem, a tylko cokolwiek sfałdowane. Jak przebiega koniec 2-go okresu, t. j. te parę minut, które upływają wśród wydalenia się tułowia płodu i wylania wód następowych? Fizyologicznie reszta płodu rodzi się wśród bolu pod wpływem parcia niewiasty. Ściany macicy wobec opróżnienia się jamy z płodu i wód ściągają się tak, iż obejmują szczelnie ze wszech stron popłód, cisnąc na niego. Miejsce łożyskowe przybiera wobec bolu, własności płyty gumowej rozciągniętej, wracającej do swego najmniejszego wymiaru, w czem przeszkadza mu naklejone i niepodatne na fałdowanie się łożysko. Fizyologicznie, t. zn. najczęściej, miejsce łożyskowe znachodzi się na przedniej lub tylnej ścianie macicy w trzonie, powyżej okolicy pierścienia skurczowego. Przypuśćmy ten przypadek i rozważmy bliższe szczegóły mechanizmu zachowania się łożyska i błon.

Gdyby nie było przedniej ściany macicy, wtedy łożysko w ostatnich minutach 2-go okresu i pierwszych chwilach 3-go okresu zachowałoby się jak bibułka w doświadczeniu fizycznem, wyżej wspomnianem. A zatem: w miarę zmniejszania się miejsca łożyskowego, coraz silniejby się fałdowało, fałdy jego stawałyby się coraz to mniej liczne, ale za to coraz wyższe, zachowując szerokość stałą, zależną

od niepodatności odpowiedniej partyi łożyska i siły jego przymocowania. W miarę postępu ściągania się miejsca łożyskowego fałdy stawałyby się tak wysokie, iż w pewnych miejscach kit ugrupowaćby się nie mógł i musiałby pęknąć. Z tą chwilą, gdy spójność kitu zmalała bardzo znacznie, bo do zera, partya łożyska odklejona utworzyłaby możliwie najszerszy fałd, wzmagający swą wysokość w miarę wzrostu ściągania się, czyli inaczej mówiąc: odklejona partya łożyska wypukliłaby się. Gdzieby to wypuklenie przedewszystkiem i najprędzej powstało, zależałoby od takich czynników, jak n i e p o d a t n o ś ć, a więc grubość odpowiedniej partyi łożyska, oraz przypadkowa m n i e j s z a s p ó j n o ś ć k i t u, zależna od mniejszego rozwoju czynników przytwierdzających łożysko, jakoto: grubość naczyń błony doczesnej następowej, zbitość jej warstwy przyłożyskowej i zbitość średniej warstwy serotiny. Gdyby te dwa warunki znalazły się w środku łożyska, to oczywiście środek by się przedewszystkiem wypuklił; gdyby zaś w pobliżu brzegu łożyska, to najpierwsze wypuklenie miałoby miejsce w pobliżu brzegu łożyska. Przestrzeń objęta wypukleniem musiałaby wypełnić krew z przerwanych naczyń błony doczesnej następowej. Partya miejsca łożyskowego, ogołocona z łożyska, a przez to uwolniona od wpływu napierającego, jaki wywierało na nią przyrosłe uprzednio łożysko, ściągnęłyby się znaczniej, niż reszta miejsca łożyskowego, gdzie jeszcze łożysko jest choćby tylko częściowo przyrosłe. Miejsce łożyskowe przybrałoby wobec tego kształt nieregularny, mało podobny do kształtu łożyska. W miarę postępu ściągania się miejsca łożyskowego wypuklone łożysko, mając tendencyę do wypłaszczenia się, tak jak łuk zgięty odgina się, gdy cięciwę przetniemy, parłoby w sąsiedztwo, pomagając przez to odklejać sąsiednie partye popłodu. Gdy by się b r z e g ł o ż y s k a p r z e d e w s z y s t k i e m w y p u k l i ł, wkrótce łożysko opuściłoby miejsce łożyskowe tą partyą odklejoną i usiłowałoby się zesunąć w otoczenie okryte błonami o tyle, o ileby na to pozwoliły błony, to znaczy, o ileby się przytem błony przyrosłe odkleić mogły. Przy początkowem w y p u k l e n i u ś r o d k a, przedewszystkiem odkleiłyby się następowo partye przybrzeżne łożyska, a po ściągnięciu się poza odklejonem łożyskiem miejsca łożyskowego, całe łożysko brzegami swymi weszłoby w otoczenie okryte już błonami, oddzierając je do pewnego stopnia.

W naturze atoli spotykamy się ze stosunkami o wiele więcej powikłanymi, choć w zasadzie bardzo prostymi i o wiele celowiej urządzonymi, niż w powyższem doświadczeniu fizycznem. Przedewszystkiem łożysko z chwilą opróżnienia się jamy macicy z płodu i wód natychmiast jest otoczone szczelnie ze wszystkich stron kurczącymi się ścianami macicy. Ściany te cisną na łożysko, wygniatając z niego krew w miejscu najmniejszego oporu, a zatem do pępowiny, oraz do dolnej części łożyska, sąsiadującej z otworem, utworzonym przez okolicę pierścienia skurczowego. Fakt ten ma znaczny wpływ na sposób odklejenia się, wydalania popłodu, przeobrażając i potęgując działanie czynników, uwidocznionych w doświadczeniu fizycznem, t. j. ściągania się miejsca łożyskowego, niepodatności łożyska, wreszcie spójności kitu. (C. d. n.).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

W przypadkach, w których najniżej położoną częścią płodu jest bark, zaklinowany we wchodzie miednicy, postępuję w sposób następujący:

Zapomocą odpowiednio szerokich wzierników łyżkowych, założonych na tylną i przednią ścianę pochwy, odsłaniam bark, a asystentowi lub położnej polecam trzymanie wzierników. Następnie zakładam na część najniżej ułożoną i odsłoniętą dwie pary mocnych ostrych szczypczyków z zamknięciem, ujmuję je jedną ręką i pociągam za nie ku dołowi w tym celu, aby część poprzedzającą o ile możności ustalić.

Jeżeli rączka jest wypadnięta, wtedy asystent jedną ręką trzyma wziernik założony nieco ukośnie na tylnej ścianie pochwy, a drugą ręką ujmuje rączkę płodu i pociąga za nią nieco tylko w stronę główki, aby odsłonić dokładnie pachę płodu. W takim razie użycie drugiego wziernika łyżkowego i zakładanie szczypczyków jest zbyteczne. Nie należy nigdy odejmować wypadniętej rączki w stawie barkowym, jak to niektórzy autorowie radzą, gdyż rączka wypadnięta, nawet bardzo znacznie obrzękła, nie może nam utrudniać samego zabiegu, przez pociąganie zaś za nią nieco w kierunku główki możemy sobie dokładnie odsłonić i ustalić pole operacyjne, to jest pachę płodu.

Po odsłonięciu i ustaleniu części poprzedzającej, bez względu na to, którym z tylko co opisanych sposobów, otwieram zapomocą ostrych nożyc Naegelego klatkę piersiową i rozszerzam uzyskany otwór. Zapomocą dwóch lub więcej szczypczyków chwytam następnie brzegi zrobionego w klatce piersiowej otworu przez całą grubość ściany klatki piersiowej w ten sposób, że jedno ramię szczypczyków leży na zewnątrz, a drugie wewnątrz klatki piersiowej płodu i pociągam lewą ręką za szczypczyki ku dołowi i w tę stronę, po której leżą pośladki płodu. Gdy rączka jest wypadnięta, wtedy i asystent pociąga za nią kolejno w kierunku tymsamym, w jakim pociągamy za szczypczyki. W ten sposób ustawi się w polu widzenia najpierw górna część klatki piersiowej. Prawą ręką ujmuję wtedy duże, mocne, proste nożyce i dążąc od zrobionego poprzednio otworu w klatce piersiowej (zapomocą nożyc Naegelego) przecinam górne żebra. Zakładając dalej szczypczyki coraz wyżej w kierunku ku szyi płodu, a następnie i coraz niżej na klatce piersiowej w kierunku ku pośladkom i pociągając za nie w odpowiednim kierunku, możemy ściągać względnie nastawiać sobie w polu operacyjnem te części klatki piersiowej, które poprzednio nie były widoczne. W ten sposób, idąc niejako krok za krokiem, możemy nastawiać w polu widzenia i przecinać najpierw górne żebra wraz z obojczykiem, a potem niżej położone, dolne, aż przetniemy całą klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej płodu. Już po przecięciu kilku żeber część poprzedzająca płodu zwykle się obniża i to dość znacznie tak, że przecinanie dolnych żeber odbywa się często już w próżni miednicy.

Jeżeli znaczniejszego niestosunku porodowego niema,

wtedy po przecięciu podłużnem klatki piersiowej płód jest zazwyczaj ułożony, względnie ustawiony, w ten sposób, jakby miał się rodzić, wykonując mechanizm dobrowolnego wytoczenia się, (*evolutio spontanea*). W przypadkach takich należy po założeniu kilku par szczypczyków na dolną część przeciętej klatki piersiowej pociągać za nie w kierunku ku dołowi i w stronę, po której leży główka, a nawet, jeżeli to możliwe, należy ująć następnie dalszemi szczypczykami za kości miednicy płodu i pociągając za nie, starać się naśladować i ułatwić ten mechanizm wytoczenia się płodu. Pociągając więc za szczypczyki, wytaczamy ze szpary sromowej najpierw pośladki, potem klatkę piersiową, a w końcu główkę płodu. W przeważnej liczbie przypadków udaje się w ten sposób rozwiązać rodzącą najłagodniej i stosunkowo bardzo szybko, gdyż zabieg tak wykonany w zwykłych warunkach, gdy niema znaczniejszego niestosunku porodowego, wykonać można przeciętnie w przeciągu 10-ciu minut.

Jeżeli najniżej ułożoną częścią płodu nie będzie bark, lecz inna część klatki piersiowej, to postępowanie nasze nie będzie się prawie różnić od sposobu powyżej opisanego i tylko, że tak powiem, punkt wyjścia operacyi będzie inny, otwór wykonany nożycami Naegelego nie będzie n p. w paszę, lecz w innej części klatki piersiowej. Sama myśl przewodnia operacyi pozostaje ta sama, to jest, aby ujmując szczypczykami, nastawiać sobie w polu widzenia i przecinać nożycami najpierw górne, a potem dolne żebra i dążyć do wydobycia płodu w sposób jak najwięcej zbliżony do mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się.

W przypadkach znaczniejszego ścieśnienia miednicy, lub też gdy płód będzie znaczniejszych rozmiarów, samo przecięcie klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu często nie wystarczy.

Po przecięciu wszystkich żeber uzyskamy w takich przypadkach tylko zapadnięcie się klatki piersiowej i obniżenie części poprzedzającej. Jeżeli zatem w czasie wykonywania zabiegu spostrzeżemy, że samo przecięcie podłużne klatki piersiowej nie doprowadzi do celu, należy w dalszej części operacyi postąpić w następujący sposób. Po wykonanem przecięciu klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu należy chwytać szczypczykami całą grubość ściany klatki piersiowej, nastawiać odpowiednie coraz dalsze części w polu widzenia i dążąc od linii, w której przeciętą została klatka piersiowa wzdłuż, przecinać ścianę klatki piersiowej poprzecznie w kierunku najbliższym do kręgosłupa. Gdy w ten sposób dojdziemy do grzbietu płodu i zapomocą szczypczyków nastawimy sobie kręgosłup w polu widzenia, należy go również przeciąć nożycami. Następowe wydobycie płodu nie przedstawia już wtedy trudności i to albo zdwojonem ciałem, (*conduplicato corpore*), albo też w ten sposób, że najpierw wytaczamy ze szpary sromowej pośladki, potem klatkę piersiową, a w końcu główkę płodu. Gdyby i po przecięciu kręgosłupa wydobycie płodu na zewnątrz nie dało się łatwo wykonać, wtedy należałoby przecinać w dalszym ciągu poprzecznie i drugą połowę klatki piersiowej, nastawiając sobie w polu widzenia zapomocą szczypczyków dalsze części klatki piersiowej i w ten sposób przepołowić całkowicie poprzecznie ciało, to jest tułów płodu. Uchwyciwszy następnie szczypczykami i pociągając za nie, wydobywamy osobno najpierw dolną, a potem górną połowę ciała płodu wraz z główką. Nieraz zdarzy się w takich przypadkach napotkać w kierunku cięcia łopatkę, która daje się bez trudności krajać mocnemi nożycami.

W czasie wykonywania tych wszystkich wyżej opisanych zabiegów można oczywiście równocześnie wykonać wytrzewienie, a więc usunąć narządy klatki piersiowej i trzewa jamy brzusznej płodu; może to do pewnego stopnia nawet ułatwić sam zabieg właściwy, gdyż w przypadkach trudniejszych, dłużej trwających, po wykonaniu wytrzewienia nie dostają się w pole operacyjne części trzew, skutkiem czego sam zabieg zyskuje na przejrzystości. Do opróżnienia takiego klatki piersiowej i jamy brzusznej płodu najwygodniej jest użyć w takim razie mocnych, szerokich, tępych szczypczyków i dużej, szerokiej, tępej łyżki, jakiej używam do usunięcia mózgu po trepanacyi główki płodu. Jeszcze raz jednak zaznaczam wyraźnie, że wytrzewienie koniecznem nie jest i nie stanowi istoty operacyi, a niezbędnem mogłoby być tylko w przypadkach znaczniejszych zmian narządów wewnętrznych płodu, jak przy nowotworach, wodonerczu i t. p. Tylko w wyjątkowych przypadkach, wobec bardzo znacznego niestosunku porodowego, gdy część poprzedzająca płodu ułożona jest bardzo wysoko, a ujście zewnętrzne macicy nie jest dostatecznie rozwarte, przecinanie całej klatki piersiowej i kręgosłupa pod kontrolą wzroku, po odsłonięciu zapomocą wzierników, napotkać może na znaczniejsze trudności. W takich przypadkach możemy sobie radzić w ten sposób, że uchwyciwszy szczypczykami w polu widzenia nastawiającą się część płodu, wycinamy z niej nożycami część taką, jaka się usunąć daje, a idąc krok za krokiem, miejsce za miejscem, chwytamy coraz to dalsze, nowe części płodu i w miarę możności zaraz je wycinamy nożycami i usuwamy. W ten sposób postępując, czyli dosłownie kawałkując płód, uzyskujemy coraz więcej miejsca, coraz większe kawałki płodu możemy w ten sposób usuwać, a gdy dosięgniemy wreszcie i przetniemy kręgosłup, wtedy płód obniża się znacznie i dalsze wydobycie płodu, chociażby mogło się odbywać i nadal tylko po kawałku, już znaczniejszych trudności przedstawiać nie będzie. Takiego przynajmniej przekonania nabrałem po kilkakrotnem wykonaniu właśnie co opisanego zabiegu na fantomie, gdyż, jak dotychczas, w praktyce nie spotkałem się z podobnym przypadkiem. Oczywiście, że takie kawałkowanie płodu będzie zabiegiem ciężkim i dla operatora mozolnym, a nadto wymagać może dłuższego czasu. Nie przesadzę jednak, jak sądzę, twierdząc, że w każdym razie zabieg taki, wykonywany z planem, nie będzie trwał dłużej, aniżeli inne zabiegi, jakichby operator użyć był zmuszony w danym przypadku, w celu rozwiązania rodzącej.

Zestawiając moje uwagi sądzę, że w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych płodu, w takich, w których po odsłonięciu wziernikami nie będzie widoczną szyjka płodu, należy postępować w następujący sposób: Po odpowiedniem przygotowaniu, ułożeniu rodzącej na łóżku poprzecznem i oczyszczeniu części rodnych, należy najpierw odsłonić dokładnie zapomocą wzierników część, płodu najniżej ułożoną. Ustaliwszy teraz tę poprzedzającą, najniżej ułożoną część płodu przez pociąganie za założone na nią szczypczyki lub wypadniętą rączkę, należy zapomocą nożyc Naegelego otworzyć klatkę piersiową, a następnie, nastawiając sobie w polu widzenia dalsze części klatki piersiowej, przeciąć ją

mniej lub więcej w kierunku podłużnym płodu. Po całkowitem przecięciu klatki piersiowej wzdluż należy się starać przez odpowiednie pociąganie zapomocą szczypczyków, założonych na tułów płodu, wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się Gdyby to w danym przypadku się nie udawało, wtedy należy nastawić sobie w polu widzenia i przeciąć kręgosłup, a nawet w trudniejszych przypadkach należy przepołowić cały płód poprzecznie, a więc wykonać *dissectio foetus* i wydobyć najpierw dolną, a potem górną połowę płodu. Tylko w wyjątkowo rzadkich przypadkach bardzo znacznego niestosunku porodowego mogłyby te zabiegi nie prowadzić do celu i w takim razie należałoby wykonać kawałkowanie płodu w ścisłem tego słowa znaczeniu, w ten sposób, jak to nauczyliśmy się wykonywać od francuskich autorów przy kawałkowaniu dużych guzów macicy, usuwanych przez pochwę.

Zastanawiając się nad samą techniką całego takiego postępowania, należy wyjaśnić pewne, mogące się nasuwać wątpliwości.

Przedewszystkiem z początku sam miałem pewną obawę, czy zawsze uda się łatwo przeciąć kości płodu nożycami. I rzeczywiście przecinanie grubszych kości płodu zwykłemi nożyczkami chirurgicznemi, a nawet nieco większemi i mocniejszemi, jakie znane są pod nazwą nożyczek do nacięcia wejścia do pochwy (episiotomia), wymaga użycia dość znacznej siły. Dlatego obecnie do przecinania kości używam osobno sporządzonych nożyc mocnych i znacznie większych, o ramionach tnących krótkich, a stosunkowo długich ramionach, służących do trzymania. Długość nożyc wynosi około 23 ctm., zamek zaś umieszczony jest w odległości $5^1/_2$—6 ctm. od tępych zaokrąglonych końców ostrzy (*Fig. I*). Takiemi nożycami przecinać można żebra płodu donoszonego z największą łatwością; łopatki i mostek dają się krajać, jak bardzo gruby karton papierowy i tylko dla przecięcia kręgosłupa potrzeba użyć nieco więcej siły.



Fig. I.



Fig. II.

Do chwytania, ujmowania i pociągania używam wyłącznie tylko mocnych, ostrych, względnie na pół ostrych, dwu- lub trójzębnych szczypczyków francuskich z zamknięciem, jakich zwykle używamy n. p. przy wycinaniu guzów i macicy przez pochwę (*Fig. II*). Zwykle potrzeba do takiego zabiegu użyć cztery do sześciu par takich szczypczyków. Pojedyncze zwykłe kulociągi chwytają zbyt słabo i jako zbyt ostre, łatwo się wyrywają; z tego też powodu nie dają się użyć do silniejszego ujęcia i pociągania.



Fig. III.

Najcięższy, napozór przynajmniej, zarzut przy powyżej opisanem postępowaniu dotyczyć może trudności, jakie nasuwaćby mogło samo odsłonięcie i uprzystępnienie sobie pola operacyjnego, a dalej potrzeba pomocy osoby drugiej przy wykonywaniu samego zabiegu. W tym względzie doświadczenie mnie pouczyło, że możemy zawsze odsłonić sobie dokładnie pole działania, jeżeli użyjemy odpowiednio szerokiego wziernika łyżkowego, jednego lub dwu, stosownie do wymiarów pochwy i danego przypadku. Zwykle używane wzierniki, których szerokość łyżek zazwyczaj nie wynosi więcej nad 40—45 milimetrów, są za małe i do tego celu się nie nadają. Z tego powodu używam wielkich szerokich wzierników, sporządzonych osobno w tym celu, które mają łyżki różnej szerokości. Zazwyczaj wystarczają wzierniki, których szerokość łyżek wynosi około 60—70 milimetrów (*Fig. III*). Wzierniki te służyć mogą nietylko przy zabiegach, mających na celu zmniejszenie pojemności i rozmiarów główki lub tułowia płodu, lecz wogóle, jak mnie wieloletnie doświadczenie pouczyło, nadają się najlepiej do wszelkich zabiegów położniczych. Bardzo ważną oczywiście rzeczą jest dalej okoliczność, o ile operator wogóle jest wprawnym w posługiwaniu się wziernikami łyżkowymi. Jeżeli operator posiada tylko nieco wprawy i odpowiednie wzierniki, w takim razie odsłonięcie pola operacyjnego nie przedstawia znaczniejszych trudności.

Co do dalszego zarzutu, to zaprzeczyć się nie da, że

gdy przy wykonywaniu oddzielenia główki od tułowia, lub embryulcyi zapomocą zwykłych sposobów operator bez asystencyi może się często obejść, to przy operowaniu we wziernikach po odsłonięciu pola operacyjnego potrzebuje koniecznie pomocy drugiej osoby. Rzecz to ważna i pozornie nie łatwo dająca się w praktyce przeprowadzić, a co za tem idzie, przemawiająca poniekąd przeciwko takiemu postępowaniu. Gdy jednak rozważymy, co ten asystent ma za zadanie do spełnienia, to przyjdziemy do przekonania, że wymagana od niego pomoc wcale nie odbiega od wymagań stawianych asystentowi przy innych zabiegach. Zupełnie wystarczy, gdy osoba do pomocy użyta, będzie jedną ręką przytrzymywała wziernik łyżkowy, założony na tylną ścianę pochwy, a drugą ręką będzie utrzymywać albo wziernik, założony na przednią ścianę pochwy, albo też będzie w kierunku, wskazanym przez operatora, pociągać za założone szczypczyki lub wypadniętą rączkę. Przytrzymać zaś jedną ręką wziernik, a drugą przytrzymywać, względnie pociągać, za szczypczyki, powinna zdołać wykonać każda położna. Tęsamą czynność bowiem spełnia często położna, będąc pomocną przy opróżnianiu, skrobaniu, lub tamponowaniu jamy macicy, to jest jedną ręką utrzymuje założony wziernik, a drugą pociąga za szczypczyki, założone na części pochwowej w celu ustalenia macicy. Sądzę nawet, że do pomocy przy zmniejszaniu pojemności tułowia płodu, wykonanego wyżej podanym sposobem, wystarczy mniej wprawy ze strony asystenta, aniżeli przy innych zabiegach położniczych. Więcej może wprawy np. wymaga dostateczne ustalenie główki ruchomej nad wchodem miednicy przez powłoki zewnętrzne i pomoc przy dziurawieniu główki płodu trepanem, a niezawodnie pewniejszej i wprawniejszej ręki asystenta potrzeba operatowi do pomocy przy tamponowaniu jamy macicy wobec krwotoku. Jeżeli zaś z tytułu niezbędnej pomocy, jaka jest potrzebną przy wykonywaniu wymienionych powyżej zabiegów położniczych, nie podnosi się zarzutu trudnego stosowania ich w praktyce, sądzę, że odnosić się to musi także do podanego sposobu postępowania wobec położeń płodu poprzecznych zaniedbanych. Zarówno bowiem, jak przy innych zabiegach położniczych, tak i przy wykonywaniu zmniejszenia tułowia płodu po odsłonięciu pola operacyjnego dostateczną pomoc nieść może operatorowi położna, ba nawet w braku jej posłużyć się można pomocą babki wiejskiej. (Ciąg dalszy nastąpi)

V. Wyciągi.

B. Dreser (Elberfeld). **Badania nad moczopędnem działaniem teocyny u człowieka zdrowego.** (*Berl. klin. Wochsch.* 1903, Nr. 42). Teocyna jest 1, 3 — dwumetyloksantyną, otrzymaną drogą całkowitej syntezy chemicznej, sposobem podanym przez Traubego, a pod względem chemicznym identyczną z teofiliną, znalezioną w r. 1888 przez Kossla w liściach herbaty obok dawno znanej kofeiny, względnie z teofiliną, otrzymaną drogą częściowej syntezy chemicznej z kwasu moczowego.

W doświadczeniach z człowiekiem zdrowym należy uwzględnić, że ustrój jest w stanie oddać tylko pewną ograniczoną ilość wody. Z uwagi na ten dyspozycyjny zapas wody autor przeprowadzał swoje doświadczenia w ten sposób, że co godzina podawał tyle wody, ile jej ustrój utracił w postaci moczu. W warunkach prawidłowych, licząc 1500—1800 ctm. sz. na dobę, wypada średnia chyżość wydzielnicza moczu 1,04—1,25 ctm. sz. na minutę; uzupełniając co godzina utraconą wodę, uzyskujemy chyżość dosyć stałą, a jeżeli występują wahania fizyologiczne, to one przebiegają powoli, w ciągu kilku godzin, i wyróżniają się od nagłych skoków, wywołanych działaniem moczopędnego środka.

W szeregu doświadczeń autor oznaczał prócz ilości moczu także jego ciepłotę krzepnięcia, a zatem ilość drobin w rozczynie i przewodnictwo elektryczne, będące wyrazem ilości wolnych jonów, tem samem ilości soli mineralnych, uległych dysocyacyi. Wyniki doświadczeń, przedstawione graficznie w dyagramach, niedających się umieścić w krótkim referacie, dowodzą, że po podaniu teocyny nietylko zwiększa się moczenie, lecz równocześnie wzrasta ilość wydzielanych składników stałych (depresya punktu krzepnięcia), a zwłaszcza soli mineralnych (przewodnictwo elektryczne). Moczenie, wywołane wypiciem znacznej ilości wody, zwiększa raczej wydzielanie nie — elektrolitów (mocznika); w jeszcze wyższym stopniu występuje to zjawisko po wypiciu znacznej ilości piwa tak, że w tym ostatnim przypadku można wprost mówić o zatrzymaniu soli mineralnych w ustroju. Teocyna wpływa dodatnio na ilość wydzielanych elekrolitów także wtedy, gdy wody ustrojowi nie dostarczamy; jej działanie jest w tym kierunku swoistem, co jest tem ważniejszem, że właśnie solom mineralnym przypada główna rola osmotycznego wiązania wody i utrzymywania punktu krzepnięcia krwi na wysokości 1,56°C. Bez usunięcia soli mineralnych nie można pomyśleć o trwałem usunięciu obrzęków. Autor robił także doświadczenia nad moczopędnem działaniem paraksantyny (1, 7 dwumetyloksantyny) i doszedł do przekonania, że jej działanie na elektrolity jest równie wybitne, jak teocyny; za to chyżość maksymalna wydzielania wody dochodzi ledwo do jednej piątej lub jednej czwartej tej chyżości, jaką otrzymujemy po teocynie, następnie działanie moczopędne teocyny trwa dłużej, niż działanie paraksantyny. *Seńkowski.*

Volk. **Istnienie doczesnej w szyjce macicy.** (*Archiv für Gyn.* tom 69, zeszyt 3, 1903). Dotychczas niema zgody, czy w przebiegu ciąży wytwarza się w szyjce macicy doczesna. Badania ostatnich lat przemawiają za możliwością jej powstania, a nawet znane są przypadki, gdzie cały płat łożyska usadowiony był na ścianie szyjki (pl. cervicalis). Ciekawym jest fakt, że wszyscy autorowie (Weiss, Keilman, Ponfick), którzy opisali takie wytworzenie się łożyska w szyjce, znaleźli je prawie przyrośnięte do podłoża. Na dowód, że w szyjce może się wytworzyć doczesna, opisuje autor przypadek, w którym badanie mikroskopowe kawałka wyciętego, z tylnej wargi części pochwowej, wykazało niewątpliwie bardzo liczne rozrzucone, wysepki komórek doczesnej. Błona śluzowa i gruczoły szyjki były prawidłowe, wyścielone typowym nabłonkiem walcowatym. Szło więc tu o wytworzenie się doczesnej z tkanki łącznej błony śluzowej szyjki. Dlaczego doczesna nie wytwarza się we wszystkich przypadkach ciąży macicznej, na to nie mamy wytłómaczenia. Ze względu na to jednak, że we wszystkich 4 podobnych, dotąd opisanych przypadkach rzecz szła o łożysko przodujące, lub nizko ułożone, możnaby przypuścić, że okoliczność ta i spotęgowane wskutek tego unaczynienie szyjki wywołuje odczyn w błonie śluzowej szyjki, prowadzący do wytworzenia doczesnej. Istotnie następny przypadek łożyska przodującego potwierdził to przypuszczenie, czy to jednak było przypadkiem, czy jest regułą, wyjaśnią dalsze badania. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Hitschman i Lindenthal. **Przyczynek do sprawy tworzenia się doczesnej w otruciu fosforem.** (*Archiv für Gyn.* tom 69, zeszyt 3, 1903). Sprzeczne zdania co do powstawania komórek błony doczesnej usunął Waldeyer, wykazując, że są one pochodzenia łącznotkankowego. Mimoto pojawiła się już potem praca Overlacha, który twierdził, że komórki doczesnej pochodzą z nabłonka gruczołów błony śluzowej macicy i że komórki te mogą się wytworzyć także poza ciążą, a mianowicie w przebiegu zatrucia fosforem. Nie chcąc się znowu rozwodzić nad sprawą pochodzenia tych komórek, która już z innej strony została dostatecznie dowiedzioną i prawie ogólnie przyjętą, postanowili autorowie niniejszej pracy przekonać się o prawdziwości drugiej części twierdzenia Overlacha, mianowicie, że komórki doczesnej można stwierdzić w zatruciu fosforem, tembardziej, że twierdzenie to znalazło już swoje miejsce w niektórych podręcznikach i zostało już niejednokrotnie powtórzone w różnych pracach. W przebiegu ostatnich dwóch lat autorowie badali 9 przypadków zatrucia fosforem u kobiet, nie będących w ciąży i na podstawie bardzo dokładnych doświadczeń doszli do przekonania, że twierdzenie Overlacha polega na błędzie, gdyż w żadnym z 9-ciu badanych przypadków nie znaleźli nawet śladu komórek doczesnej. W jednym przypadku, dotyczącym ciąży trąbkowej i zatrucia fosforem, znaleziono komórki podobne, do komórek doczesnych, opisane przez Overlacha. Te pochodzą istotnie z nabłonków, złuszczonych w gruczołach błony śluzowej macicy, nie mają jednak z typowemi komórkami doczesnej nic wspólnego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Glas. **Przyczynek do patologii gruźlicy migdałków** (*Wiener kl. Woch.* 1903, 36). Autor spostrzegał 3 przypadki gruźlicę migdałków, z których w dwóch stwierdził klinicznie pierwotną gru-

źlicę migdałków, a w jednym gruźlicę prosówkową migdałka; była ona następstwem zakażenia plwocinami, a wywołała później zakażenie gruźlicze innych narządów ustroju i przez bezpośrednie szerzenie się na sąsiedztwo, i drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. We wszystkich trzech przypadkach migdałki były znacznie powiększone. W dwóch z tych przypadków wykazano związek między gruźliczymi chłoniakami, a gruźlicą migdałków, w jednym zaś między ropniem zapołykowym, a schorzeniem migdałka. We wszystkich znaleziono prątki, a w dwóch napotkano nawet masy prątków, co nie należy do rzeczy częstszych. Obok zajęcia migdałka raz także zajętą była struna głosowa, prawdopodobnie następowo. W tych przypadkach zdaniem autora były dwie postacie gruźlicy: przewlekła, nie wrzodziejąca i prosówkowa. *B. Żmigród.*

Gerngross. **Zapalenie okątnicze, a leukocytoza.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 37, 1903). W swych wywodach dochodzi autor do wniosku, że oznaczenie liczby ciałek białych w przebiegu zapalenia okątniczego ma wprawdzie wielkie znaczenie rozpoznawcze i niewątpliwie wyjaśnia, czy sprawa chorobowa kroczy naprzód, czy też ustępuje, w żadnym jednak razie nie może rozstrzygnąć — za lub przeciw — operacyi. Określenie czasu dla zabiegu chirurgicznego zależy, jak dawniej, od ogólnego stanu chorego, względnie zasobu sił, od wejrzenia i kształtu podbrzusza, ciepłoty ciała i tętna. *Pisek.*

Boczarow. **Badanie warunków działania trucizn na wyodrębnione serce.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 1903, Nr. 17). Oznaczając na wyodrębnionym sposobem Locka sercu wpływ najsłabszych rozczynów trucizn, przekonał się Boczarow (Petersburg), że niektóre z trucizn są zdolne wywierać właściwe działanie w nader wielkich rozcieńczeniach, mianowicie: bromek arekoliny sprowadza zwolnienie czynności serca o 10—15 uderzeń na 1′ już w rozcieńczeniu 1: 100,000.000; adrenalina zwiększa skurczową siłę serca w rozcieńczeniu 1: 500,000.000; najmniejsze rozcieńczenie, zdolne wywołać właściwe działanie, jest dla strofantyny 1: 25,000.000, dla akonityny 1: 50,000.000, dla sublimatu 1: 50,000.000, dla digitaliny 1: 1,200.000; wreszcie dla kofeiny 1: 80.000. Dla otrzymania toksycznego działania trucizn należy używać mocniejszych rozczynów; adrenalina naprzykład zatrzymuje serce dopiero w rozcieńczeniu 1: 150.000. Serce okazało się bardzo odpornem na wpływ kofeiny (ustanie czynności serca sprowadza rozczyn 1: 500) i wyskoku (1: 50—25). Dla stwierdzenia, ile zużywa się trucizny podczas obiegu jej przez serce, zrobił B. doświadczenie z arekoliną w ten sposób, że przepuszczczał przez serce rozczyn arekoliny 1: 100,000.000, następnie zbierał go do osobnego naczynia i przepłókawszy serce płynem Locka, przepuszczał znowu przez nie pierwotny rozczyn trucizny. Okazało się, że arekolina nawet po 3-razowem przepuszczaniu tak mocno rozcieńczonego rozczynu wywierała wciąż jednakowe działanie. Serce, będące pod wpływem trucizny, można powrócić do zwykłej czynności, przepłókując je odżywczym płynem Locka nawet wtenczas, gdy już wystąpiły objawy zatrucia. Zresztą niektóre substancye trujące stanowią pod tym względem wyjątek; np. po zatruciu sublimatem czynność serca wciąż słabnie aż do zupełnego ustania. Biorąc pod uwagę, że przetwory trujące wywierają działanie już w nadzwyczaj małych, chemicznie nie oznaczalnych dawkach, i że te dawki nie tracą swego działania po kilkakrotnem przepuszczaniu ich przez serce, mniema B., że działanie trucizn, przynajmniej niektórych, zależy nie tyle od procesów chemicznych, ile od fizycznych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Doświadczalne badania niektórych pochodnych ciał morfiny (kodeiny, dyoniny, heroiny, peroniny). (*Terapeut. Monatshefte,* zeszyt 5 i 6, 1903). Prof. Dr. A. Mayor w Genewie przeprowadził doświadczenia nad działaniem derywatów morfiny na zwierzęta. Wysnuwa on z doświadczeń swych wnioski terapeutyczno-kliniczne: Peronina zbyt silnie działa trująco na serce, aby mogła pozostać w skarbcu leczniczym, zwłaszcza, iż ją można łatwo zastąpić kodeiną i dyoniną. Biorąc pod uwagę ogólnie stosowane dawki morfiny i kodeiny, nie powinno się zapisywać chorym, którzy poraz pierwszy zażywają heroinę, na jednorazową dawkę więcej nad 5 mg., a byłoby jeszcze lepiej rozpoczynać dawkami po 2,5 mg. Dyonina natomiast nie jest bardziej trująca od kodeiny. Dyonina i heroina zasługują na przyjęcie do użycia leczniczego: dyonina ma zaletę większej rozpuszczalności, niż kodeina. Stosowana podskórnie, dyonina nie sprawia bólu; z drugiej strony jednak mało tylko pobudza czynności psychiczne i nie sprowadza euforyi. Logicznie jest stosować dyoninę u morfinistów podczas odzwyczajania od morfiny, gdyż zapobiega zapadowi serca, chociaż chory nie otrzymuje morfiny, do której się przyzwyczaił. Heroina działa na pierwszy rzut oka silniej niż morfina na ośrodkowe narządy czucia. We wszystkich lekach, kojących ból, wchodzi jeszcze w rachubę czynnik podmiotowego uczucia zdrowia, które po użyciu morfiny występuje przed działaniem narkotycznem, a po heroinie zaznacza się o wiele mniej. Choć euforya po heroinie jest tylko mierną, przewyższa jednak euforyę po dyoninie. Wprawdzie jest bardzo prawdopodobnem, iż podskórne wstrzyknięcie heroiny działa silniej na uśmierzenie bolu, niż dyoniny, ponieważ heroina silniej wpływa na czuciowe narządy ośrodkowe, to przecież należałoby w chorobach przewlekłych, którym towarzyszą silne bole, spróbować wpierw wstrzyknięcia dyoniny, w przeciwnym razie moglibyśmy łatwo zamiast morfinomanii sprowadzić heroinomanię. W chorobach narządów oddechowych heroina odda bezsprzecznie dobre usługi, gdyż bardzo silnie zwalnia oddechanie. Mimo to nie jest ona najlepszym środkiem do zwalczania duszności, będącej wynikiem zbyt zawikłanych przyczyn, by można było ocenić wartość tego leku tylko z jego wpływu na duszność. Obok obniżającego wpływu na ośrodek oddechania, działa heroina także na zakończenia nerwowe mięśni oskrzelowych, na czuciowe ośrodki mózgowe i prawdopodobnie także na narządy ośrodkowe krążenia. Co się tyczy wartości pochodnych morfiny w zwalczaniu kaszlu, to można przyjąć, iż tak heroina, jak i dyonina, będą skuteczne. Heroina obniża bezwątpienia czynność czuciowych ośrodków nerwowych. Dyonina, podobna w działaniu do kodeiny, wpływa na kaszel przez swe działanie na czuciowe zakończenia nerwowe błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Natomiast nie należy się spodziewać po dyoninie i heroinie usypiającego działania, równego morfinie. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 kwietnia 1903 roku.

Zakład fizyologiczny.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 44.

Kol. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie ś. p. kol. Edwardowi Mukowiczowi, wzywając obecnych, by powstaniem z miejsc uczcili pamięć zmarłego.

I. Kol. Eljasz-Radzikowski (z kliniki lekarskiej) przedstawia chorego z *haematomyelia traumatica.* Chory *Z. T.*, liczący lat 37, zarobnik ze Lwowa, przyjęty do kliniki lekarskiej dnia 4 październik 1902 roku, ma opuścić jutro 4/IV zakład w stanie bardzo wybitnej poprawy. Ze względu na wynik terapeutyczny, jak również na szczegóły przebiegu klinicznego, przedstawia go prelegent. Początek choroby nastąpił po wypadku, któremu chory uległ w pierwszych dniach lipca z. r. Wybrał się on do lasu po suche gałęzie, a wylazłszy na sosnę, spadł z wysokości około 12 metrów na ziemię. Co się z nim dalej działo, nie pamięta. Towarzysz znalazł go na ziemi i odwiózł do domu. Po odzyskaniu przytomności uczuł silne bole w krzyżach i lędźwiach, począł oddawać mocz bezwiednie, a stolec z wielką trudnością. Od tego też czasu utracił popęd płciowy i wzwód prącia. Przyjęty został do kliniki w trzy miesiące po wypadku. Badanie wykazało: Kość ogonowa zwichnięta, ustawiona pod kątem do kości krzyżowej, mocno wygięta ku przodowi, daje się z łatwością przesuwać naprzód i w tył. Bolesność znaczna przy ucisku na część lędźwiową stosu pacierzowego, na kość ogonową i krzyżową. Władza i sprawność kończyn dolnych dobra. Odruchy kolanowe utrzymane. Mocz oddziaływa mocno zasadowo, w osadzie liczne ciałka wypocinowe obok obfitej ilości kryształów fosforanu magnowo-amonowego. Porażenie pęcherza i odbytnicy. Znaczne zmiany w czuciu, a mianowicie: znieczulenie skóry ponad kością krzyżową, około rzyci, na międzykroczu i na częściach płciowych. Oprócz tego znieczulenie na tylnej stronie obu ud i na zewnętrznej stronie obu stóp. Podczas pobytu chorego w klinice wystąpiły rozległe odleżyny zgorzelinowe w okolicy kości krzyżowej, pojawiła się gorączka ropnicza z dreszczami, zapalenie pęcherza tak znacznego stopnia, że przy przepłókiwaniu odchodziły strzępy zmartwiałej błony śluzowej, zapalenie jąder, wogóle ciężki stan ogólny tak, że przy przedstawieniu chorego na wykładzie klinicznym w dwa tygodnie po przyjęciu do kliniki prof. Gluziński był zmuszony rokować bardzo niekorzystnie co do powrotu do względnego zdrowia (stałe noszenie zbiornika do moczu), a nawet co do życia chorego.

Stan gorączkowy trwał przez półtrzecia miesiąca i dopiero od

połowy grudnia wrócił chory do ciepłoty prawidłowej z rzadkim stanem podgorączkowym. Odtąd już stan chorego stale się zaczął polepszać tak, że w połowie stycznia zaprzestano przepłókiwań pęcherza, a odleżyny znacznie się podgoiły. Obecnie, gdy chory opuszcza klinikę, sprawność pęcherza jest wcale zadowalniająca, albowiem chory może zatrzymać mocz przez 4 godziny, oddaje go sam; mocz oddziaływa obojętnie, białka nie zawiera, okazuje objawy przewlekłego nieżytu pęcherza. Kał zalega w odbytnicy tak, że go stamtąd należy usuwać sztucznie. Odleżyny zupełnie zagojone. Zmiany w czuciu zostały w granicach dawniejszych. Stan ogólny bardzo dobry, przybytek na ciężarze ciała 6 kg. Wynik więc leczenia można nazwać świetnym. Leczenie zasadzało się na przepłókiwaniu pęcherza 2 razy dziennie rozczynem 5:1000 kwasu salicylowego, na ciepłych kąpielach dwa razy dziennie po 3—4 gdziny, na podawaniu urotropiny (0·5—3 razy dnia), oraz jodku potasu i bromu. (Razem wyżył chory 270 gramów urotropiny).

Jeżeli się rozważy zmiany w czuciu i ich rozłożenie, oraz inne objawy chorobowe, trzeba przypuścić, że w tym przypadku nastąpił wylew krwi do rdzenia pacierzowego i to z zajęciem stożka końcowego (*conus terminalis*) na wysokości 3 dolnych odcinków krzyżowych, III IV i V, a w małym stopniu także odcinka II. Zwichnięcie kości ogonowej jest bez znaczenia, stanowi tylko pewną osobliwość przypadku (Autoreferat).

II. Kol. Ziembicki G., nawiązując do przypadku rany postrzałowej, druzgoczącej kość udową tuż powyżej kolana tak, że walec wystrzelonej kości mierzył 4—5 ctm., a odszczep kostny do 13 ctm. był długi, przedstawia Roentgenogramy opisanego przypadku i buciki sporządzone w Londynie, znakomicie pokrywające skrócenie kończyny, powstałe po zroście kostnym.

Kol. Ziembicki G. przedstawia mózg chorego, u którego wykonał trepanacyę czaszki typową (Wagnera) sposobem Obalińskiego w miejscu odpowiadającem centrum twarzy i kończyny górnej strony lewej. Guz nieotorbiony, więcej nacieczony, wielkości gołębiego jaja dał się wyłuszczyć, poczem ranę zdrenowano. W 8 godzin po operacyi ustały objawy drgawek, które w ostatnich dniach powtarzały się 100 do 200 razy dziennie w formie padaczki Jacksonowskiej. Tarcza zastoinowa zmniejszyła się. Bóle głowy ustały po 2 dniach. Przepuklina mózgu. Po sześciu dniach wystąpiła gorączka i chory 15 go dnia po operacyi zmarł wśród objawów zapalenia opon. Badania histo-patologiczne wykazały charakter gruźliczy guza. U chorego wykonano nakłucie lędźwiowe celem zmniejszenia ucisku śródmózgowego. Płyn był jałowy. Prelegent zwraca uwagę na sposoby opatrywania ran mózgowych.

Kol. Kučera przedstawia preparaty z wydobytego guza.

III. Kol. Beck: Demonstracya zapomocą przyrządu projekcyjnego.

Kol. Gluziński A., zabierając głos w sprawie demonstracyi poprzedniej, zaznacza, że nigdy nie można być pewnym rozpoznania, czy guz znajduje się w korze, nad nią lub pod nią. W kilku przypadkach glejaków, usadowionych pod korą, objawy odpowiadały padaczce Jacksonowskiej. Co do jałowości płynu mózgowo-rdzeniowego przytacza prelegent przypadek, gdzie u chorego po wyleczeniu rany postrzałowej mózgu w 9 miesięcy wystąpiło zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a płyn po nakłuciu lędźwiowem wykazywał paciorkowce. W przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo rdzeniowych jałowość płynu uważałby jako podstawę do rokowania dobrego, opierając się na kilku przypadkach, w których wykazano jałowość płynu, a które miały wynik pomyślny.

IV. Na wniosek Komisyi przemysłowej uchwalono: Towarzystwo lekarskie lwowskie na posiedzeniu dnia 3 kwietnia 1903 roku uchwaliło zaliczyć wyroby fabryki sztucznych wód mineralnych leczniczych „Zdrowie" we Lwowie do przetworów godnych uznania i poparcia, a fabryce udzielić pozwolenia na używanie tytułu na etykietach, ogłoszeniach itd., „polecone przez Tow. lekarskie lwowskie"; produkty tej fabryki będą pod stałą kontrolą Komisyi przemysłowej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. *Dr. S. Świątkiewicz.*

Posiedzenie naukowe z dnia 24 kwietnia 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 45.

Klinika dermatologiczna.

I. Kol. Mars przedstawia przypadek obojnactwa z przewagą typu żeńskiego. Prącie w miejscu łechtaczki dobrze rozwinięte bez cewki moczowej, która znajduje się poniżej. Drogą operacyjną rozszerzono wejście do pochwy. Pochwa zachowana i przez nią wybadać można część pochwową macicy.

II. Kol. Ziembicki i kol. Leńko demonstrują chorych z oddziału chirurgicznego: Oświetlanie pęcherza moczowego i zgłębnikowanie moczowodów.

Kol. Ziembicki zwraca uwagę na ważność badania zgłębnikiem moczowodów w przypadkach schorzenia nerek, prowadzącego w następstwie do zabiegu chirurgicznego. Prelegent przedstawia nerkę, wyciętą z chorej, u której ścisłe badanie moczu (kryoskopia), wydobytego oddzielnie z obu moczowodów przez kol. Leńkę, dało sposobność postawienia ścisłego rozpoznania i szczęśliwego zabiegu operacyjnego. Również w schorzeniu miedniczek nerkowych można zapomocą ureteroskopu przeprowadzać miejscowe leczenie.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Mars, Rencki, Ziembicki i Barącz.

Kol. Mars przytacza przypadek, w którym zgłębnikowanie moczowodu usunęło jego zgięcie, powstałe po operacyi. Zgłębnikowano przez przetokę, która się wytworzyła po operacyi.

Kol. Rencki, opierając się na przypadku, w którym nerka prawa była macalna i bolesna, a ureteroskop wykazał schorzenie nerki lewej, jest zdania, że zgłębnikowanie moczowodów w takich zwłaszcza przypadkach oddaje nieocenione przysługi.

III. Kol. Leńko demonstruje zgłębnikowanie moczowodów.

IV. Kol. Prus przedstawia chorego, liczącego lat 23, należącego do rodziny zdrowej, który spadł przed kilku laty z 4-go piętra głową na dół, wybijając szczytem głowy dno cebrzyka. Po kilku już dniach czuł się zupełnie zdrów. W parę miesięcy potem oparzył sobie ramię i zauważył wtedy brak bólu w miejscu oparzonem. Po roku zaniewidział na oko lewe. Badanie wykazuje znieczulenie na całej powierzchni ciała, z wyjątkiem powiek, małych pasków skóry pod obu pachami i ujścia cewki moczowej. Prócz tych objawów zwraca uwagę niezwykła wytrzymałość czaszki. Chory rozbija o czaszkę 2 calową deskę, a popisując się publicznie (jest to jego obecne zajęcie), rozbił w ten sam sposób bilardową płytę marmurową. Obecnie chory daje publiczne przedstawienia znieczulenia ciała, wbijając sobie w klatkę piersiową, w brzuch, w ręce kilkocalowe szpilki, parząc sobie ręce i t. p., co i obecnie na posiedzeniu demonstruje. Płciowo chory żyje prawidłowo i ma jedno dziecko. Co się tyczy dyagnozy, to wykluczając histeryę, można uczynić rozpoznanie nerwicy urazowej. Podobnych przypadków opisano około 20.

Kol. Burzyński, podnosząc narażanie życia przy tego rodzaju występach, jest zdania, że publiczne przedstawienia tego rodzaju policyjnie winny być zabronione.

Kol. Machek zwraca uwagę, że powinno się przeprowadzić badanie dna oka lewego, w którem mogły powstać zmiany na tle urazowem, tem więcej, że przy podobnych występach, jak rozbijanie deski o głowę, mogło początkowe pęknięcie powiększyć się po roku i wywołać dalsze zmiany. W tej chwili trudno do całości obrazu chorobowego zaniewidzenie to odnieść.

Kol. Szulisławski występuje przeciwko zbyt częstemu pomijaniu badania dna oka, które często rozjaśnia rozpoznanie.

Kol. Burzyński tłómaczy budowę czaszki chorego, jej wytrzymałość. Szew strzałkowy dachówkowato ułożony. Częste urazy wywołują nadto osteosklerozę, wzmacniającą oporność kości.

V. Kol. Wątorek miał wykład p. t.: »Mechanizm III go okresu porodu. Część II« (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. S. Świątkiewicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 18 listopada 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 20.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu, ś. p. prof. Włodzimierzowi Brodowskiemu, które obecni członkowie stojąc wysłuchali.

III. Kol. Spira wygłosił zapowiedziany odczyt: »Choroby uszne i zaburzenia mowy«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. doc. Bochenek, kol. przewodniczący i kol. prelegent. *Dobrowolski,* sekretarz doroczny

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 grudnia.

* Na wczorajszem zwyczajnem posiedzeniu Towarzystwa lekar. krakowsk. 1) odbyła się dyskusya nad wykładem kol. prof. Kleckiego; 2) kol. Dr. Wrzosek miał odczyt p. t. »Uwagi nad patogenezą chorób zakaźnych.«

* Do ostatniego N. »Przegl. lek.« dołączyliśmy odezwę Komitetu gospodarczego X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Rzut oka na ogólny program Zjazdu, 26 sekcyi naukowych, włączenie do ich zakresu spraw sanitarno-społecznych i prasowych, świadczą, czem ten Zjazd być zamierza i czem niezawodnie będzie.

Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich są dziś może jedyną instytucyą legalną, w której naukowe badanie przyrodniczolekarskie obejmuje całą Polskę, w jej obrębie etnograficznym, geograficznym i dziejowym. Przyrodoznawstwo i medycyna wciągają w swój zakres całość przyrody kraju i życia narodu, a badanie teoretyczne, ściśle naukowe, wiąże się nierozerwalnie ze sprawami ekonomicznemi, wytwórczemi, i zdrowotnemi w szerokim zakresie społecznym. Może tu i ówdzie Zjazdy ogólne tracą na swej doniosłości: dla nas nie przestaną one nigdy stanowić kwestyi pierwszorzędnej wartości i praktyczności w zakresie naukowo-społecznym. Tak pojęte znaczenie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich nie potrzebuje zachęty do udziału w Zjeździe lipcowym, gdyż tu pobudką staje się obywatelski obowiązek. Obowiązek ten spełnią lekarze i przyrodnicy polscy tem żywiej, że Wydział gospodarczy w świeżo ogłoszonym zarysie programu objął te wszystkie zagadnienia naukowo-społeczne, które stanowią podstawę i zadanie Zjazdów przyrodniczolekarskich u nas.

* Dzienniki polityczne doniosły o zaszczytnem wezwaniu, które otrzymał prof. Rydygier od czeskiego Wydziału lekarskiego w Pradze do objęcia klinicznej katedry chirurgii po zmarłym profesorze Maydlu. Wydział lekarski w Pradze postawiłby kandydaturę prof. Rydygiera *„unico loco“*, zgodziłby się na wykładanie w polskim języku przez dwa lata, a wreszcie spełniłby różne inne życzenia, jeśliby prof. Rydygier przedstawił je, jako warunek przyjęcia propozycyi.

Przyjęcia propozycyi czeskiego Wydziału lekarskiego przez prof. Rydygiera nie uważalibyśmy za opuszczenie sztandaru: ziemia czeska, to ziemia siostrzana, a nauka — ta wszędzie jednaka. Wobec małej liczby uniwersytetów słowiańskich w Austryi nieraz może się wydarzyć, że przy nagle osieroconej katedrze nie znajdzie się w miejscu kandydata należycie ukwalifikowanego; więc wzajemność w tym względzie, dodajmy nie nowa, jest podyktowana dobrze pojętym interesem obu narodów.

Mamy jednak świadomość i zrozumienie nastroju, w którym musi się znajdować Czcigodny profesor Rydygier: pojmujemy, jak wysoko musi sobie cenić propozycye czeskie, tak jak ceni je ogół lekarzy polskich; ale prof. Rydygier ma nie małe obowiązki względem samego siebie, względem swej przeszłości: człowiek, co na rubieży ojczystej ziemi stanowił placówkę nauki polskiej i szereg lat stawił czoło w Chełmie nawale giermańskiej; twórca i kierownik tak pożytecznej instytucyi, jak „Zjazdy chirurgów polskich“; badacz, płodny pisarz, działacz społeczny, zżyty długiem już pasmem lat z nauką i piśmiennictwem swego narodu, czy może lekko opuścić pole dotychczasowego działania bez obawy nostalgii duchowej? czy może bez głębokiego wahania i namysłu zejść z areny, na której przy swej obywatelskiej gorliwości mógłby zdobyć niejeden jeszcze wieniec chwały dla swego narodu?

Gdy ś. p. Matejkę powoływała czeska Akademia sztuk pięknych na swego kierownika, wielki artysta wymawiał się, że on już „bez ruin krakowskich żyć by nie mógł“; poczucie obywatelskie prof. Rydygiera rozstrzygnie, czy wszechnica lwowska może ponieść dotkliwą stratę jego wybitnej i poważnej osobistości, czy ubytek jego nie będzie stratą, jak się nam zdaje, dla społeczeństwa polskiego; my liczymy na to, że zna on kraj, jego potrzeby i jego ubóstwo w ludzi i ufamy, że »niedola polska«, która ma nieprzezwyciężony urok dla serc wielu, zatrzyma prof. Rydygiera na jego dzisiejszem stanowisku w kraju; a jeśli Czcigodny profesor postąpi inaczej, to pewnie, że nie znajdzie się nikt w Polsce, ktoby się ośmielił przypuszczać, że na postanowienie jego mogły wpłynąć jakie pobudki poziome.

* D. 30 listopada odbyło się Zgromadzenie lekarzy i pedagogów krakowskich, w celu zorganizowania Komitetu polskiego na międzynarodowy Kongres higieny szkolnej, który ma się odbyć w Norymberdze od 4 do 9 kwietnia 1904 r. Zgromadzenie wybrało prezesem Komitetu prof. dr. Bujwida, sekretarzem dr. Jana Landaua. W toku dyskusyi uchwalił Komitet zaprowadzić organizacyę pomocniczą w innych ogniskach kraju, omówił sposoby działania, postanowił wydać odezwę i zwołać zgromadzenie lekarzy i pedagogów, na którem dr. Bier wyłoży cel Zjazdu i korzyści, jakie wyniknąć muszą z udziału w nim.

* Prezydent ministrów austryackich, dr. Körber, odpowiedział na interpelacye, wniesione przez posłów w Izbie, a dotyczące zachowania się namiestnika Niższej Austryi podczas zdrożnych rozpraw w Sejmie nad wiwisekcyą i innemi sprawami, obrażającemi stan i naukę lekarską. Dr. Körber mówił mniej więcej w te słowa: lekarze mogą się uspokoić: stan, który staje nieustraszenie tam, gdzie grasuje epidemia, lub gdzie latają pociski, a zatem niesie życie własne w imię obowiązków, stan taki zasługuje na wszelkie poszanowanie; a jeśli się zdarzy pojedynczy przypadek wykroczenia, to nie godzi się go uogólniać i oskarżać ogół lekarski. Wolność badania naukowego jest dla rządu nienaruszalnem paladyum; nauka stanowi dla siebie świat odrębny. Drogi, któremi ona kroczy, będą zawsze po części tajemnicze dla ogółu laików, którzy w tych sprawach nie powinni głosu zabierać. Na usprawiedliwienie namiestnika oświadczył dr. Körber, że słowa jego źle zostały zrozumiane.

Zaraz po przemówieniu prezydenta ministrów zgłosił poseł Ellenbogen następujące wnioski nagłe: 1) wzywa się rząd, ażeby pouczył namiestnika, że obowiązkiem jego jest brać w obronę naukę, oraz sprawy zdrowia publicznego i występować przeciwko tym, którzy z powodu ignorancyi lub pobudek demagogicznych, wszczynają napastliwą dyskusyę przeciwko stanowi, służącemu wiedzy i dobru publicznemu. 2) Wzywa się rząd, ażeby rozejrzał się w funduszach szpitali i klinik i zaprowadził porządek w budżetowaniu tych zakładów. 3) Wzywa się rząd, ażeby usunął usterki, zachodzące od szeregu lat w szpitalu wiedeńskim.

* Burmistrz Mińska (gubernialnego) wniósł w imieniu mieszkańców podanie do rządu, prosząc o założenie w tem mieście Uniwersytetu. — Miasto ofiaruje na ten cel grunt i 500,000 rubli.

(S). Kalendarz lekarski krakowski opuścił już prasę i jest do nabycia w Redakcyi (Laboratoryum lekarsko-chemiczne Doc. Dra M. Seńkowskiego. Kraków, ul. Garbarska l. 10) po cenie 3 Kor., a z przesyłką pocztową poleconą 3 Kor. 50 hal.

Bieżący rocznik zawiera: 1. Poradnik terapeutyczny, uzupełniony przez Doc. Dra Marischlera. 2. Choroby oczu. 3. Choroby uszne przez Dra Spirę. 4. Wskazówki do ratowania w otruciach. 5. Uwagi ortopedyczne przez Doc. Dra. Gabryszewskiego. 6. Badanie moczu i badania bakteryologiczne przez Doc. Dra Seńkowskiego. 7. Wskazówki do badania niektórych środków spożywczych i przedmiotów użytkowych przez Docentów Drów Lembergera i Seńkowskiego. 8. Spis najnowszych środków lekarskich, tablice brzemienności i rozwoju płodu, uwagi sądowo-lekarskie wraz z taksami za czynności sądowo-lekarskie, spis najważniejszych miejsc kąpielowych z uwzględnieniem lekarzy praktykujących polaków i t. d. 9. Dokładny szematyzm lekarzy galicyjskich.

* Między 17 a 23 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), brodzkim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (4 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Józef Ligęza mianowany lekarzem zakładu karnego w Wiśniczu. Doc. Opitz mianowany został prof. nadzwyczajnym w Marburgu. Dr. Vinslov mian. profesorem laryngologii w Baltimore. Dr. Depage mianowany dyrektorem kliniki chirurgicznej w Brukseli. Dr. Allport mian. profesorem okulistyki w Chicago.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Rudolf Trzebicky, b. generał-lekarz sztabu, zmarł w Krakowie w 75 r. życia. Czech z pochodzenia, przez kilkadziesiąt lat pobytu w Krakowie zżył się z polskiem społeczeństwem, w naszem mieście wychował syna, ś. p. profesora Rudolfa, którego przeżył ledwo o 5 miesięcy. Prof. A. Proust, głośny epidemiolog, członek międzynarodowych konferencyi sanitarnych, zmarł w Paryżu, w 69 r. życia. Kl. Philippe, szef pracowni anatomo-patologicznej w Salpêtrière, zakończył życie w Paryżu w 38 r. życia. Jan Czerwiński, hidropata, zakończył życie w Abbazyi, licząc lat 74.

Bibliografia:

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 10. Chladek: Najnowsze zdobycze w dziedzinie bakteryologii ust.

Głos lekarzy Nr. 11 zawiera: Przesilenie w Izbach lekarskich. — Ministerstwo dla spraw sanitarnych. — Program zawodowy lekarzy wiedeńskich. — Wyjaśnienie w sprawie epidemii. — Nie dajmy się wyzyskiwać. — Wyzysk lekarzy w Królestwie. – Stan szpitali w Galicyi. — Drugie podanie prof. Kadera do Wydziału krajowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. H. H.: Ś. p. Włodzimierz Brodowski (wspomnienie pośmiertne). Przewoski: Znaczenie działalności naukowej Brodowskiego dla naszej medycyny. —

— *Medycyna* Nr. 47. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej (dok.). Neugebauer: Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 11. Saks: Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za lata 1900 — 1901 i 1902. Sterling: O presklerozie. Landau: Pokrzywka, wywołana przez roślinę »primula obconica«.

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* T. II. Z. I. Maziarski: Badania cytologiczne nad narządami wydzielniczymi dżdżownicy. Wrzosek: O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Rzegociński: Badania bakteryologiczne nad szpikiem kostnym zwierząt normalnych.

— *Biblioteka lekarska* Z. XI. Landerer: Dyagnostyka chirurgiczna (Cz. II). Runge: Położnictwo (Cz. II). Dieulafoy: Choroby żołądka i kiszek (T. II. Z. V).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Výmola: O závadách hořenich cest dýchacich (deviacich, enchodrosách i exostosách) a jejich odstraňovani novým nastrojem. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedově (c. d.). Hnátek: O významu poliklinického studia pro výchovu lékařského dorostu.

— *Lékařské rozhledy* Z. 11. Veselý: Sphygmografie w praxi (c. d.). Kopfstein: Kasuistické příspěvky z chirurgie (dok.). Helbich: Další zkušenosti z kyselinou acetylsalicylovou (aspirinem).

— *La Presse médicale*, Nr. 92. Lapersonne. Nauczanie techniczne w klinice okulistycznej w Hôtel-Dieu. Josue: Doświadczalna miażdżyca aorty, wywołana wstrzykiwaniami adrenaliny do żył.

— Nr. 93 Martinet: Leczenie fosforowe w psychastenii. Chaput: Leczenie złamań rzepki i łokcia metodą bezkrwawą.

— *Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 47. Krause: Doświadczenia w zakresie chirurgii żołądka. Lindenmeyer: Eumydryna — nowy lek rozszerzający źrenicę. Alter: Psychiatrya i teorya łańcuchów bocznych. Becker: Uwaga nad znaczeniem heroiny jako leku przeciwchuciowego. Dührssen: Zapobieganie zaburzeniom połogowym przez umocowanie pochwy (dok.). Behr: Leczenie gruźlicy płuc, stosowanie Schneiderowskiego „sanosinu“ podług metody Danbliusa i Sommerfelda (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 48. Kolisch i Schuman-Leclerq: W sprawie znoszenia wodników węgla przez chorych na cukrzycę. Pilcz: Leczenie chorób umysłowych w opiece domowej. Hermann: Leczenie chirurgiczne zwężeń żołądka. Katz: Przypadek bocznego torbiela zaotrzewnowego. Provazek: Odpowiedź na artykuł Feinberga p. t.: „Czynnik nowotworu rakowego u ludzi i ssawców“.

— *Münchener medic. Wochenschrift*, Nr. 47. Riedel: Wyniki operacyi wykonanych na wyrostku robaczkowym w Jenie podczas ostatniego półrocza. Heller-Wagener: Pierwotne zakażenie gruźlicą z kiszek. Gärtner: Mierzenie parcia w przedsionku prawym. Heidenhain: Wolna zasada błękitu nilowego, jako odczynnik na kwas węglowy w powietrzu. Tappeiner i Jesionek: Terapeutyczne badanie istot, posiadających własność fluorescencyi. Werther: O leczeniu światłem tocznia zapomocą lampy Finsen-Reyna i o pokrewnych metodach fizykalnych. Hammer: Przyczynek do sprawy leczenia chirurgicznego opadnięcia żołądka. Soxhlet: Krowie mleko jako pożywka dla oseseków. Döderlein: Ciąża trąbkowa a renta ubezpieczeniowa od wypadków. Schmidt. Gotowe do użycia lewatywy odżywcze. Wolffhügel: Wojskowo-higieniczne doświadczenia w Chinach.

— *Deutsche medic. Wochenschrift*, Nr. 48. Uhthoff: Pylica żelazna siatkówki i gałki ocznej. Przyczynek do nauki o zranieniach oka przez odpryski żelaza. Heine: Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego. Lenzmann: W sprawie wskazań do operacyi Talmy w zanikowej marskości wątroby i wyniki tej operacyi. Lubarsch: O mojej metodzie szybkiego stwardniania i szybkiego zatapiania. Gottschalk: Etyologia zapalenia złuszczającego się błony śluzowej macicy. Engel: Próba wytworzenia niweczników zapomocą surowicy krwi z chorego rakowatego.

Redakcya otrzymała. Jordan: O szpitalnictwie krajowem. Piasecki: O wpływie pewnych rodzajów pracy mięśniowej na rytm serca.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 47 (od 22/XI do 28/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dz. 30; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 13; zamiejscowych: męż. 15, kob. 7.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój . .	—	—		
2	Gruźlica	7	8		
3	Zapalenie płuc	1	1		
4	Dławiec i błonica	—	2	5¹)	3
5	Krztusiec	1	—	1	1
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	1	1	2²)	3
8	Odra	2	—	26	—
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	—	3³)	3
11	Czerwonka	—	1	—	—
12	Cholera azyatycka . . .	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	2	—	—	—
14	Cholera swojska . . .	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa . . .	—	—	—	1
16	Zakażenie przyranne . . .	—	1	—	1
17	Inne choroby zakaźne . .	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy . . .	—	—		
20	Choroby narządu krążenia .	4	3		
21	Nowotwory	—	2		
22	Inne przyczyny śmierci natur	10	3		
23	Śmierć przypadkowa . . .	—	—		
24	Śmierć gwałtowna . . .	—	—		
	Razem . . .	28	22		

¹) Blichowa . 6, Stradomska 15, Szlak . . 37, Plac Matejki 4, Karmelicka 38, Zyblikiewicza 12

²) Lubicz . . 13

³) Rybaki . 3, Rynek . . 17, Wielopole . 2

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 2338.

KONKURS

na posadę lekarza okręgowego w **Tartakowie** mieście, z roczną płacą **1000 koron** i ryczałtem na objazdki gmin w rocznej kwocie 546 koron z terminen wnoszenia podań na ręce Wydziału powiatowego do **15. grudnia 1903**

Do okręgu należy 18 gmin z ludnością 16.000 dusz

Do podań należy dołączyć:

1) dyplom doktora wszech nauk lekarskich,

2) metrykę chrztu (urodzenia),

3) świadectwo zdrowia wydane przez lekarza rządowego tudzież świadectwo moralności.

Po roku zadowalającej służby może nastąpić stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej

w Sokalu, dnia 23. listopada 1903.

Rok XLII. Kraków 12 Grudnia 1903. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O możliwości uodpornienia królików przeciwko śmiertelnym dawkom martwych prątków gruźlicy.

Podał

Dr. B. Dembiński.

Strauss[1]), wstrzykując co 10 dni słabe dawki martwych prątków gruźlicy i powiększając je stopniowo, spostrzegł pewne przyzwyczajenie się królików do tych prątków. „Można,“ pisze on, „przyzwyczaić króliki do bardzo znacznych dawek martwych prątków; dawki te, wstrzyknięte zwierzętom nieprzygotowanym, sprowadziłyby z pewnością wrażliwość swoistą względem gruźlicy“.

Nasuwa się ciekawe pytanie, czy króliki, odpowiednio przygotowane, mogą znieść śmiertelną dawkę martwych prątków.

Do niedawna jednak prawie niepodobna było określić śmiertelnej dawki martwych prątków gruźlicy, gdyż, jak wiadomo, prątki te, wstrzyknięte nawet w bardzo znacznej ilości pod skórę, do żył lub do otrzewnej zwierzęcia, wywołują tylko chorobę przewlekłą, która trwać może całe miesiące.

Zbadanie tej sprawy stało się możliwem dopiero dzięki pracy Borrela[2]), który wykazał, że martwe prątki działają nadzwyczaj silnie, jeżeli się je wstrzyknie do mózgu.

Z doświadczeń naszych wynikło, że martwe prątki, wstrzyknięte do mózgu w dawce 1 centygrama, zabijają królika niechybnie w ciągu 5 do 24 godzin. Lecz zwykle 2 miligramy prątków wystarczają już, by sprowadzić śmierć zwierzęcia w ciągu 24 do 48 godzin; niektóre króliki jednak nie giną w tym czasie i żyją jeszcze 15 do 30 dni.

Przejdźmy teraz do zagadnienia, czy króliki przygotowane mogą wytrzymać śmiertelną dawkę martwych prątków gruźlicy.

Sześciu królikom, ważącym średnio po 2000 gr., którym wstrzykiwano do żył co 10 dni wzrastające dawki martwych prątków, a mianowicie $^1/_{100}$, $^2/_{100}$, $^5/_{100}$, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^5/_{10}$, 1 miligram, wstrzykiwaliśmy następnie po 2 miligramy prątków do mózgu.

Sześciu królikom nieprzygotowanym wstrzyknęliśmy do mózgu takie same dawki martwych prątków.

Cztery króliki nieprzygotowane padły w ciągu 24 godzin, wykazując na sekcyi tylko przekrwienie opon mózgowych. Dwa ostatnie padły dopiero po 27 i 28 dniach, straciwszy na wadze przeszło po 600 gm. Sekcya wykazała opony przekrwione i zgrubiałe.

Króliki przygotowane, t. j. uodpornione, przedstawiały z początku tesame objawy zatrucia, co i króliki nieprzygotowane: podniesienie się ciepłoty o 2°—3°, drgawki, porażenie kończyn i t. d. Zwierzęta te w ciągu paru tygodni nie chciały jeść i chudły, lecz następnie poprawiły się, odzyskały apetyt i żyją. Niektóre króliki po pewnym przeciągu czasu zaczęły znowu chudnąć, lecz wystarczyło dać im lepsze pożywienie (owies, otręby), by się poprawiły i wróciły do dawnego stanu. Zabiwszy trzy króliki po 20 miesiącach, stwierdziliśmy w płucach mnóstwo drobnych gruzełków, a u jednego z nich opony mózgowe zgrubiałe i pokryte gruzełkami.

Doświadczenia te powtórzyliśmy jeszcze na 8 królikach, którym poprzednio wstrzykiwano do żył coraz silniejsze dawki martwych prątków. Wszystkie te zwierzęta wytrzymały śmiertelną dawkę martwych prątków, podczas gdy zwierzęta nieuodpornione padły w ciągu 1 do 30 dni.

Widzimy więc, że przez wstrzykiwanie wśródżylne coraz silniejszych dawek można uodpornić króliki przeciwko śmiertelnym dawkom martwych prątków gruźlicy.

Odporność takich królików jest jednak dosyć ograniczoną: jeżeli wstrzykniemy im dawki dwa lub kilka razy silniejsze od zwykłej dawki śmiertelnej (5 miligr. do 1 centygr.), to śmierć nastąpi równie szybko, jak u zwierząt nieuodpornionych.

[1]) Strauss. La tuberculose et son bacille.

[2]) Borrel. Comptes rendus de la Société de Biologie. t. LII. p. 358, 1900.

II Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Guzki, powyżej opisane, leżą w skórze właściwej, otoczone pewnego rodzaju osłonką tak, że nowotwór odgranicza się ściśle od otoczenia, co makroskopowo robiło wrażenie, jakby guz dawał się łatwo wyłuszczyć z otoczenia. Od tej tkanki otaczającej, ściśle złączonej z resztą otoczenia i składającej się obok włókien tkanki łącznej (kolagen) z dużej ilości komórek wrzecionowatych, odchodzą smugi w głąb guzka, które rozdzielają go na pomniejsze guzki. Od tych przegród zaś idą gałązki boczne, powodujące rozdział drobnych guzków na małe zraziki. Smugom tkanki klejorodnej (kolagen), towarzyszą tak na obwodzie, jak i wewnątrz nowotworu włókna elastyczne. (*Fig. 2*).

Wśród tych cienkich przegród tkanki łącznej leżą powyżej opisane komórki, jedna obok drugiej dość ściśle, uci-

skając się wzajemnie i tworząc pojedyncze zraziki, z których cały guz się składa. Na obwodzie guzka leżą komórki mniejsze, lepiej się barwiące barwnikami zasadowymi, o pojedynczych jądrach; więcej ku środkowi zaś komórki są coraz większe, zawierają po kilka, lub kilkanaście jąder, a ich cytoplazma barwi się gorzej. Jądra również różnią się się między sobą, zależnie od miejsca: na obwodzie barwią się wyraźnie, tu i owdzie widać figury podziału; w częściach środkowych guzka zaś leżą, jak wspomniałem, w większej liczbie w każdej komórce, są więcej pęcherzykowate, mniej ziarniste, a figury podziału są nader rzadkie. Wreszcie zauważyć można, że duże komórki o licznych jądrach leżą luźno obok siebie tak, że wśród guza powstaje nieraz przestrzeń wolna, wytworzona jakby skutkiem wypadnięcia, lub rozpadu komórek. W innych miejscach znowu spostrzega się komórki o cytoplazmie jeszcze więcej jednolitej, bardzo słabo się barwiącej, a wewnątrz nich jądra rozpadające się w drobną ziarnistość, słabo się barwiącą barwnikiem zasadowym. A w końcu spotyka się i komórki rozpadłe w postaci skurczonych jąder, otoczonych tylko strzępami cytoplazmy.

Obok guzów dotąd opisanych, które uważać musimy za dłużej istniejące i z objawami rozpadu komórek, widzi

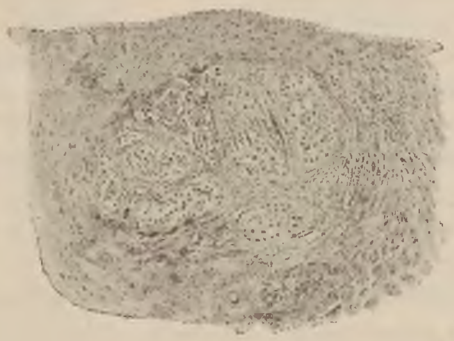


Fig. II.

się w skrawkach z guzków mniejszych, głębiej w skórze leżących, twory nieco odmiennego typu. Komórki, składające je, są podobno do poprzednio opisanych, ale raczej takich, które widzieliśmy w częściach obwodowych guzka: a zatem chociaż w stosunku do komórek tkanki łącznej duże, mniejsze jednak, niż w poprzednio opisanym typie guzków. Przytem w komórkach tych częściej spostrzega się jądra dzielące się, niż obfitość jąder w pojedynczej komórce. Cytoplazma ich barwi się wyraźniej, zarysy, jakoteż siatka plazmy, są widoczniejsze. Największą jednak różnicę stanowi ułożenie komórek w stosunku do tkanki klejorodnej. W guzkach poprzedniego typu była wyraźna zrazikowatość, bo gromady komórek, otoczone osłonką tkanki łącznej, tworzyły guzek; tutaj zaś komórki leżą wzdłuż włókien tkanki klejorodnej, która zachowuje swoje pierwotne położenie podłużne, a komórki układają się w szeregi, co szczególnie wyraźnie widać na obwodzie. To też w całym guzku, tak w środku jego, jak i w częściach obwodowych, spotyka się wiązki tkanki klejorodnej, jednakowe co do jakości i grubości, podobnie jak i komórki, składające guzek, nie przedstawiają między sobą wielkich różnic.

Wreszcie uderzającym jest jeszcze jeden nader ważny szczegół, t. j. powstawanie w środku guzka ogniska rozpadu komórek. W słabem powiększeniu widzi się w części środkowej guzka przestrzeń owalną, która zabarwia się tylko częściowo barwnikiem zasadowym, wyraźniej zaś obojętnym. Silniejsze powiększenie wykazuje, że ta przestrzeń zawiera znacznie mniejszą ilość takich komórek, niż w otoczeniu, obok tych zaś pojedyncze jądra skurczone, zabarwione jedne słabo, inne silniej, wreszcie ziarnistość drobną, powstałą z rozpadłych jąder i strzępy plazmy słabo się barwiącej.

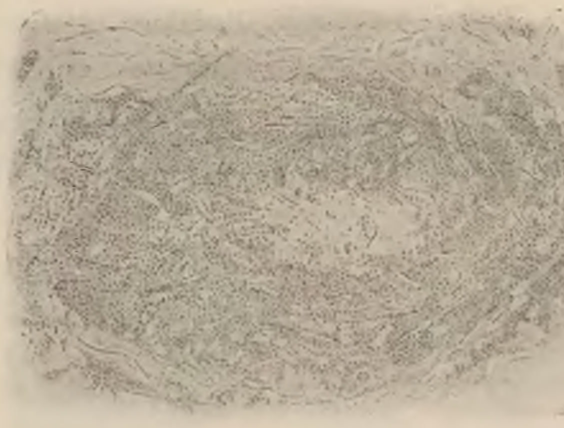


Fig. III.

Tło, barwiące się barwnikiem obojętnym, stanowi miazga jednolita, jakby zakrzepła, wśród której leżą wyżej wspomniane resztki tkanki. Mamy zatem obraz martwicy tkanki nowotworowej, z której pozostały tylko szczątki komórek i nieco włókien dobrze utrzymanej tkanki klejorodnej. (*Fig. 3*).

Guz o dopiero co opisanej budowie zawiera komórki o jednakowych cechach, prócz komórek tkanki łącznej, towarzyszących tkance klejorodnej, — mają bowiem ten sam kształt, wielkość, a nawet barwliwość, bez względu na miejsce, t. j. takie w środkowych, jak i obwodowych częściach. Przez ułożenie komórek między wiązkami tkanki klejorodnej obwód guzka nie jest tak ściśle odgraniczony, jak w postaci poprzedniej. Na końcu smug nowotworowych spotyka się dość często gromady komórek tkanki łącznej w różnej postaci, a zatem wrzecionowate i przerosłe komórki o dużej ilości plazmy gąbczastej i komórki plazmatyczne różnej wielkości.

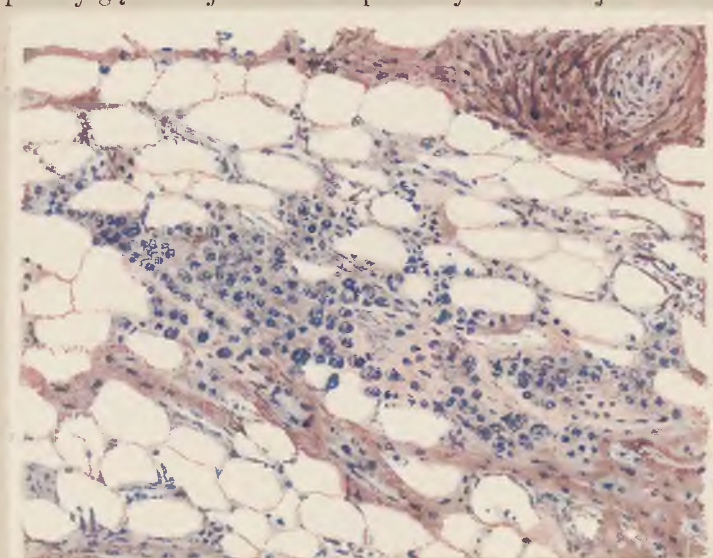


Fig. IV.

Podobne gromady komórek widzieć można i w otoczeniu guzków, na początku opisanych, w postaci albo skupionej gromadki, albo smug między drobnemi wiązkami tkanki klejorodnej. Wybitniejsze i zazwyczaj liczniejsze spostrzega się w miejscach wolnych od guzków, głównie w dolnych

częściach skóry właściwej; grupy te większe lub mniejsze składają się przeważnie z komórek plazmatycznych. Na brzegach większych guzków zaś widać, jak te komórki plazmatyczne zamieniają się w komórki coraz więcej do nowotworowych podobne: jądra dzielą się obficiej, co już widać w początkowych gromadach, zatracają coraz więcej ziarnistą chromatynę, stają się pęcherzykowate, ich cytoplazma zaś powiększa się, nabiera więcej jednolitego wejrzenia i barwi się gorzej barwnikiem zasadowym. *(Fig. 4)*.

Guzek, który już z wejrzenia klinicznego robił wrażenie ustępującego, przedstawia obraz nieco odmienny. Obok komórek nowotworowych, dobrze jeszcze na pewnych miejscach utrzymanych, istnieje dużo jąder pokurczonych i rozpadających się, głównie zaś wielka ilość komórek tkanki łącznej. Całość zatem wskazuje na to, że tkanka łączna z otoczenia guzka rozrasta się na miejscu, czy na koszt znikającej tkanki nowotworowej. Wśród tej świeżo wytwarzającej się tkanki łącznej widzi się w miarę jej rozrostu coraz więcej drobnych naczyń i coraz grubsze smugi tkanki klejorodnej, a tu i ówdzie stosunkowo liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen)*. Granica między nowotworem, a otoczeniem coraz więcej się zaciera, bo niema granicy między tkanką łączną otoczenia, a takąż, rozrastającą się w miejscu nowotworu. (*Fig. 5*).

Wreszcie miałem sposobność badać kawałek skóry, w którym obfity barwik, jakoteż resztki nacieku wskazywały, że nowotwór z tego miejsca ustąpił, co zresztą potwierdził i przebieg choroby. Obraz, jaki otrzymałem w skrawkach, potwierdził przypuszczenia z wejrzenia klinicznego; w tym kawałku skóry bowiem nie widziałem już wcale komórek nowotworowych, a tylko obfite komórki tkanki łącznej wzdłuż coraz obfitszych wiązek tkanki klejorodnej. Przy dobrem barwieniu tej tkanki widać, że nie przedstawia ona takich smug falistych, jak w skórze otaczającej, ale tworzy dość gęstą siatkę cieńszych włókien, wśród których leżą liczne młode komórki tkanki łącznej. Włóknom



Fig. V.

tkanki klejorodnej towarzyszą drobne, ale obfite włókna elastyczne, nieco słabiej się barwiące, niż włókna otoczenia. Wśród tych świeżych komórek znajdują się już liczniej komórki wrzecionowate, niż w guzku ustępującym. W tej nowowytworzonej tkance zaś, a głównie powyżej niej w warstwie brodawkowej skóry, spostrzega się duże ziarna barwika różnego kształtu i zazwyczaj leżące luźno poza komórkami. Tylko w tych guzkach ustępujących spotykałem dość obfity barwik, którego jednak nie widziałem w guzkach nowotworowych. Podobnie nie było nigdy w żadnym z guzków śladów wynaczynień, dlatego nie mogę uważać obecności barwika za następstwo tych ostatnich, a raczej jako resztki po tkance nowotworowej. Naskórek nad tą, rzecby można, bliznowatą częścią skóry zdawał się być zanikły: smugi jego były krótsze, a szeregi komórek nieliczne. (*Fig. 6*).

Wspomniałem już powyżej, że naczynia w tkance nowotworowej są obfite, przeważnie bardzo drobne, w otoczeniu zaś naczynia większe są porozszerzane, otoczone płaszczem



Fig. VI.

komórek obfitszych, niż w stanie prawidłowym. Rozszerzenie naczyń spostrzega się najwybitniej w guzach dużych, szczególnie powyżej nich w warstwie brodawkowej.

Stosunek nacieków do naczyń jest tego rodzaju, że pierwsze grupują się w otoczeniu drobnych naczyń w sąsiedztwie naczyń większych w dolnej części skóry właściwej. W późniejszych okresach zauważyć można zgrubienia ścian naczyniowych i zwężenia ich światła. Ten objaw zgrubienia ścian występuje wyraźniej w skórze, w której wytworzyła się w miejscu nowotworu tkanka łączna, skóra bowiem jest w tych miejscach w całości ścieńczała, tkanka klejorodna o drobnych włóknach i w mniejszej ilości, przez co naczynia są znacznie widoczniejsze, zwłaszcza, że buja tkanka łączna warstwy zewnętrznej *(adventitia)*.

Gruczołów potowych i łojowych nigdzie wśród nowotworu spostrzedz nie można. W tkance sąsiedniej widzi się je albo otoczone naciekiem plazmatycznym, albo większą ilością komórek tkanki łącznej, przyczem zauważyć można, że gruczoły ulegają zanikowi. Torebki włosowe przedstawiają podobne zmiany, doprowadzające także do ich zaniku.

Znajdowane w otoczeniu guzów nerwy nie zdawały się być zmienione.

W protokole sekcyi zwłok opisano guzy nowotworowe w znacznej ilości w płucach i wątrobie i jeden w osierdziu. Wszystkie te guzki przedstawiały w mikroskopie te same cechy anatomiczne, co guzki w skórze.

W tkance płucnej zatem znaleziono takie same zrazikowate nowotwory, złożone z komórek takich samych, jak w skórze, poprzedzielane także dość obfitemi smugami tkanki łącznej. Tkanka płucna, otaczająca guzy, była uciśnięta przez rozrastający się nowotwór i nadmierną ilość tkanki łącznej, rozwijającej się między pęcherzykami, a szczególnie około drobnych oskrzeli. Naczynia były także otoczone jak w skórze, bujającą tkanką łączną, niektóre dość znacznie rozszerzone.

W wątrobie spostrzega się podobne objawy: i tu nowo-

twory bujają na koszt tkanki gruczołowej, obok tego widać również znaczniejszy rozrost tkanki łącznej w otoczeniu nowotworów i wokoło naczyń. Szczególną uwagę jednak zwracałem na guzek, w którym makroskopowo wyraźne były objawy rozmiękania. To też w mikroskopie wśród tkanki nowotworowej zwraca uwagę ognisko o komórkach bardzo słabo się barwiących i rozpadających się, czyli ognisko martwicze (*necrosis*), odpowiadające ogniskom wewnątrz guzków w skórze.

Guzek, znaleziony przy sekcyi na powierzchni serca, nieco ponad nią wyniosły, leżał w osierdziu, podnosząc je i sięgając w dół w mięsień sercowy, który w miejscu zetknięcia guzka ma wiązki mięśniowe zanikłe. Tkanka łączna na powierzchni guzka i między zanikającemi komórkami mięśniowemi rozrasta się znacznie. Zrazikowatość guza, jakoteż komórki składające go, są takie same, jak w wyżej opisanych.

Dla porównania badałem również materyał z dwóch poprzednio spostrzeganych przypadków mięsaków typu Kaposiego i dlatego podaję tu znaleziony obraz.

Wycięte kawałki skóry z dużego palca ręki (z jednego przypadku) i kończyny dolnej (z drugiego przypadku) zawierały guzki, wysterczające nad powierzchnię skóry i guzy, leżące w skórze właściwej. Tak jedne, jak drugie, miały jednakową budowę. Guzki te składają się, jak widać w mikroskopie już w słabem powiększeniu, z komórek tkanki łącznej kształtu wrzecionowatego, ale większe, niż zwyczajne komórki w skórze, o jądrach podługowatych, pęcherzykowatych. Komórki te, ułożone gęsto obok siebie, tworzą jakby wiązki, przebiegające falisto w różnych kierunkach i dające zawsze pewien rysunek. Wśród tych komórek, a raczej między pojedynczemi wiązkami zauważyć można komórki tkanki łącznej innego kształtu, których jądra mają kształt więcej okrągławy, o chromatynie więcej ziarnistej i silniej się barwiącej, a ich cytoplazma jest również obfitsza, siatkowata, otaczająca jądra kształtem okrągławym. Cały guzek zaś tworzy dość ścisłą całość, bo wśród niego istnieją tylko cienkie włókna tkanki łącznej, a nigdy wiązki tkanki klejorodnej; otoczenie zaś stanowi rozsunięta tkanka klejorodna, zawierająca tu i owdzie komórki łącznotkankowe, obfitsze niż zwyczajnie. Na obwodzie zaś guzków małych, leżących na granicy tkanki podskórnej, widzieć można obok tych komórek łącznotkankowych, zazwyczaj licznych i różne przybierających kształty przez znaczny rozrost cytoplazmy gąbczastej (spongioplazmy), także obfite i duże komórki plazmatyczne, jakoteż przejścia między obu tymi rodzajami komórek. (*Fig. 7*).

Komórki, tworzące nowotwór, zdają się przebiegać wzdłuż drobnych naczyń, które w guzie z łatwością nawet na dłuższej przestrzeni spostrzegać można. Wokoło guzka światła naczyń są rozszerzone i otoczone liczniejszemi niż zazwyczaj komórkami tkanki łącznej, które znajdują się w większej ilości i między wiązkami tkanki klejorodnej.

Prócz guzów dobrze wykształconych, oddzielających się wyraźnie od otoczenia, a leżących w skórze właściwej, widzieć można, czyto około drobnych naczyń, czy też gruczołów potowych, obfite nacieki o komórkach plazmatycznych (*Plazmazellen* Unna), podobne zatem, jak początkowe nacieki w poprzednim typie mięsaków, różne tylko tem, że podczas gdy w poprzednich obok komórek plazmatycznych istnieją postacie przejściowe do komórek, które spotykamy w nowotworze, to tutaj przeważają duże przerosłe komórki tkanki łącznej różnego kształtu, a komórki plazmatyczne są między niemi mniej lub więcej gęsto rozrzucone. Gromady te są dosyć duże, a czasami na obwodzie ich widać komórki, zbliżające się do typu tych komórek, które spotykamy jako

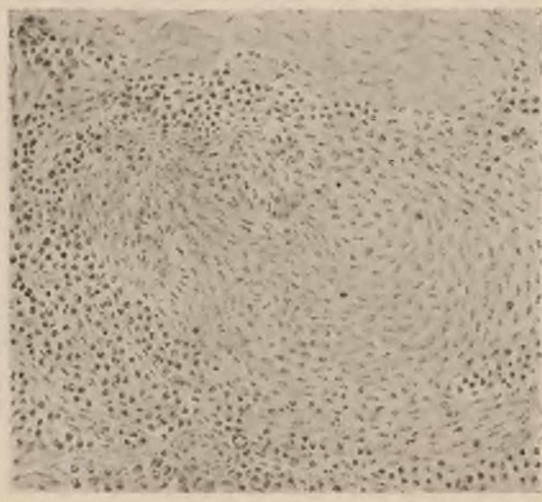


Fig. VII.

główny składnik guzów. Przytem tak te gromady, jak same nowotwory, nie mają tak ostrych granic od otoczenia, jak guzy poprzednio opisanego typu (zrazikowe), a ściśle są z niem złączone, odgraniczenie zaś stanowi różność tkaniny.

Sprawy wynaczynionek nie poruszam, bo nie spotykałem ich wcale, a tylko tu i owdzie ziarna barwikowe wśród guzów nowotworowych, przeważnie zaś znajdujące się w ich otoczeniu.

Opisany przypadek nie należy, jak to wykazałem, klinicznie do mięsaków typu Kaposiego,— podobnie i różnice histologiczne są znaczne. (Dokończenie nastąpi).

III. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Ciąg dalszy).

Mechanizm 1-szej fazy 3-go okresu. Chcąc należycie wyjaśnić sprawę odklejania się i wydalania popłodu w dalszym przebiegu porodu, musimy po kolei rozebrać mechanizm 1-ej fazy 3-go okresu we wszystkich odmianach, opierając się nietylko na wyżej wyliczonych faktach, zdobytych doświadczeniem fizycznem, ale także i przedewszyskiem na wynikach badania klinicznego przebiegu 3-go okresu.

a) Mechanizm prawidłowy. W mechanizmie trzeciego okresu najczęstszym, a więc prawidłowym, trzon i dno macicy bezpośrednio po porodzie dziecka niewiele odbiegają wielkością i kształtami od macicy pierwszych chwil połogu. Widoczna rzecz, że w jamie trzonu macicy, t. j. powyżej pierścienia skurczowego, niema dużo treści, któraby wpływała na rozciągnięcie się tych dwóch części macicy. Mam tu na myśli krwiak pozałożyskowy. Przyjąć należy, że jest tam samo łożysko z błonami bez krwiaka. Przez pewien czas (do 10 minut) ściany macicy są w tężcowym skurczu, obciskając łożysko ze wszech stron z pewną

siłą i wygniatając z niego krew w miejscu najmniejszego oporu, a więc do pępowiny, która jest napięta, oraz do dolnego brzegu łożyska, sąsiadującego najbliżej z pierścieniem skurczowym. Wobec tego, gdy górna partya łożyska jest atelektatyczną, dolna ulega erekcyi tak, że przyjąwszy nawet równomierną skłonność miejsca łożyskowego do ściągania się w czasie pierwszych chwil okresu, przedewszystkiem znajdą się najkorzystniejsze warunki do odklejenia się łożyska w sąsiedztwie dolnego brzegu łożyska. Dolna partya łożyska więc przedewszystkiem odkleić się musi, a że wobec tężcowo ściągniętych ścian macicy, dążących do kształtów macicy połogowej w pierwszych chwilach trzeciego okresu, wypuklić się nie może w jamie trzonu, bo nie pozwala na to naprzeciwległa napięta ściana macicy, więc pozostaje jedyne wyjście obsunąć się ku dołowi przez pierścień skurczowy do dolnego odcinka. Temu atoli przeszkadzają błony, silnie umocowane do okolicy pierścienia skurczowego i trudne do odklejenia, wobec czego z odklejonej dolnej części łożyska, oraz partyi błon okolicy pierścienia skurczowego, która odkleiła się, tworzy się duplikatura płaska, która wystercza poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka. Duplikaturę tę wybadamy zawsze w pierwszych chwilach 3-go okresu wewnętrznie.

Z przedartych naczyń błony doczesnej następowej napływa krew, która będąc pod naciskiem ścian trzonu, wylewa się w kierunku najmniejszego oporu, a zatem przedewszystkiem do owej płaskiej duplikatury tak, iż ta w miarę trwania 3-go okresu, staje się z płaskiej coraz to więcej wypukłą. Ponieważ płyn, zamknięty w naczyniu, poddany w jednym punkcie ciśnieniu, rozprowadza to ciśnienie równomiernie na wszystkie strony, więc i tu krew krwiaka z jednej strony prze na dolną część łożyska wypukloną, jak na tłok, a z drugiej strony prze na miejsca nieodklejone łożyska, oraz błony, pomagając je odkleić. W miarę odklejania się dalszych partyi łożyska natychmiast zmniejsza się odpowiednio miejsce łożyskowe, wobec czego zmniejsza się pojemność trzonu, co wywołuje wydalanie się dalszych partyi łożyska poza pierścień skurczowy. Nareszcie, gdy całe łożysko się odklei, a zarazem krwiak podminował błony w dnie i trzonie, znika przeszkoda dla obsunięcia się górnego brzegu łożyska tak, iż nareszcie i górna partya łożyska wytoczy się przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka, przyczem d o l n y b r z e g ł o ż y s k a, umocowany błonami do okolicy p i e r ś c i e n i a s k u r c z o w e g o, odgrywa rolę punktu obrotu dla wywijającego się łożyska.

Że pierwsza faza 3-go okresu rozpoczyna się odklejeniem dolnego brzegu łożyska i przyległej małej partyi błon pierścienia skurczowego, mamy dowód w tem, iż krew krwiaka przedewszystkiem krzepnie w tej okolicy popłodu i silnie przyczepia się do dolnego brzegu łożyska, oraz przyległej partyi błon, dalej w tem, iż ta dolna partya łożyska niema na swej powierzchni podowodniowej żadnego sfałdowania, przeciwnie, jak reszta łożyska. Nareszcie badanie wewnętrzne w najwcześniejszych chwilach 3-go okresu zawsze zastaje już duplikaturę w jamie dolnego odcinka.

b) M e c h a n i z m S c h u l z e g o. W najbliższem pokrewieństwie z mechanizmem najczęstszym, a więc n o r m a l n y m, pozostaje mechanizm S c h u l t z e g o. Zasadniczą różnicą jest fakt ten, iż trzon i dno macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu, to znaczy bezpośrednio po porodzie dziecka, przedstawiają ciało duże, znacznie odbiegające kształtami i wymiarami od kształtów i wymiarów macicy pierwszych chwil połogu. Widoczna rzecz, że tu, w pierwszej fazie 3-go okresu, mamy łożysko, oraz krwiak powyżej pierścienia skurczowego, a więc przypadki te cechuje możliwość wypuklania się łożyska w jamie trzonu. Czem sobie ten fakt tłómaczyć należy? Uważne oglądanie popłodów, urodzonych w tym mechanizmie, dowodzi, że w p e w n e j i l o ś c i p r z y p a d k ó w o d g r y w a r o l ę l o k a l i z a c y a m i e j s c a ł o ż y s k o w e g o. Ponieważ miejsce pęknięcia pęcherza leży tylko nieco odśrodkowo w stosunku do brzegów łożyska, przyjąć należy, iż miejsce łożyskowe leżało wysoko nad okolicą pierścienia skurczowego i zajmowało część dna macicy. Naturalnie w przypadkach tych, skoro opróżnienie jamy macicy nastąpiło, a łożysko wobec ściągania się miejsca łożyskowego w najsposobniejszych ku temu miejscach się odkleiło, nie mogło ono być zaraz odklejonemi partyami w znaczniejszej części wydalone poza pierścień skurczowy tak, iż krwiak zebrać się mógł za łożyskiem już w jamie trzonu. Krwiak ten, zebrany za wypuklonem łożyskiem, nie mając ujścia na zewnątrz, w pewnej ilości wypadków odkleja *in situ* b ł o n y t r z o n u d n a i okolicy p. skurczowego tak, że następnie c a ł y p o p ł ó d o d k l e j o n y i s p l ą t a n y w j e d n ą m a s ę w c a ł o ś c i o p u s z c z a s i ę do jamy dolnego odcinka, stąd do pochwy i na zewnątrz, przyczem w przypadkach, ostrożnie badanych, zauważamy, że nawet fałdy błon nie ulegają wyciągnięciu. Obserwacya zachowania się skrzepów, przymocowanych do powierzchni matczynej popłodu, dowodzi, że n a w e t w t y c h p r z y p a d k a c h rozpoczyna się odklejenie i wypuklenie łożyska w okolicy dolnego brzegu łożyska i sąsiadujących z niem błon, a więc analogicznie, jak i w mechanizmie prawidłowym, albowiem jakkolwiek skrzep pokrywa prawie całą powierzchnię łożyska z wyjątkiem małej części górnego brzegu, to przecież najgrubsze i najzbitsze skrzepy są w otoczeniu dolnego brzegu łożyska.

W przypadkach przejściowych do mechanizmu prawidłowego mamy tylko do czynienia z wypukleniem się do łożyska i obecnością krwiaka w pierwszej fazie 3-go okresu w jamie trzonu. Dalszy przebieg atoli, to znaczy sposób wydostawania się łożyska z jamy trzonu przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i dalszy poród popłodu przebiega, jak w mechanizmie prawidłowym. Jedynie tylko w pewnej liczbie przypadków po porodzie łożyska do dolnego odcinka z a r a z występują objawy krwotoku wewnętrznego.

Nie wszystkie atoli przypadki mechanizmu S c h u l t z e g o można wytłómaczyć rolą umiejscowienia łożyska w dnie i górnej części trzonu, albowiem oglądanie umiejscowienia otworu pęknięcia pęcherza w stosunku do łożyska za taką lokalizacyą nie zawsze przemawia. Że w tych przypadkach ściana macicy, przeciwległa miejscu łożyskowemu, nie jest w stanie nie dopuścić do wystąpienia wypuklenia się łożyska w jamie trzonu, wytłómaczyć można jedynie tem, iż mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju a t o n i ą m u s k u l a t u r y m a c i c y tak, iż tężec pierwszych chwil trzeciego okresu nie działa z prawidłową energią.

c) Badanie kliniczne przebiegu 3-go okresu w t y p o w y m m e c h a n i z m i e D u n k a n a, oraz w mechanizmie okazują-

cym cechy wspólne dla mechanizmu prawidłowego i Dunkana, wykazuje, iż mechanizm Dunkana przychodzi do skutku, a względnie może powstać z prawidłowego wtedy, jeżeli dolny brzeg łożyska, w mechanizmie prawidłowym zawieszony na błonach okolicy pierścienia skurczowego, może bez przeszkody obsuwać się ku dołowi.

Mechanizm Dunkana dostarcza ważnych wskazówek dla dokładniejszej oceny doniosłości czynników, działających w 3-cim okresie. I tak: proste zastanowienie się poucza, że działalność krwiaka dla odklejania i wydalania się popłodu musi być bardzo upośledzoną przez to, że odpływ krwi na zewnątrz jest umożliwiony. Ponieważ trzeci okres może przebiedz w mechanizmie Dunkana nawet w razie braku wszelkiej pomocy lekarskiej bez szkody dla ustroju matki, to znaczy w niedługim czasie bez znaczniejszych strat krwi popłód wydala się w całości, musimy przypuszczać, że krwiak nie należy do czynników bezwzględnie koniecznych dla dojścia do skutku fizyologicznego odklejenia się i wydalenia popłodu. Inne czynniki, jakoto: ściąganie się, skurcze muskulatury, parcie niewiasty itd. mogą działać tak sprawnie i energicznie, że same uskutecznią to, co miał zrobić krwiak, czyli mogą jego rolę zastąpić, tembardziej, że nie można kategorycznie twierdzić, jakoby w mechanizmie Dunkana krwiak nie miał żadnej pożytecznej roli do odegrania.

Mianowicie: badając kobietę wewnętrznie w pierwszych chwilach 3-go okresu, przebiegającego w mechanizmie Dunkana, zauważymy, że tylko dolna część łożyska wystercza do jamy dolnego odcinka; górna połowa zaś znachodzi się w jamie trzonu, a okolica pierścienia skurczowego silnie obsznurowuje łożysko, o czem łatwo przekonać się można, próbując przeprowadzić palce do jamy trzonu macicy między powierzchnią matczyną łożyska, a ścianą okolicy pierścienia skurczowego. Kobieta krwawi, ale nieznacznie, widoczna więc, że z miejsca łożyskowego krew się dobywa, krew ta atoli musi dojść dopiero do pewnego ciśnienia, aby przezwyciężyć tamponadę, utworzoną przez łożysko. Rozumie się, że płyn poddany pewnemu ciśnieniu, prze z jednakową siłą na wszystkie strony, a zatem także i na miejsce przyrosłe popłodu. Parcie to zatem krwiaka musi do pewnego stopnia dopomagać innym czynnikom do odklejenia, a pośrednio i wydalania popłodu.

Obciśnienie łożyska przez pierścień skurczowy można uczynić sztucznie, trudniej przez miesienie, a na pewno przez nastrzykiwanie łożyska zimną wodą tak znacznem, że z jamy trzonu do dolnego odcinka nie wydostanie się ani kropla krwi. W tych przypadkach krwiak, będący w trzonie, może w zupełności spełnić swe zadanie pomocnicze w odklejeniu popłodu.

Badanie wewnętrzne poucza, że w pierwszej fazie trzeciego okresu w mechanizmie Dunkana, mimo trwania tężca muskulatury macicy i mimo obciśnięcia łożyska pierścieniem skurczowym, nie przychodzi do uwięźnięcia łożyska. Owszem, łożysko równomiernie ześlizguje się coraz to więcej tak, że w warunkach fizyologicznych z chwilą ustąpienia skurczu tężcowego, jest ono już w jamie dolnego odcinka. Wobec braku duplikatury łożyska, na którą w mechanizmie prawidłowym ciśnie krwiak, przyjąć należy, że tu, w mechanizmie Dunkana, wydalanie się łożyska odklejonego w jamie trzonu uskutecznia reszta czynników, mianowicie skursz muskulatury, który usiłując ściągnąć do zera pojemność jamy trzonu, wygniata z niej łożysko.

Przyczyny mechanizmu Dunkana.

Ponieważ trzeci okres porodu przebiega albo w mechanizmie prawidłowym, czy pokrewnym prawidłowemu Schultzego, albo w mechanizmie Dunkana, zależnie od tego, czy umocowanie dolnego brzegu łożyska zapomocą błon do okolicy pierścienia skurczowego utrzyma się aż do ukończenia się pierwszej fazy 3-go okresu, (ta okoliczność bowiem decyduje, czy to łożysko obsuwając się, będzie się mogło wypuklić powierzchnią owodniową, czy nie,) należy się spodziewać mechanizmu Dunkana we wszystkich tych przypadkach porodu, w których dane są warunki do odklejania się popłodu w okolicy pierścienia skurczowego.

Istotnie, przedmiotowe spostrzeganie kliniczne etyologii mechanizmu Dunkana zupełnie potwierdza powyższy pogląd. Z mechanizmem Dunkana bowiem spotykamy się: 1) przy przodującem łożysku całkowitem lub częściowem; 2) w przypadkach poronień jednoczasowych, a do czwartego miesiąca i dwuczasowych; dalej 3) w przypadkach ciężkich porodów z powodu niestosunku porodowego, jakoto: zaniedbane położenia poprzeczne, przypadki za dużej główki płodu, czy części poprzedzającej, w stosunku do wymiarów wejścia miednicy kostnej, gdzie ściąganie się dna trzonu i okolicy pierścienia skurczowego bardzo postąpiło, wreszcie — 4) wobec zakłócenia prawidłowego przebiegu trzeciego okresu przez przedwczesny masaż i usiłowanie wygniecenia łożyska już w pierwszej fazie trzeciego okresu.

Oglądanie uważne popłodów, urodzonych w mechanizmie Dunkana, przekonuje, iż w bardzo wielu przypadkach miejsce pęknięcia pęcherza, przedstawiając się w kształcie koła o brzegach równych z obu blaszkami, t. j. owodnią i warstwą kosmkowo-doczesną, jest oddalone od brzegu łożyska bardzo mało, niekiedy zaledwie 3 ctm. Mały otwór pęknięcia pęcherza, jego okrągłość i zachowanie obu blaszek bezwarunkowo wykluczały oderwanie się kawałka błon. Gdybyśmy otwór pęknięcia pęcherza ściągnęli szwem, worek płodowy wypełnili wodą i przyjęli, iż środek pęknięcia odpowiada ujściu wewnętrznemu szyi, to naocznie stwierdzilibyśmy fakt, że tu łożysko musiało przodować, jakkolwiek ani w ciąży, ani podczas 1-szej i 2-giej fazy porodu zboczenie to od normy niczem się nie ujawniało. Tu więc dopiero trzeci okres okazuje skutki tego częściowego przodowania łożyska, w tem mianowicie, że mimo zachowawczego postępowania w trzecim okresie, przebiegł on samoistnie nie w mechanizmie prawidłowym, ale Dunkana. Że wyższe stopnie łożyska przodującego, a więc klinicznie zamarkowane już w 1szym, 2-gim okresie porodu, tembardziej usposabiają do występowania 3-go okresu w mechanizmie Dunkana jest samo przez się łatwo zrozumiałe, jeżeli usposobienie to spostrzega się jako regułę w przypadkach łożyska przodującego, nieszkodliwych ani dla matki, ani dla płodu, a więc fizyologicznych.

Pojęcie fizyologicznego przodowania łożyska wymaga objaśnienia. W pracy mej poprzedniej p. t.: „Kwestya dolnego odcinka“ przyjąłem, iż macica wogóle składa się z trzech części, anatomicznie i rozwojowo itd. odrębnych od siebie. Druga część macicy, t. j. okolica pier-

ścienia skurczowego i dolny odcinek, zachowuje się analogicznie, ale nie identycznie, jak górna część macicy, t. j. trzon z dnem. Błona śluzowa tej drugiej części macicy ma zdolność do zamiany w doczesną w czasie ciąży (której niema szyja), może zatem jajo płodowe rozwijać się na niej, a w razie szczególniejszych warunków (być może czystego przypadku), może tu utworzyć się miejsce łożyskowe, a przynajmniej pewna jego część. Sądzę zatem, że teoretycznie najracyonalniej będzie uważać każdy taki przypadek za przypadek łożyska przodującego, częściowo lub całkowicie, gdzieby tylko miejsce łożyskowe czy to w całości, czy też tylko częściowo, rozwinęło się w tej drugiej części macicy.

Według tego poglądu zatem 1) łożysko przodowałoby nawet wtedy, gdyby miejsce łożyskowe prawie całe leżało w jamie trzonu, a tylko brzeg łożyska był przymocowany do okolicy pierścienia skurczowego powyżej najgrubszej części mięśnia okrężnego, a więc chociażby nawet łożyska wcale w dolnym odcinku nie było. Oczywiście tego rodzaju lokalizacya łożyska niczemby się nie zdradziła ani w ciąży, ani podczas porodu, a trzeci okres mógłby zupełnie normalnie przebiedz. Z chwilą, gdyby 2) miejsce łożyskowe zajęło częściowo 2-gą część macicy o tyle, że brzeg łożyska byłby w bezpośredniem sąsiedztwie z dolnym odcinkiem, łożysko w tym stopniu przodujące, nie ujawniłoby się ani w ciąży, ani w 1-szym lub 2-gim okresie porodowym, a dopiero chyba w ostatnich chwilach drugiego okresu krwawieniem lekkiem, a mechanizmem Dunkana w 3-cim okresie. Te dwa przypadki łożyska przodującego nazywamy fizyologicznem przodowaniem. Jeżeli atoli 3) miejsce łożyskowe zajmie częściowo już dolny odcinek, to łożysko tu przyrosłe wraz z błonami zacznie się odklejać już w 1-szym okresie porodu, co się objawi krwawieniem już w samych początkach porodu. 4) Przy umiejscowieniach wreszcie środkowych miejsca łożyskowego, t. j. głównie w dolnym odcinku, krwotoki pojawią się już w ciąży, skoro tylko zacznie dolny odcinek rozszerzać się pod wpływem atypowych bolów, występujących w czasie ciąży.

Jako najczęstszą zatem przyczynę występowania mechanizmu Dunkana uważać należy fizyologiczne i patologiczne przodowanie łożyska. Z innych przyczyn należy wymienić wszystkie takie przypadki porodowe, w których już w drugim okresie, a jak przy poronieniach jednoczasowych nawet w 1-szym okresie porodowym, znajdą się warunki do odklejania się popłodu, a w pierwszej linii łożyska, już w jamie trzonu. W warunkach zupełnie fizyologicznych odklejanie się łożyska w trzecim okresie z reguły występuje i zaczyna się od brzegu dolnego łożyska. Oczywiście, że w wyżej wspomnianych przypadkach patologicznych również odklejanie się dolnej partyi łożyska i następowe odklejanie się błon sąsiednich będzie regułą, a więc stworzone zostają warunki dla powstania w trzecim okresie mechanizmu Dunkana. (Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Z czasów mojego pobytu w Krakowie mam do zanotowania 7 przypadków położeń poprzecznych zaniedbanych płodu, w których zabieg cały wykonano po odsłonięciu pola operacyjnego ściśle pod kontrolą wzroku. Pięć przypadków było operowanych w zakładzie położniczym, w dwóch zaś wykonałem ten zabieg w praktyce prywatnej na wsi, w dalszej okolicy Krakowa, przy pomocy miejscowych położnych.

W przeciągu lat pięciu wykonano w lwowskiej klinice położniczej zmniejszenie pojemności i rozmiarów tułowia w 14 przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych. We wszystkich tych przypadkach bez wyjątku operowano po dokładnem odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników łyżkowych. Nie napotkano w żadnym przypadku szyjki płodu w polu widzenia po odsłonieciu wziernikami, natomiast w kilku przypadkach przekonać się było można, że dojście i objęcie ręką szyjki płodu było prawie niemożliwe.

W trzech z tych 14 przypadków operowano niezupełnie ściśle według zasad wyżej podanych, a to ze względów dydaktycznych; w dalszych dwóch przypadkach płody były niedonoszone, małe i sam zabieg nie przedstawiał nic charakterystycznego. Z tego powodu przytaczam przebieg porodu i operacyi tylko dziewięciu resztujących przypadków, których opis posłużyć może niejako do uzupełnienia i potwierdzenia wypowiedzianych już poprzednio uwag.

I. *A. D.*, lat 37. Nr. prot. 29 z r. 1899. Rodziła 9 razy. Pierwsze bóle 29 stycznia rano; o godzinie 2 po południu pękł pęcherz płodowy; w pół godziny później nastąpił siłami natury w położeniu główkowem poród dużego płodu donoszonego, żywego, płci żeńskiej. Po upłynięciu godziny pękł pęcherz płodu drugiego; bole miały być dobre, poród jednak się przeciągał i z tego powodu wieczorem zawezwano lekarza, który polecił przewiezienie rodzącej do kliniki. W chwili przybycia rodzącej, to jest około godziny 11-tej w nocy, badanie wykazało. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 26. D. T = 29. Conj. extr. = 18. obwód miednicy = 84 ctm. Macica w ciągłym skurczu, pierścień skurczowy nieco tylko poniżej pępka; dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, o ścianach cienkich; dotykanie wywołuje bardzo znaczną bolesność nad spojeniem łonowem i pachwinami, a zwłaszcza nad lewą. Płód ułożony poprzecznie, nieżywy, główka nad talerzem biodrowym po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi, rączka lewa wypadnięta, bark lewy wklinowany we wchodzie miednicy. Rozpoznano niewątpliwie grożące pęknięcie macicy wobec położenia poprzecznego zaniedbanego i z tego powodu przystąpiono bezzwłocznie do ukończenia porodu. Po odpowiednich przygotowaniach założono szeroki wziernik łyżkowy na tylną ścianę pochwy i nieco ukośnie ku stronie lewej, a równocześnie pociągano lekko za wypadniętą rączkę w kierunku ku górze i ku stronie prawej. W ten sposób bardzo dokładnie odsłonięta została pacha lewa płodu. Nastąpiło otwarcie klatki piersiowej nożycami ostremi Naegelego, poczem po uchwyceniu szczypczykami ściany klatki piersiowej przez całą jej grubość i przy pociąganiu za szczypczyki ku dołowi i stronie lewej, nastawiono w polu widzenia i przecięto nożycami górne żebra wraz z obojczykiem. Następnie założono szczypczyki w przeciwnym kierunku na klatce piersiowej i pociągano za odpowiednie szczypczyki ku stronie prawej, przecinając stopniowo nastawiające się, dalsze, niżej położone części klatki piersiowej. W miarę przecinania klatki piersiowej następowało obniżenie się jej tak, że z chwilą przecięcia dolnych żeber pośladki płodu

znajdowały się już w próżni miednicy i po dokonaniu przecięcia wystąpiły zaraz ze szpary sromowej na zewnątrz. Po pośladkach urodził się tułów, poczem wytoczono główkę płodu z łatwością. Operowano bez uśpienia, a cały zabieg trwał około 8 minut. Płód dobrze rozwinięty, płci męzkiej, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego. Po wydobyciu płodu wystąpiły zaraz dwa zupełnie odrębne łożyska z błonami i dość znaczną ilością krwi płynnej i skrzepłej. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

II. *M. K.*, lat 38. Nr. prot. 100 z r. 1899. Rodziła 9 razy, porody i połogi miały być prawidłowe. Pierwsze bole wystąpiły 26 lutego w południe; dnia 27 lutego rano pękł pęcherz płodowy. Z powodu przeciągania się porodu wezwany lekarz odesłał rodzącą do kliniki, gdzie została przyjętą dn. 27 lutego o godzinie $7^1/_2$ wieczór. Wymiary miednicy: D. S. = 26. D. C. = 29. D. T. = 31. Conj. extr. = 20, obwód miednicy = 90 ctm.

Badanie dalsze wykazało: macica obkurczona stale około płodu, pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka, dolny odcinek macicy rozciągnięty, główka po stronie prawej, bark lewy wklinowany mocno do wchodu miednicy, grzbiet płodu zwrócony ku przodowi, lewa rączka wypadnięta, a obok niej pętla pępowiny nie tętniącej.

Zaraz przystąpiono do rozwiązania rodzącej. Po odsłonięciu pachy lewej płodu zapomocą wziernika i pociągania za wypadniętą rączkę, przecięto w podobny zupełnie sposób, jak w przypadku pierwszym, całą klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej. Następnie, naśladując mechanizm dobrowolnego wytaczania się, wydobyto płód bardzo łatwo. Cały zabieg trwał około 4 minut. Popłód odszedł w 20 minut później siłami przyrody. Płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego.

Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

III. *F. L.*, lat 28. Nr. prot. 337 z r. 1899. Rodziła raz przed rokiem, poród miał być ukończony przez lekarza w uśpieniu; płód nieżywy. Pierwsze bole 4 lipca po południu; dnia 5 lipca rano pękł pęcherz płodowy, wieczorem o godzinie $10^1/_2$ przyjętą została do kliniki.

Wymiary miednicy: D. S. = $23^1/_2$. D. C. = 27. D. T. = 30. Conj. extr. = 19. obwód miednicy = 85 ctm. Dalsze badanie wykazało: macica w ciągłym skurczu, czasami tylko nieznacznie wolniejsze, pierścień skurczowy znajduje się na wysokości pępka, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty. Położenie płodu poprzeczne, główka płodu po stronie prawej, bok prawy klatki piersiowej przyparty do wchodu, grzbiet płodu zwrócony ku tyłowi. W pochwie wyczuć można część przedramienia rączki prawej i pętlę pępowiny nie tętniącej.

Przebieg operacyi: zapomocą dwóch wzierników łyżkowych, założonych na tylnej i przedniej ścianie pochwy, odsłonięto część najniżej ułożoną, to jest bok prawy klatki piersiowej płodu i część tę płodu uchwycono dwiema parami szczypczyków. Następnie, pociągając za założone szczypczyki, ustalono część nastawiającą się, poczem zapomocą nożyc Naegelego otworzono klatkę piersiową. Chwytając dalej zapomocą szczypczyków brzegi zrobionego otworu przez całą grubość ściany klatki piersiowej i pociągając za szczypczyki ku stronie lewej, nastawiono w polu widzenia i przecięto górne żebra wraz z prawym obojczykiem. Zaraz bark obniżył się znacznie i wypadła rączka prawa w całości. Wtedy usunięto wziernik, założony na przedniej ścianie pochwy, a za wypadniętą rączkę pociągano ku górze i w stronę prawą. Następnie zakładano szczypczyki na dolną część klatki piersiowej i pociągając za nie w stronę prawą, nastawiano i przecinano dolne żebra. Po dokonaniu przecięcia podłużnego klatki piersiowej wytoczyły się zaraz ze szpary sromowej pośladki, poczem z łatwością wydobyto resztę tułowia i główkę płodu. Cały zabieg trwał $7^1/_2$ minut. Bezpośrednio za płodem wystąpił popłód w całości. Płód płci męzkiej, ważył 3850 gramów

Połóg bezgorączkowy, prawidłowy

IV. *P. A.*, lat 25. Nr. prot. 407 z r. 1899. Nie rodziła i nie roniła. Pierwsze bole dnia 17 października wieczór; po kilku godzinach pękł pęcherz płodowy; 18 października około godziny 6 wieczór została przywiezioną i przyjętą do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = $24^1/_2$. D. C. = 27. D. T. = $30^1/_2$. Conj. extr. = $19^1/_2$, obwód miednicy = 87 ctm. Ciepłota = 37·8, tętno około 100. Macica obkurczona mocno około płodu; pierścień skurczowy sięga na jeden palec poniżej pępka. Srom i wejście do pochwy dość znacznie obrzękłe. Główka płodu po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi; we wchodzie miednicy wklinowany bark lewy; lewa rączka wypadnięta, a obok niej pętla pępowiny nie tętniącej. Po najniezbędniejszem przygotowaniu rodzącej przystąpiono zaraz do operacyi. Pole operacyjne odsłonięto dokładnie zapomocą wziernika, założonego na tylną ścianę pochwy i nieco na stronę lewą, oraz przez pociąganie za wypadniętą rączkę lewą nieco ku górze i w stronę prawą. Następnie zrobiono otwór w klatce piersiowej, a dalej, idąc krok za krokiem, przecięto całą klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej płodu. Zaraz potem obniżyły się i wytoczyły pośladki ze szpary sromowej, następnie reszta tułowia, poczem wydobyto główkę płodu. Cały zabieg dał się wykonać bardzo łatwo i trwał około 5 minut. W kilka minut po wydobyciu płodu urodził się popłód w całości. Podczas wytaczania płodu nastąpiło przedarcie I-go stopnia międzykrocza obrzękłego, nacieklego i kruchego, które zaraz zeszyto. Wydobyty płód był donoszony, płci męzkiej, ważył 3245 gramów. Przez pierwszych pięć dni połogu ciepłota wieczorna dochodziła do 38·5° C., tętno = 100, później stan bezgorączkowy.

V. *J. K.*, lat 36. Nr. prot. 492 z r. 1899. Rodziła raz przed rokiem, wówczas miał lekarz wykonać wydobycie płodu nieżywego; w połogu leżała przez miesiąc. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 22 listopada wieczorem, poczem niedługo miał pęknąć pęcherz płodowy. Rano dnia 23 listopada przyjętą została do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 25. D. C. = 28. D. T. = 30. Conj. extr. = 19, obwód miednicy = 87 ctm.

Badanie dalsze wykazało: macica w trzonie skurczona, twarda pierścień skurczowy, bardzo wyraźnie zarysowany, przebiega ukośnie od strony prawej ku lewej na wysokości pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 19 ctm., do dna macicy 33 ctm. Prawie cały płód znajduje się w mocno rozciągniętym dolnym odcinku macicy. Główka znajduje się po stronie prawej, grzbiet płodu zwrócony ku tyłowi, bark prawy przyparty we wchodzie miednicy, rączka prawa i pępowina nie tętniąca, wypadnięte. Bezzwłocznie przystąpiono po dokładnem odsłonięciu pola operacyjnego w sposób powyżej opisany do przecięcia podłużnego klatki piersiowej. Po przecięciu klatki piersiowej i pociąganiu jej dolnej części zapomocą szczypczyków ku dołowi i ku stronie prawej, to jest w stronę główki płodu, nastawił się w polu widzenia pośladek prawy, który zaraz uchwycono szczypczykami. Następnie założono na pośladek jeszcze dalsze szczypczyki, chwytając o ile możności jak największej części i przy pociąganiu za szczypczyki wytoczono ze szpary sromowej pośladki z nóżkami, potem wydobyto resztę tułowia, a w końcu główkę płodu. Czas trwania całego zabiegu wynosił 10 minut. Płód bardzo dobrze rozwinięty, płci męzkiej, ważył około 4000 gramów. Popłód odszedł w całości po 15 minutach. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

VI. *K. K.*, lat 23. Nr. prot. 232 z r. 1900. Nie rodziła i nie roniła. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 22 kwietnia wieczorem; dnia 23 kwietnia w południe pękł pęcherz płodowy; dn. 24 kwietnia o godzinie 7 rano została przywiezioną i przyjętą do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 27. D. T. = $29^1/_2$. Conj. extr. = $17^1/_2$, obwód miednicy = 80 ctm. Macica obkurczona około płodu, chwilami tylko nieco wolniejsze, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, przy dotykaniu bolesny; pierścień skurczowy wyraźnie zarysowany, sięga do pępka. Odległości od spojenia łonowego do pępka = 17, do dna macicy = 31 ctm. Główka płodu po stronie lewej, grzbiet zwrócony ku przodowi, bark prawy wtłoczony do wchodu miednicy, rączka prawa wypadnięta, mocno obrzękła. Tętna płodu nie słychać. Zaraz przystąpiono do rozwiązania rodzącej. W sposób już powyżej podany, po dokładnem odsłonięciu wykonano przecięcie klatki piersiowej płodu wzdłuż osi podłużnej, poczem łatwo wydobyto płód w sposób, zbliżony do mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Płód płci męzkiej, ważył 2800 gramów. Cały zabieg trwał około 6 minut. Popłód w całości został wydalony po 5 minutach. Połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

VII. *M. S.*, lat 39. Nr. prot. 419 z r. 1900. Rodziła cztery razy, raz roniła. Pierwsze bole dn. 24 października w nocy; po południu tegoż dnia pękł pęcherz płodowy; dnia 25 października po południu rodząca została przywiezioną do kliniki. Badanie wykazało ciepłotę podwyższoną = 39° Cels., tętno miernie napięte, 112; język podsychający. Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = $29^1/_2$. Conj. extr. = $17^1/_2$, obwód miednicy = 81 ctm. Ściany macicy od czasu do czasu jędrniejsze, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, pierścień skurczowy dwa palce poniżej pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 20 ctm., do dna macicy 28 ctm. Położenie płodu poprzeczne, główka po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku tyłowi, bark prawy we wchodzie miednicy mocno zaklinowany, rączka prawa wypadnięta, mocno obrzękła, sina, zwisa ze szpary sromowej. Tętna płodu

nie słychać. Natychmiast przystąpiono w uśpieniu chloroformowem do rozwiązania rodzącej. Po dostatecznem odsłonięciu prawej pachy płodu, zrobiono otwór w klatce piersiowej, a następnie przecięto wzdłuż całą klatkę piersiową, poczem płód wytoczono w powyżej już opisany sposób, t. j. najpierw pośladki z nóżkami, potem resztę tułowia, a w końcu wydobyto główkę płodu. Z powodu bardzo znacznego krwotoku zaraz po urodzeniu płodu wydobyto ręcznie popłód, poczem jamę macicy wytamponowano gazą jodoformową. Wykonanie przecięcia klatki piersiowej i wydobycie płodu trwało około 12 minut. Płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, ważył 3400 gramów.

Przez pierwszych siedem dni połogu odchody były brudne, nieco cuchnące, potem obfite, ropiaste, ciepłota dochodziła do 40° Cels., tętno około 100; od początku drugiego tygodnia połogu stan bezgorączkowy.

VIII. *E. H.*, lat 33. Nr prot. 471 z r. 1900. Rodziła sześć razy, nie roniła. Pierwsze bole wystąpiły dnia 20 listopada wieczorem; w kilka godzin później miały odejść wody płodowe; dnia 22 listopada przed południem została rodząca przywiezioną i przyjętą do kliniki. Badanie wykazało: ciepłotę podwyższoną 37·9° Cels., tętno 86. Wymiary miednicy: D. S. = 24. D. C. = 26½. D. T. = 29. Conj. extr. = 17. obwód miednicy = 80 ctm. Dno macicy sięga na 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, dolny odcinek macicy bardzo znacznie rozciągnięty, przy obmacywaniu bolesny, zwłaszcza od strony prawej. Pierścień skurczowy przebiega nieco powyżej pępka; odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 15, do dna macicy 32 ctm. Płód położony poprzecznie, główka po stronie prawej, grzbiet zwrócony ku przodowi, bark lewy wparty do wchodu miednicy; rączka lewa wypadnięta. Tętna płodu wykazać nie można. Wobec tego stanu przystąpiono zaraz do embryotomii. Po dokładnem odsłonięciu paszki lewej płodu zapomocą wziernika założonego na tylną ścianę pochwy, oraz przez lekkie pociąganie w stronę główki za rączkę wypadniętą, przecięto najpierw górną, a potem dolną część klatki piersiowej.

Po całkowitem przecięciu obniżył się znacznie bok klatki piersiowej, jednak przy pociąganiu w stronę główki za szczypczyki, założone na dolną część klatki piersiowej, nie udało się sprowadzić niżej pośladków płodu, jak w przypadkach, poprzednio w ten sposób operowanych. Wobec tego, rozpoczynając od cięcia poprzód zrobionego wzdłuż klatki piersiowej, zaczęto przecinać klatkę piersiową w kierunku poprzecznym. A mianowicie chwytając szczypczykami część klatki piersiowej, zwróconą ku przodowi, to jest ku spojeniu łonowemu, nastawiając ją w polu widzenia przez pociąganie w odpowiednim kierunku zapomocą szczypczyków, stopniowo przecinano nożycami i nastawiano dalej, wyżej położone, dalsze części klatki piersiowej. W ten sposób w dalszym ciągu nastawiono w polu widzenia kręgosłup płodu, który również przecięto nożycami. Zaraz po przecięciu kręgosłupa za jednem prawie pociągnięciem za szczypczyki, założone na dolnej połowie płodu, wytoczyły się ze szpary sromowej pośladki, poczem bardzo łatwo wydobyto resztę tułowia i główkę płodu. Płód donoszony płci męzkiej, dobrze rozwinięty, ważył 3900 gramów. Z powodu obfitszego krwawienia wydalono popłód w 10 minut po wydobyciu płodu zapomocą zabiegu Crédego. Cały zabieg trwał około 25 minut. Przez pierwsze trzy dni połogu były dość znaczne wieczorne podwyższenia ciepłoty, potem połóg bezgorączkowy.

IX. *A. K.*, lat 28. Nr. prot. 373 z r. 1901. Rodziła raz przed 7 laty, nie roniła. Pierwsze bole wystąpiły d. 30 czerwca rano; w południe pękł pęcherz płodowy; bole miały być bardzo częste i silne. Dnia 30 czerwca przed samą północą przyjętą została do kliniki. Wymiary miednicy: D. S. = 24½. D. C. = 26. D. T. = 30. Conj. extr. = 18, obwód miednicy = 87 ctm. Macica w ciągłym skurczu; dolny odcinek macicy znacznie rozciągnięty, o ścianach cienkich; pierścień skurczowy sięga na trzy palce poniżej pępka. Odległość od spojenia łonowego do pępka = 24, do dna macicy = 36 ctm. Położenie płodu poprzeczne, główka po stronie lewej; grzbiet zwrócony ku przodowi, bark prawy zaklinowany we wchodzie miednicy; rączka prawa wypadnięta, płód nieżywy. W uśpieniu chloroformowem wykonano bezzwłocznie w sposób kilkakrotnie powyżej wspominany przecięcie podłużne klatki piersiowej. W przypadku tym cięcie przez klatkę piersiową przebiegało od prawego obojczyka przez pachę prawą ukośnie ku tyłowi, a więc ku kręgosłupowi w miejscu przyczepienia się dwóch ostatnich dolnych żeber. Gdy w polu widzenia nastawił się w końcu kręgosłup, przecięto go również. Po dokonaniu przecięcia wydobyto z łatwością płód płci żeńskiej, ważący 2900 gramów. Czas trwania zabiegu wynosił 10 minut. Po kilku minutach odszedł następnie popłód w całości. W pierwszych dniach połogu notowano dwukrotne podwyższenie ciepłoty wieczornej do 37·7° Cels., zresztą połóg był bezgorączkowy.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Dr. Preston Kyes (Frankfurt n. M.): **O wyosobnieniu lecytydów jadów wężowych.** *(Berl. klin. Wochenschr.*, 1903, Nr. 42 i 43). Badania Myersa, Flexnera i Noguchiego udowodniły, że jady wężów, podobnie jak jady bakteryi, składają się z kilku części, obdarzonych różnemi grupami chwytnemi, działających w różny sposób na ustrój. W szczególności w jadzie wężów dają się rozróżnić niezależne od siebie grupy: neurotoksyczna, hemolityczna i działająca na śródbłonki w miejscu zaszczepienia. Autor zajmował się drugim składnikiem jadu o własnościach hemolitycznych, które jednak same przez się nie działają na ciałka czerwone krwi, lecz wymagają współdziałania ciała uzupełniającego (w myśl teoryi Ehrlicha), które dopiero jest w stanie amboceptor jadu przeprowadzić w stan czynny. Calmette dowiódł, że działanie uzupełniające surowicy nie ginie, jak w innych przypadkach, po ogrzaniu powyżej 62°, a zasługa autora tej rozprawy polega na przeprowadzeniu dowodu, że owem ciałem uzupełniającem jest lecytyna.

Czterdzieści ctm. sz. 1% rozczynu jadu okularnika w 0,85% soli kuchennej kłócono przez 2 godziny z 20 ctm. sz. 20% rozczynu lecytyny w chloroformie: po oddzieleniu warstwy chloroformowej strącano z niej przez dodanie pięciokrotnej objętości eteru nierozpuszczalny w eterze związek jadu z lecytyną, gdy tymczasem nadmiar lecytyny pozostawał w rozczynie. Po kilkakrotnem rozpuszczeniu w chloroformie i strąceniu eterem otrzymano z 1 grm. suchego jadu około 5 grm. lecytydu. Pozostałość w rozczynie wodnym traciła całkiem własności hemolityczne, jad przechodził w całości do rozczynu lecytyny w chloroformie, osobne zaś doświadczenia dowodziły, że jad nie przechodził do samego chloroformu. Otrzymany w ten sposób lecytyd jadu wężowego nie posiadał własności neurotoksycznych, ten więc składnik jadu nie tworzy połączenia z lecytyną; przeciwnie, doświadczenia dokonane na zwierzęciu dawały tylko nacieki w miejscu szczepienia, zaś pozostałość w rozczynie wodnym, choć nie rozpuszczała ciałek krwi *in vitro*, zato z całą siłą działała toksycznie na układ nerwowy zwierzęcia.

Własności lecytydu jadu okularnika wyróżniają go od samego jadu z jednej, a od lecytyny z drugiej strony. Lecytyd nie rozpuszcza się w acetonie i eterze w przeciwieństwie do lecytyny; natomiast rozpuszcza się w chloroformie, alkoholu i ciepłym toluolu, przeciwnie niż jad wolny. Rozczyn wodny lecytydu, pozostawiony w ciepłocie pokojowej, zaczyna już po kilku godzinach wydzielać osad mikrokrystaliczny, którego ilość dochodzi do ⅔ użytego lecytydu. Lecytyd ten, nazwany drugorzędnym, posiada w całej pełni własności hemolityczne, nie rozpuszcza się w wodzie zimnej, rozpuszcza natomiast w ciepłej, w alkoholu, chloroformie i ciepłym toluolu i nadaje się szczególnie do badania jego własności chemicznych. Jak dotychczas stwierdzono, preparat nie daje reakcyi biuretowej, nawet w stężonym rozczynie. Lecytyd drugorzędny powstaje także, jeżeli osad po strąceniu rozczynu chloroformowego wysuszymy w cieplarce: można to poznać po nierozpuszczalności produktu, podczas gdy ten sam osad wysuszony prądem powietrza rozpuszcza się w wodzie z łatwością. Czysty jad okularnika działa na krew tylko pewnych gatunków zwierząt (morska świnka, królik, pies, człowiek), na krew innych n. p. wołu, kozy, barana nie działa wcale, własność hemolityczna lecytydu staje się ogólną, a co ciekawsza, ilość lecytydu, potrzebna do rozpuszczenia określonej ilości ciałek krwi, jest dla wszystkich zwierząt stała. Bardzo ciekawa jest obserwacya autora co do chyżości działania lecytydu w porównaniu z jadem. Gdy jad z dodatkiem lub bez lecytyny musi działać w stężonych rozczynach 10—30 minut, a w rozcieńczonych 12—18 godzin, nim nastąpi rozpuszczenie ciałek krwi, lecytyd zaczyna działać natychmiast, a działanie to trwa 15—20 minut, to jest około 20 razy szybciej. Tłómaczyć to można powolnem tworzeniem się trującego lecytydu z obojętnego amboceptora i zawartej w ciałkach krwi lecytyny. Trzecią wreszcie różnicą jest zachowanie się pod wpływem temperatury. Jad okularnika traci swoje toksyczne własności przez 30-minutowe ogrzanie do 100°; lecytyd można ogrzewać do 100° przez 6 godzin bez obawy utraty jego własności. W końcu trzeba zaznaczyć, że lecytyd w daleko słabszym stopniu ulega działaniu przeciwwężowej surowicy Calmettea w porównaniu z jadem pierwotnym; nie ma natomiast wybitniejszej różnicy wobec antyhemolitycznego działania cholesteryny.

Autor badał także jady innych wężów, mianowicie: 1. *Bothrops lanceolatus;* 2 *Daboia Russellii*: 3. *Naja have;* 4. *Kerait;* 5. *Bungarus fasciatus;* 6. *Trimeresurus anamalensis;* 7. *Trimeresurus Rinkunanus;* 8. *Crotalus adamantus*, i przyszedł do przekonania, że wszystkie te jady, o ile rozpuszczają ciałka krwi, posiadają typ amboceptorów, mających grupę lecytynofilną, a zajęcie tej grupy przez lecytynę uwydatnia dopiero ich działanie hemolityczne. Druga grupa chwytna, ta, która się wiąże z chwytnikiem ciałka krwi (według teoryi Ehrlicha), jest dla każdego jadu inną, przynajmniej jady różnych wężów zachowują się rozmaicie pod wpływem surowicy uodporniającej Calmettea. Jad niedźwiadków działa po dodaniu lecytyny również hemolitycznie, chociaż około 20 razy słabiej, niż jad okularnika; z jadu tego można także otrzymać odpowiedni lecytyd.

Z powyższych doświadczeń wysnuwa autor wnioski, że ciałem uzupełniającem dla amboceptora jadu wężowego jest lecytyna; ponieważ jednak lecytyna jest stałym składnikiem ciałek krwi, przeto trzebaby przyjąć, że ona zmienia pod wpływem amboceptora miejsce pierwotne na inne, dla komórki szkodliwe. Zjawisko to nie występuje jednak stale i stąd różnica w zachowaniu się krwi różnych zwierząt pod wpływem samego amboceptora w przeciwieństwie do złożonego lecytydu, który na ciałka krwi wszystkich zwierząt działa jednako. *Seńkowski.*

Runge. **O zmianach w jajnikach przy guzach syncytyalnych i zaśniadzie groniastym, zarazem dodatek do histogenezy torbieli luteinowych.** (*Arch. für Gyn.*, tom 69, zeszyt 1). Wielu już autorów zauważyło równoczesne występowanie guzów syncytyalnych i zaśniadów groniastych z torbielkowatem zwyrodnieniem jajników i przypuszczali nawet, że stany te są następstwem pierwotnego schorzenia jajników. Na 144 guzów syncytyalnych, rozrzuconych w piśmiennictwie, w 81 przypadkach nie było wogóle wzmianki o jajnikach, w 39 miały one być prawidłowe, a w 24 torbielkowato zwyrodniałe. Na 28 zaśniadów groniastych w 16 wogóle nie podano stanu jajników, w 12 były one zwyrodniałe. Przy badaniu skombinowanem jednak niejeden jajnik wydaje się prawidłowy, mimo że jest zwyrodniały, gdyż stan ten nie koniecznie musi być połączony z powiększeniem jajnika; jeżeli się nadto zauważy, że nieraz dopiero mikroskop wykazuje zwyrodnienie, to równoczesne to tak częste występowanie obu stanów mimowoli nasuwa przypuszczenie, czy między nimi nie zachodzi jakiś związek przyczynowy. Większość autorów znalazła, że te torbiele wychodzą z ciałka żółtego i to samo wykazał autor w 7 swoich przypadkach. Ściany tych wszystkich torbieli zawierały zawsze warstwy komórek luteinowych, któremi wysłane były także wewnętrzne powierzchnie ścian. Omówiwszy bardzo szczegółowo obrazy drobnowidowe swoich przypadków, podaje autor zapatrywania różnych autorów co do przyczyny powstania tych zmian w jajnikach. Sam zbliża się do teoryi Schallera i Pförringera, którzy uważają cały proces, jako zwyrodnienie rakowe komórek luteinowych. Tak daleko autor nie idzie, gdyż nie wiemy nawet dotąd, czy komórki luteinowe są wogóle pochodzenia nabłonkowego, sądzi jednak, że tu się rzecz toczy o stan czynny, powstały skutkiem nadzwyczajnej siły rozrodczej tychże komórek, które, obdarzone zdolnością samodzielnego wzrostu, wytwarzają powyższe guzy; treść tych torbieli ma być następstwem śluzakowego zwyrodnienia komórek luteinowych, krwotoku z pękniętych naczyń włosowatych i nacieku tkanek odnośnie do ciąży; szybkie powiększanie się tych torbieli należy odnieść do gromadzenia się w ich wnętrzu płynu przesączynowego. Ze względu na to, że zmiany te w jajnikach, wychodzące niewątpliwie z ciałek żółtych, spotykano dotychczas jedynie tylko w przypadkach guzów syncytyalnych i zaśniadów groniastych i że spostrzeżeń tych jest już za dużo, aby je uważać za przypadkowe, należy się co najmniej domyślać jakiegoś związku wewnętrznego między tymi stanami. Hofmeier sądzi, że na jajku po wyjściu z torebki (folikulu) znajduje się pewna ilość komórek luteinowych, możnaby sobie więc związek ten tak wytłómaczyć, że te same komórki, obdarzone tą znaczną siłą rozrodczą, wytwarzają w jajnikach te torbiele, a z drugiej strony mogłaby warstwa syncytyalna, pochodząca według Hofmeiera z owych zaniesionych komórek, obdarzona więc tą samą zdolnością, być bodźcem do powstania guzów syncytyalnych lub zaśniadów. Fraenkel znowu wykazał, że rozwój jajnika w macicy zależy od stanu odnośnego ciałka żółtego (ref. „Przegl. lek.", Nr. 31, 1903); czyż więc spotęgowana zdolność bujania ciałka żółtego nie przenosi się wprost na zagnieżdżone jajko i nie wywołuje zaśniadu lub guzów syncytyalnych? sprawy te oczekują dalszych badań. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Stein: **Zastosowanie twardej i miękkiej parafiny do podskórnych wstrzykiwań.** (*Deutsche mediz. Wochsch.* 37. 1903). 1. Metoda wstrzykiwania parafiny nadaje się przeważnie do poprawy małych zniekształtnień, położonych blizko powierzchni ciała i innych spraw podobnych, które nie wymagają wstrzykiwań większych ilości parafiny. 2. Parafina, nadająca się do użycia, ma zdaniem autora posiadać punkt topliwości około 41°. Twardsza parafina może być wstrzykniętą w takich przypadkach, gdzie idzie o wypełnienie istniejących jam o ścianach stałych. We wszystkich innych przypadkach jest ona przeciwwskazaną, ponieważ zwiększa niebezpieczeństwo powstania zatoru. 3. Nie powinno się wstrzykiwać nigdy masy w stanie płynnym, lecz zawsze w ciastowatym. 4. Nie istnieje żadna przyczyna praktyczna lub teoretyczna, dla którejby należało zamienić parafinę miękką na twardą. 5. Nie należy na jednem posiedzeniu wstrzykiwać więcej jak 3 ctm³. 6. Wstrzyknięta masa nie ulega wessaniu, lecz otorbieniu, a potem przerośnięciu smugami tkanki łącznej tak, że wynik jest w każdym przypadku trwały. 7. Występujący bezpośrednio po wstrzyknięciu obrzęk znika regularnie p. kilku dniach. *B. Żmigród.*

Racine i Bruns: **Przyczynek do etyologii tak zwanego tężca gośćcowego.** (*Deutsche medic. Wochsch.* 1903, Nr. 43). U górnika, który zachorował na tężec, nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub zdarć na ciele, ani też na błonach śluzowych nosa i jamy ustnej; na migdałach również nie było żadnych zmian. Sam chory nie przypomniał sobie, ażeby uległ jakiemukolwiek urazowi Choroba zaczęła się powoli bolami w krzyżach i grzbiecie, rzekomo z powodu przeziębienia się podczas roboty. Myślano już, że się ma do czynienia z zagadkowym tężcem gośćcowym lub idyopatycznym kiedy w dalszym ciągu choroby przypomniał sobie chory, że przed trzema tygodniami miał silne bóle w prawem uchu i wtedy to nieraz odłamał kawałeczki z miotły, używanej do zamiatania toru w szybach i czyścił sobie ucho. Badanie ucha wykazało suche przedziurawienie bębenka wielkości główki od szpilki i prócz kawałków woskowiny i pyłku węglowego nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub obrzęków, a chory nie doświadczał bolesności. Wytarto więc jałowymi zwitkami waty zewnętrzne przewody obydwu uszu, jamę ustną, nozdrza i migdały i ze wszystkich wacików przygotowano preparaty, drobnowidowe i zaszczepiono je na pożywki; próby te wykazały prątki tężcowe jedynie w zawartości prawego ucha. Mysz zaszczepiona surowicą z krwi chorego zginęła w dwa dni na tężec; myszy, szczepione hodowlami otrzymanemi z prawego ucha, ginęły również na tężec. Przypadek ten, leczony surowicą przeciwtężcową, zakończył się wyzdrowieniem. Przypadki, w których miejscem zakażenia się tężcem były zdarcia lub nieżytowe zmiany w błonach śluzowych nosa, jamy ustnej, migdałów i przewodu oddechowego, były już przedtem znane i ogłoszone; w przypadku opisywanym po raz pierwszy wykazano tężec, wychodzący z ucha, a zatem znowu przyczynek, jak ostrożnym być należy z rozpoznawaniem tężca „gośćcowego" lub idyopatycznego. Etyologię podobną należy zupełnie wyrugować i przypadki tężca, w których nie można wynaleźć przyczyny, należy oznaczyć jako utajone, lecz z ścisłem określeniem tak długo trzeba się wstrzymywać, dopóki wszelkie wrota możebnego zakażenia nie będą dokładnie zbadane. *Dr. Fels.*

Sergent: **Drożdże piwne, a ropienie.** (*Annales de l' Institut Pasteur* 1903, 10). We Francyi rozpowszechniło się od dawna podawanie wewnętrzne drożdży piwnych, jako leku na pewne choroby skórne. Skuteczność ich działania zdaje się być niewątpliwą w przypadkach czyraków mnogich (*furunculosis*), jednakże tylko w przypadkach lżejszych i nie u wszystkich chorych. Otóż Sergent przedsięwziął doświadczenia na zwierzętach, by sprawdzić to działanie drożdży. W doświadczeniach posługiwał się gronkowcami. Po wstrzyknięciu podskórnem gronkowców tworzył się u królików duży ropień, na który podawanie drożdży zgoła nie wpłynęło. Natomiast po wtarciu gronkowców w ogoloną skórę powstawała u królików sprawa, zupełnie podobna do czyraków u ludzi. Rozwój czyraków dosięgał szczytu na trzeci dzień po wtarciu gronkowców; na czwarty dzień poczynało się zasychanie, na szósty strupki odpadały. Otóż u królików, którym podawano 20—30 ctm. sześć. drożdży na dzień wewnętrznie, skutek był widoczny; jeżeli zaczęto drożdże podawać już po wtarciu gronkowców w skórę, to już w czwartym dniu sprawa się kończyła, jeżeli zaś naprzód poczęto podawać drożdże, a potem dopiero wtarto w skórę gronkowce, to czyraki nie pojawiały się wcale lub tylko kilka, znikających wkrótce. Działanie drożdży zdaje się jednak być bardzo przelotne, gdyż czyraki pojawiały się, jeżeli na dobę przed wtarciem gronkowców drożdży nie podano, choćby je nawet przedtem podawano tygodniami.

Wstrzykiwanie drożdży pod skórę i do żył nie tylko nie jest skuteczne, ale nawet szkodliwe. Po wstrzyknięciu do żył króliki rychło giną; wstrzyknięte zaś pod skórę rozrastają się drożdże w wielkie guzy, przyczem surowica zwierząt, w ten sposób szczepionych, nabiera własności aglutynowania gronkowców.

Właściwy składnik działający można, według Sergenta, wyciągnąć zapomocą wody z drożdży, zabitych wyskokiem. Wyciąg ten

wodny podawany wewnętrznie po 50—80 ctm. sześć. dziennie, działał u królików równie skutecznie, jak same drożdże. U ludzi, dotkniętych czyrakami, działał ów wyciąg, według Sergentha, również nie gorzej od żywych drożdży. *C.*

Gurewicz. **Nowa metoda wydostawania soku z żołądka człowieka.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 18). Gurewicz (Petersburg) przekonał się na psach, że wydzielina soku żołądkowego nie ustaje w razie szybkiego pozbawienia żołądka jego treści pokarmowej; podrażnienie, wywołane pokarmem, trwa jeszcze jakiś czas, sprowadzając sok o własnościach prawidłowego soku żołądkowego. Sok ten, wydzielający się według prawa inercyi, nazywa G. „następowym". Podobną metodę zastosował G. i u ludzi. Wydostawszy treść żołądka naczczo i przepłokawszy go starannie, wprowadza G. pokarm, składający się z chleba i herbaty lub z chleba i bulionu mięsnego, lub wreszcie z mięsa, mleka i niektórych innych substancyi. Po upływie pewnego czasu G. wydostaje treść żołądka i znowu przepłokuje go do doszczętnego wydalenia zawartości pokarmowej. Wydostając następnie metodą aspiracyjną co 2—3' treść żołądkową, otrzymywał autor początkowo niewielkie ilości soku, rozcieńczonego resztą przepłóczyn, wreszcie otrzymywał autor już czysty sok, którego siła trawiąca znacznie przewyższała sok pierwotny. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bielajew. **Schorzenia rzekomodurowe.** (*Russkij Wracz*. 1903, Nr. 20—21). Na podstawie własnych badań i jednego spostrzeżenia klinicznego przychodzi B. do wniosków, że 1) schorzenia, wywołane prątkami durowymi, mogą być odróżnione od wywołanych prątkami rzekomodurowymi; 2) prątki rzekomodurowe różnią się cechami aglutynacyi nie tylko między sobą, lecz i od innych przedstawicieli gromady *coli-typhus;* 3) prątki durowe i rzekomodurowe mogą być wyhodowane z kału, moczu, krwi i z plamek różyczki; 4) najwcześniej, jakkolwiek nie zawsze, hodowle prątka mogą być otrzymane z kału; z plamek różyczki i z moczu można je otrzymać zaledwie w 2-im tygodniu choroby; czyste hodowle otrzymują się odrazu ze krwi żylnej; 5) dla wyodrębnienia prątków durowych i rzekomodurowych z kału i z moczu najużyteczniejszą jest odżywka Drigalskiego i Conradiego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Babiński. **Przyczynek do leczenia chorób usznych nakłuciem lędźwiowem.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). B. podaje 8 przypadków, w których istniały po części choroby błędnika ze zbiorem objawów Meniera, po części zaś było ropienie ucha środkowego i schorzenie mieszane. Słuch nie zawsze się poprawił, ale we wszystkich przypadkach nakłucie lędźwiowe miało wyraźnie korzystny wpływ na podmiotowe wrażenia słuchowe, które się znacznie zmniejszyły. Rzecz naturalna, że skutki takie są możebne tylko wtenczas, jeżeli błędnik nie jest zniszczony. Skoro jednak w ogólności nie można w każdym przypadku stwierdzić stanu tego narządu, z drugiej strony nakłucie to nie pociąga za sobą żadnych niebezpieczeństw, przeto, wnioskuje Babiński, powinno się na razie wykonywać ten zabieg u wszystkich chorych, dotkniętych przewlekłem cierpieniem ucha środkowego. *Spira.*

Dr. Beschoren. **O pewnej odmianie opatrunków spirytusowych Salzwedela.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 28). Modyfikacya autora polega na tem, że do okładów używa mięszaniny po równych częściach 1% rozczynu octanu glinowego i alkoholu absolutnego. Skutkiem odczynu chemicznego mięszanina ta znacznie się ogrzewa. W niej macza płaty gazy, osłania nimi okolicę, zajętą sprawą zapalną, gazę przykrywa papierem gutaperkowym, nań zaś kładzie watę i przymocowuje opaską. Okład ten zmienia po 24 godzinach, opatrunki te działają co najmniej równie dobrze, jak i opatrunki Salzwedela, a dla chorych są nierównie drzyjemniejsze od tamtych. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

A. Kováts (Budapeszt). **O wartości niektórych nowszych środków w leczeniu suchot.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 22, 1903). Autor stosował kilka nowszych leków przeciwgorączkowych w suchotach płucnych. Aspirynę podawał w dawkach ćwierćgramowych 2—4 razy dziennie. Wyniki były bardzo dobre. W więcej niż połowie przypadków ciepłota obniżała się o $^1/_2$—$1^1/_2$ stopni; okres bezgorączkowy trwał 4—12 godzin, poczem gorączka znowu szybko lub powoli się wzmagała. Nieprzyjemnych objawów ze strony żołądka nie spostrzegał. Aspiryna, podana w małych dawkach i w różnych porach dnia, nie sprowadzała pocenia się. Cytrofen podawał K. w 10-ciu przypadkach, jednak bez skutku. Stosując wieczorami gwakamfol przeciw nadmiernym potom, przekonał się K., iż po dawkach 0.25—0.5, po 2—3 dniach ustaje nadmierne pocenie się na kilka dni, nawet na kilka tygodni. Wyników, jakie miał osiągnąć Lange w krwotokach płucnych zapomocą adrenaliny, K. potwierdzić nie może. *Basckkopf.*

Huchard omawia leczenie stanu podwyższonego ciśnienia krwi, które poprzedza zwapnienie naczyń i choroby serca, powstające na tle schorzeń naczyń (*cardiopathies artérielles*). Stany te zwalczać należy środkami, obniżającymi parcie krwi, a tu należą według H.: dyeta mleczno-roślinna, mięsienie, pewne wody mineralne moczopędne i azotyny (nitrogliceryna, azotyn amylowy, sodowy i inne), oraz pewne preparaty organoterapeutyczne, jak wyciąg z gruczołu tarczykowego i jodotyryna, wyciąg z grasicy, który szczególnie do celów tych ma się nadawać i zupełnie nie zagraża żadnemi niebezpieczeństwami; u kobiet zaś w okresie przejściowym życia stosuje się wyciąg z jajników. H. przestrzega z naciskiem przed stosowaniem kąpieli, zawierających bezwodnik węglowy: o ile korzystnie one działają w wadach zastawkowych, gdzie podnoszą parcie, tu wprost szkodzą. H. przytacza przypadki, w których kąpiele w Nauheim sprowadzały śmierć w następstwie wzmożonego parcia lub ostrego obrzęku płuc.

Achard zauważył po wstrzyknięciu 1 litra fizyol. rozczynu soli kuchennej choremu na zapalenie płuc w okresie zmniejszonego wydzielania chlorków, wystąpienie całego zbioru objawów oponowych, mianowicie: podniecenia, bredzenia, sztywności karku i objaw Kerniga. Przy nakłuciu lędźwiowem wytrysło silnym strumieniem 20 ctm.³ przezroczystej cieczy mózgowo-rdzeniowej, nie zawierającej ani bakteryi, ani pierwiastków komórkowych. Objawy tego samego dnia ustąpiły.

W dwóch przypadkach, w których A. wstrzykiwał podskórnie wycieńczonym oseskom roztwór fizyol. soli, występowały stale po wstrzykiwaniach obrzęki skóry, nawet w miejscach odległych, które jednak znikły z zaprzestaniem wstrzykiwań. Zatem w przypadkach zatrzymywania chloru przez ustrój, nawet przy braku zapalenia nerek lub cierpień serca wstrzykiwania soli mogą wywołać obrzęki, a nawet mózgowe objawy wskutek obrzęku przestworów podpajęczych. (*Semaine médicale*, Nr. 27, 1903). *Orzechowski.*

Blondel. **Zastosowanie terapeutyczne surowicy mleka.** (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* 1903, Nr. 11). Po strąceniu z mleka kwasem sernika otrzymuje Blondel surowicę, którą przechowywa w obecności bezwodnika węglowego. W zatopionych rurkach utrzymuje się długi czas bez zmiany. Wstrzyknięta pod skórę, działa moczopędnie, przyczem w moczu pojawiają się wytwory przemiany materyi w zwiększonej ilości. W ostrych chorobach zakaźnych surowica ta obniża ciepłotę znacznie i szybko. Najlepsze wyniki otrzymywał autor w gorączce połogowej. Działanie przeciwgorączkowe stawało się energiczniejszem pod wpływem dodatku do każdorazowego wstrzyknięcia surowicy po 0·5 do 0·10 chininy (chininum sulfuricum). Dawki surowicy: 10 do 20 ctm.³, w wyjątkowych przypadkach 60 ctm.³ dziennie. *O.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 maja 1903 r.

(Klinika chorób kobiecych).

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 43.

I Kol. przewodniczący poświęca gorące wspomnienie śp. ko. Jasińskiemu, b. wiceprezesowi Tow. lekarsk. lwowskiego. Cichą i niestrudzoną pracą było jego życie, a zebrany z mozołem grosz po wiecił na szlachetny cel wspierania wdów i sierót po lekarzach. Podając do wiadomości zebranych, że zarządzoną zostanie składka w celu wyrównania kosztów pogrzebu śp. Jasińskiego, który na ten cel skromną tylko kwotę przeznaczył, wzywa przewodniczący obecnych, by powstaniem uczcili pamięć zmarłego.

II. Wniosek kol. Stroynowskiego, by uczcić pamięć śp. kol. Jasińskiego zawieszeniem jego portretu w sali posiedzeń naukowych Tow. lek. lwowsk., odesłano do Rady zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich.

III. Kol. Ziembicki G. przedstawia chorą, u której dokonano wycięcia nerki, poczem kol. Leńko demonstruje wprowadzanie wglębnika do moczowodu wyciętej nerki.

IV. Kol. Sołowij: »O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych«. Stwierdzając powszechne dążenie w Towarzystwach ginekologicznych, tudzież w piśmiennictwie lekar-

skiem, skierowane ku osiągnięciu coraz lepszych położnych, omawia prelegent reformy, które wydają się mu przedewszystkiem pożądane. Co do przepisów służbowych dla położnych podnosi potrzebę zaprowadzenia używania sublimatu, jako środka przeciwgnilnego, przeznaczonego do wyjaławiania rąk położnych, zalecając dla bezpieczeństwa papierki napojone sublimatem. Zwraca uwagę na konieczną potrzebę bezpłatnego zaopatrywania położnych w środki i przybory, potrzebne do przeprowadzenia postępowania przeciw — i bezgnilnego, tudzież na konieczną potrzebę zaprowadzenia obowiązkowego zapobiegawczego zakraplania oczu noworodków bezpośrednio po porodzie 1% rozczynem octanu srebrowego. W celu zaś ulepszenia wyszkolenia i nauczania położnych zaleca dążyć do zakładania większej liczby szkół położnych, zakładania poliklinik położniczych będących w związku ze szkołami położnych, tudzież kursów powtarzających dla położnych podczas gdy zabezpieczenie pewnych, choćby minimalnych dochodów położnym ze strony państwa, tak samo jak zabezpieczenie położnych na wypadek niezdolności do pracy z powodu choroby, starości lub kalectwa nagłego, potrafiłoby zachęcić osoby etycznie wyżej stojące do oddawania się zawodowi położnych. (Autoreferat).

Kol. Sołowij czyni wniosek, by wybrać komitet złożony z trzech, którybv się zajął wypracowaniem odpowiedniego memoryału.

Po przeprowadzeniu dyskusyi, w której zabierali głos koledzy: Mars, Merunowicz, Sołowij, Szulisławski, Kadyi i Ziembicki, uchwalono wezwać wszystkich ginekologów, którzy z pośród siebie wybiorą komitet, mający zająć się wypracowaniem memoryału, a zarazem upoważnić ten komitet do postanowień imieniem Tow. lekarsk. lwowskiego.

V. Kol. Mars oprowadza zebranych po salach kliniki chorób kobiecych, wskazując im wszelkie ulepszenia w kierunku aseptyki i urządzeń klinicznych. *Dr. Świątkiewicz,* sekretarz.

Nadzwyczajne posiedzenie naukowe z dnia 8 maja 1903 r.

(Szpital powszechny).

Przewodniczący kol. Ziembicki. Obecnych członków 32.

I. Kol. Wiczkowski przedstawia chorą z oddziału szpitalnego, u której rozpoznaje tętniaka łuku zstępującego aorty z następowym uciskiem na tętnicę płucną i objawami jej zwężenia. U chorej wystąpiło również porażenie więzadła lewego krtani.

Kol. Kikinger rozpoznaje i uzasadnia rozpoznanie *insuff. et stenosis mitralis,* w tym przypadku nie odnosząc wrażenia, by przyczyną objawów chorobowych był tętniak.

II. Kol. Merunowicz *(j.)* przedstawia 1) chorą z objawami tętniaka ramienia wstępującego tętnicy głównej; 2) chorą z objawami kamicy żółciowej. (Chorzy z oddziału szpitalnego prym. Wiczkowskiego).

III. Kol. Leńko omawia ogólnie postępowanie przy zabiegu zgłębnikowania moczowodów. Przed zabiegiem podaje czopek morfinowy i wstrzykuje eukainę 10%. Pęcherz wypełnia wodą zimną, lodową, wyjałowioną. W 37 przypadkach nie zauważył zupełnie krwawienia.

Obecnie przedstawia chorą, u której wywiady wskazują na przebyte przed 3 laty zapalenie nerek, połączone z krwawieniami. Od tego czasu ogólne niedomaganie, a od 3 tygodni ciągłe krwawienie. Zgłębnikowaniem moczowodu lewego wydobyto po 5 godz. około 2 gramów płynu ropiastego, krwawego. Badanie mikroskopowe wykazało ciałka ropne i krew. Po założeniu zgłębnika do moczowodu nerki zdrowej wydobyto po 1 godzinie około 40 ctm^3 moczu. Pierwsza część czysta, druga krwawo zabarwiona. Drobnoustrojów patologicznych nie można było jednak wykazać. Po badaniu wystąpiły u chorej ból głowy i wymioty, bez podwyższenia ciepłoty. Podrażnienie to tłómaczy prelegent oddziaływaniem na wprowadzenie ciała obcego do ustroju. Prelegent omawia kryoskopię moczu. U chorej rozpoznano nowotwór nerki lewej.

Dyskusya. Kol. Ziembicki G. zapytuje, czy zgłębnik nie zatorował częściowo drogi odpływu moczu i czy to nie dało powodu do wydobycia tak nieznacznej ilości moczu. Rozpoznanie nowotworowej sprawy, mimo ujemnego badania w kierunku gruźlicy, wobec trwającej 3 lata sprawy chorobowej i wobec braku zupełnego charłactwa wydaje mu się za śmiałe.

Kol. Gluziński A. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wstrzykiwania eukainy do pęcherza, w którym łatwe wchłonienie może mieć miejsce, jeżeli napotka się tam na nadżerkę lub owrzodzenie. Co do badania nerki zdrowej zgłębnikiem, po przekonaniu się o zajęciu chorobowem nerki pierwszej, badanie to uważa za ryzykowne ze względu na zawleczenie do zdrowego moczowodu drobnoustrojów. Krwawienie z nerki zdrowej po zgłębnikowaniu odnosi do przekrwienia, powstałego wskutek zatamowania odpływu moczu (częściowego). Ten sam objaw można zauważyć przy podwiązywaniu moczowodów w celach doświadczalnych przeprowadzanem u zwierząt. W krótkim przeciągu czasu po podwiązaniu występuje przekrwienie nerki i wybroczyny. Co do rozpoznania, byłby za sprawą gruźliczą ze względu na dobry wygląd chorej i okazanie się ropy wraz z krwią. Badanie na prątki daje często wynik ujemny, również szczepienie na królikach, a jednak sprawa pozostaje gruźliczą.

Kol. Ziembicki zgadza się z kol. Gluzińskim co do ostrożności, z jaką należy przystępować do badania zgłębnikiem nerki zdrowej. Radzi w niejednym przypadku użyć separatora.

Kol. Mayer zwraca uwagę, że Israel już dawno zarzucił myśl zgłębnikowania moczowodów.

Kol. Bałącz opisuje separator, radzi jego użycie i sądzi, że w największej liczbie przypadków zgłębnikowanie moczowodu zdrowej nerki jest zbyteczne.

Kol. Herman podnosi znaczenie badania zgłębnikiem i nerki zdrowej ze względu na jej funkcyę, przytaczając na dowód kilka przypadków, gdzie zaniedbanie zbadania jej dało niespodzianki przykre przy zabiegu operacyjnym. Casper jest za zgłębnikowaniem.

Kol. Zajączkowski demonstruje szereg środków leczniczych, używanych na oddziale wewnętrznym I. *Dr. Świątkiewicz,* sekretarz.

Posiedzenie naukowe z 22 maja 1903 r.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 35.

I. Przewodniczący przedstawia kol. Romana Merunowiza, jako członka Tow. lek. lwowskiego.

II. Przewodniczący odczytuje pismo Komitetu medyków, zapraszające Tow. lek. lwowskie do wzięcia udziału w ankiecie nad sprawą poprawy bytu lekarskiego, mającej się odbyć we Wiedniu.

Uchwalono prosić kol.: Sielskiego, Uhmę, Pilewskiego, Matkowskiego i Ozarkiewicza, by jako delegaci Tow. lek. lwowskiego w ankiecie tej udział wzięli.

III. Kol. Czaplicki: »Przypadek krwotoku zamacicznego«. Prelegent przedstawia i omawia przypadek krwotoku zamacicznego, demonstrując wydobyty drogą operacyjną płód trzymiesięczny.

IV. Kol. Breiter demonstruje nowsze narzędzia, używane w klinice położniczo-ginekologicznej.

V. Kol. Mars: »Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce prywatnej«. Podnosząc ważność zżycia się z postępowaniem bezgnilnem, wykazuje prelegent braki w tym kierunku spotykane u lekarzy praktycznych. Już w pierwszych latach studyów uniwersyteckich powinni słuchacze być wyszkoleni do postępowania bezgnilnego, powinni wychować się w takiem postępowaniu. Tylko w ten sposób można mieć rękojmię, że zadość uczynią zawsze wymaganiom, koniecznym w tym kierunku.

W dyskusyi zabierają głos kol.: Kadyi, Sieradzki, Łukasiewicz, Hojnacki, Ziembicki, Kuczera, Mars.

Kol. Kadyi zwraca uwagę, że dla bezpieczeństwa słuchaczy zwłoki są nastrzykiwane chloralhydratem lub formaldehydem. Prócz tego do umycia rąk jest i sublimat. W anatomii patologicznej podobne nastrzykiwania nie dałyby się przeprowadzić. Trzebaby porozumieć się i zastanowić, jakby można młodzież do czystości wprost i porządku już w pierwszych latach studyów przyzwyczajać.

Kol. Sieradzki sądzi, że gra tu rolę w znacznej części wychowanie domowe.

Kol. Łukasiewicz jest za dokładnem wyszkoleniem w tym kierunku młodzieży, dając przykłady, gdzie ludzie zresztą z innych punktów widzenia zdolni i sławni popełniali błędy, właśnie wskutek braku wyszkolenia.

Kol. Hojnacki: Lekarze wychodzą wyszkoleni dobrze, ale często pozbawieni wspaniałości klinicznych, nie umieją sobie bez nich dać rady. Z drugiej strony położnictwem zajmują się nie specyaliści-lekarze nieprzyzwyczajeni do odpowiedniej czystości. Wielu niewłaściwościom zapobiegłoby ustanowienie posad miejskich akuszerów.

Kol. Ziembicki G: Do pewnego automatyzmu można dojść, ale wielu zatraca go na prowincyi. W zakładzie anatomii opisowej słuchacze powinni nauczyć się myć. W pracach anatomiczno-patolo-

gicznych mogliby używać rękawiczek gutaperkowych. Z jednej strony ważnem to jest w kierunku wyszkolenia się, z drugiej zaś, by słuchacze nie byli rozsadnikami chorób.

Kol. Kuczera zwraca uwagę na niemożliwość nastrzykiwania zwłok w instytucie anatomo-patologicznym ze względu na następne badania. *Dr Świątkiewicz*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 23.

I. Kol. przewodniczący odczytuje pismo Zboru izraelickiego, zapraszające członków Towarzystwa lek. lwowskiego do wzięcia udziału w poświęceniu szpitala im. Lazarusa dla chorych wyznania mojżeszowego.

II. Kol. Sołowij przedstawia chorą, u której w przeciągu lat 10 wykonano trzykrotną laparotomię. Pierwsze dwie operacye były wykonane z powodu torbieli jajnikowych, ostatnia w celu usunięcia torbieli pozaotrzewnowej. Prelegent zwraca uwagę na zmiany powstałe na skórze twarzy w postaci rumienia, dającego się wprowadzić w związek z poprzedniemi cierpieniami.

III. Kol. Ziembicki G.: Demonstracya przyrządu Cathelina, rozdzielającego w pęcherzu mocz obydwóch nerek. Próbne badania, przeprowadzone w chirurgicznym oddziale szpitalnym, dały wyniki zadawalające.

IV. Kol. Kučera demonstruje preparaty anatomo-patologiczne:

1) Przepuklina przeponowa u chłopca 16-letniego. Śmierć nastąpiła wskutek przedarcia się worka przepuklinowego i dostania się znaczniejszej części pętli jelitowych i żołądka do jamy klatki piersiowej, wywołując uduszenie.

2) Przypadek ostrego zapalenia trzustki. (*pancreatitis haemorrhagica acuta*). Przedstawiając preparaty mikroskopowe omawia prelegent formy schorzenia. Zwraca uwagę na powstawanie obumarcia tłuszczowego, którego zauważenie może dać cenne wskazówki chirurgom. Przyczyny powstawania schorzenia a) nieżyt żołądkowo-dwunastnicowy; b) kamica żółciowa; 3) nowotwory przerzutowe. Przebieg przewlekły lub ostry. Drobnoustrojów swoistych nie wykazano. Objawy cierpienia; ból w okolicy żołądka, wymioty, zaparcie stolca, guz macalny, cukier w moczu jako niestały składnik. Bóle nie ustępują nawet po wstrzyknięciu morfiny. Leczenie w pierwszej chwili wyczekujące, gdzie zaś jest podejrzenie na torbiele — operacyjne.

Kol. Ziembicki przytacza przypadek wspólnie z R. D. Rydygierem rozpoznanego ostrego zapalenia trzustki.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 listopada 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 40.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie Komitet przedwyborczy o następującym składzie: kol. Prof. Jakubowski jako przewodniczący; jako członkowie: kol. kol. Aronsohn Julian, Braun, Ehrenpreis, Filipkiewicz, Frączkiewicz, Grażyński, Jaugustyn, Junger, Kostanecki, Kwiatkowski Benedykt, Majewski, Mączka, Murdzieński, Pieniążek, Reiss, Seńkowski, Spira, Surzycki, Urbanik, Wachholz, Żeleński.

III. Wybrano jednogłośnie na członków Towarzystwa kol. Habichta Kazimierza i kol. Nowotnego Franciszka.

IV. Kol. Prof. Klecki wypowiedział zapowiedziany odczyt: »O podstawach fizyologicznych antialkoholizmu«. (Rzecz przeznaczona do druku)

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odroczono do posiedzenia następnego. *Dobrowolski*, sekretarz doroczny.

VIII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

Kiedy w ostatnich latach poczęto nieco więcej zastanawiać się nad poprawą stosunków sanitarnych w naszych szkołach i poruszono sprawę lekarzy szkolnych, zwracali niektórzy uczeni uwagę ogółu na fakt, że instytucya lekarzy szkolnych nie jest czemś nowem w rozwoju urządzeń sanitarnych naszego szkolnictwa, a temsamem ponowne wprowadzenie jej jest jedynie chwalebnem naśladowaniem tego, co już raz u nas istniało. W szczególności, jako na doskonały typ organizacyi sanitarno-szkolnej, wskazywano na Czackiego, na jego zarządzenia i instrukcyę dla lekarzy w szkole krzemienieckiej.

Badając akta archiwalne w innym celu, natrafiłem na wskazówki, które kazały mi przypuszczać, że i Czacki już miał w tym kierunku poprzedników, którzy ideę jego wyprzedzili nawet o kilka wieków, co jednakowoż bynajmniej nie umniejsza zasług założyciela gimnazyum wołyńskiego. To, co tak słusznie podnosimy w pedagogiczno-sanitarnych zarządzeniach Czackiego, znajdujemy w zasadzie przeprowadzone w Uniwersytecie Jagiellońskim jeszcze w roku 1569, a stan ten aż do objęcia rektoratu przez Kołłątaja stale się utrzymywał. Mamy tu na myśli fundacyę Piotra z Poznania, która nie miała przecież innego celu, jak ustanowienie lekarza dla niezamożnych uczniów i zapewnienie kształcącej się młodzieży pomocy lekarskiej. Gdybyśmy się ograniczyli do tego jedynego faktu, popadlibyśmy w błąd i nie odpowiedzielibyśmy w zupełności wymaganiom prawdy historycznej. Młodzieży kształcącej się i w innych miastach polskich zapewnioną była nietylko pomoc lekarska pod formą porady, lecz umożliwiono jej leczenie się przez bezpłatne udzielanie leków i wystawienie dla niej oddzielnego szpitala („szpital żaków“). Szpital taki założono n. p. już w r. 1430 w Poznaniu, a „rada“, jako najwyższy organ samorządu miejskiego, udzieliła w uznaniu ważności takiej instytucyi zezwolenia na jego otwarcie i wzięła pod swoją opiekę zapisy dla niego poczynione. (*Item Niclos Rymar vendidit et resignavit braseatorium suum..... Quequidem domine prefate ob salutem animarum progenitorum suorum prefatum braseatorium pye propter deum pro hospitali ibidem erigendo pro pauperibus et infirmis presbiteris scolaribus peregrinis et aliis infirmis quibus oportet, legaverunt, tali condicione, quod, quando aliquis infirmorum volente deo de hac luce migraret, extunc omnes res ipsius, lectisternia et pecunie, que post se in hospitali relinquerit (!) omnia premissa super pauperes et hospitale prefatum devolvi debent pleno iure......* [1]). Podobny szpital na 12 łóżek istniał nieco później także i w Krakowie. W roku bowiem 1464 przyrzeka biskup krakowski Jan łaski niebieskie tym, którzy się darami przyczynią do zapewnienia bytu szpitala żaków, znajdującego się przy ulicy Szpitalnej, a będącego w stanie opłakanym. „... *domus hospitalis pro pauperibus infirmis delibusque et miserabilibus personis scolaribus erecta et edificata in platea Spytalna wlgariter nuncupata, in Civitate Cracoviensi sita, ita misera tamque pauper et defectuosa existat, sic, quod...* “[2]). Rajcy zaś krakowscy, przyjmując zapis kasztelana sandomierskiego Hinczy z Rogowa w kwocie 3000 flor. dla szpitala św. Ducha i żaków, wspominają o tym ostatnim, jako o jeszcze niedawno wybudowanym. („*Nos Consules Civit. Cracov. recognovimus, quod nos magnif. domino Hyincza de Rogow castellano Sandomir. vendidimus 120 flor. aur. census anni pro 3000 flor. titulo reemptionis in et super pensa minori et domino pellificum nostrae Civitatis* — „*inscribentes juxta voluntatem ipsius domini Hyincza et vivae vocis suae oraculo commissionem annum censum 120 flor. ipsis pauperibus hospitalis S. Spiritus in Cracouia et infirmis Scholaribus in hospitali noviter edificato in platea Hospitalis* sito *decumbentibus juxta novum dearticulatum infra descriptum“...... tali conditione, quod......*“ [3]). Szpital ten cieszył się szczególniejszą opieką ojców miasta, którzy wyznaczali co roku ze

[1]) A. Warschauer: Stadtbuch von Posen 1892, T. I.

[2]) Piekosiński: Kodeks dyplomatyczny miasta Krakowa (1257—1506). Kraków, 1882.

[3]) Piekosiński: Kodeks dyplomatyczny miasta Krakowa.

szkatuły miejskiej pewną sumę jako wsparcie dla niego[4]) i wybierali prowizora szpitalnego.

Wspominając tylko mimochodem o tych kilku faktach, nie wyczerpaliśmy jeszcze całkowitego materyału, gdyż obok chorej młodzieży szkolnej pomyślano i o zdrowej, dając jej możność pamiętania o czystości ciała przez zapewnienie jej bezpłatnej kąpieli w łaźni. Mamy tu na myśli fundacyę księdza Jana Karwickiego, dziekana katedralnego we Lwowie. Fundacya ta weszła w życie w roku 1507 i nakładała na Radę miejską lwowską obowiązek wypłacania co roku łaziennikowi miejskiemu sumy 5 grzywien pod warunkiem, by pozwolił się co tydzień w poniedziałek bezpłatnie kąpać nauczycielowi szkoły miejskiej, wszystkim uczniom tejże szkoły i sześciu kapłanom[5]). Wprawdzie i przed wejściem w życie tej fundacyi umożliwiono już uczniom korzystanie z łaźni, lecz pozwolenie to ograniczono jedynie do liczby trzydziestu; uczniowie musieli się zawsze wykazać specyalnem zezwoleniem rektora, które jednak otrzymywać mogli zaledwie co trzeci tydzień. W łaźni obowiązani byli studenci śpiewać wedle zwyczaju psalm „*De profundis clamavi*“ i pieśń „*Ave maris stella*“. Musiało więc użycie łaźni być bardzo już naówczas rozpowszechnione, a potrzebę jej, jak się zdaje, uznawano ogólnie.

W dalszej konsekwencyi należałoby tu może wspomnieć i o mieszkaniach dla studentów, lecz to zaprowadziłoby nas znacznie dalej, aniżeli zamierzaliśmy i przekroczyłoby zakres skromnej notatki historycznej, która ma na celu zapoznanie czytelnika z jednym tylko faktem, zdaniem naszem tem donioślejszym, że o nim zdaje się, zupełnie zapomniano.

Już w roku 1505 złożył Maciej z Miechowa, filozofii i medycyny doktór, naówczas kanonik krakowski, fundusz 600 czerwonych złotych, z którego dochodów miała się utrzymywać jedna katedra medycyny, a każdorazowemu profesorowi tejże katedry nałożył on obowiązek bezpłatnego udzielania pomocy lekarskiej jednemu ubogiemu i to raz na tydzień. Skromna ta fundacya nie miała większego znaczenia z powodu bardzo nieznacznego zakresu, jaki jej fundator przyznał pod względem higienicznym. Natomiast świadczy ona o zrozumieniu prawdziwych potrzeb ubogich i stanowi pierwowzór dla tej fundacyi, która nas dziś właśnie zajmuje. (Ciąg dalszy nastąpi).

[4]) J. W. Smoniewski: Zbiór wiadomości o magistratach polskich wogóle, a w szczególe o magistracie miasta Krakowa w dawnych czasach. Kraków, 1868.

[5]) D. Zubrzycki: Kronika miasta Lwowa, Lwów, 1844

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 grudnia.

* Wydział krajowy mianował prymaryuszem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie Dr. Józefa Bogdanika, prymaryusza w Białej.

* Zaszczytnie znany chemik, doc. Dr. Leon Marchlewski otrzymał tytuł profesora.

* Nagroda Nobla w kwocie 140·000 fr. przyznaną została pani ze Skłodowskich Curie i jej mężowi za wynalezienie nieznanego do tej pory pierwiastka „radium“.

* „Biblioteka lekarska“, wychodząca w Warszawie pod redakcyą Dr. Józefa Zawadzkiego, zapowiada na rok 1904, oprócz dokończenia rozpoczętych dzieł: Dieulafoy'a, Landerera i Rungego, następujące podręczniki: Moraczewskiego: Podręcznik do badań kliniczno-chemicznych; Brunnera: Technika bakteryologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych; Comby'ego: Podręcznik chorób dzieci; Jessnera: Krótki podręcznik chorób skórnych; Pozzi'ego: Choroby kobiece; Sonnenburga i Mühsama: Technika operacyi i opatrunków. Cena roczna „Biblioteki lekarskiej“ wynosi 8 rubli.

* Redakcya „Przeglądu filozoficznego“ ogłasza konkurs na 2 rozprawy: 1) O przyczynowości i 2) O metodzie w etyce. Rozprawy muszą być napisane oryginalnie i samodzielnie, z uwzględnieniem dotyczącej literatury i wymagań metody naukowej. Szczególny nacisk należy kłaść na ścisłość w rozumowaniu i na jasność w przedstawieniu rzeczy. Objętość rozpraw nie powinna przenosić czterech arkuszy druku formatu „Przeglądu filozoficznego“. Rękopisy, pisane maszyną, zaopatrzone godłem, wraz z nazwiskiem autora w zamkniętej kopercie, należy nadsłać najdalej do dnia 15 lutego 1905 r. pod adresem: Warszawa, ul. Mokotowska Nr. 47. Redakcya »Przeglądu filozoficznego«.

W konkursie brać udział mogą tylko autorowie polscy.

Dwa najlepsze opracowania tematów konkursowych otrzymają nagrodę po 600 rubli i będą wydrukowane w „Przeglądzie filozoficznym“. Inne zaś prace, nienagrodzone, ale przeznaczone do druku w »Przeglądzie filozoficznym«, otrzymają honoraryum autorskie w kwocie rb. 20 od arkusza.

Skład sądu konkursowego będzie ogłoszony w następnym zeszycie „Przeglądu filozoficznego“.

* Nakładem niemieckiego Towarzystwa wydawniczego w Stuttgarcie, Berlinie i Lipsku pojawi się w ciągu roku 1904 dzieło, będące wielce na czasie, a przeznaczone dla szerokich kół społeczeństwa, p. t. „Zdrowie, jego utrzymanie, zaburzenia i uzdrowienie“. (*Die Gesundheit ihre Erhaltung, Störungen und Wiederherstellung. Ein Hausbuch*).

Dzieło to, którego celem jest wyparcie z obiegu szkodliwych a bardzo rozpowszechnionych podobnych publikacyi, ogłaszanych przez partaczy, wyjdzie pod redakcyą prof. Dra Kossmanna (Berlin) i Doc. Dra J. Weissa (Wiedeń), jako dzieło zbiorowe.

Dostateczną miarą wartości tego dzieła jest przyjęcie udziału w jego opracowaniu przez Prof.: Leydena, Senatora, Lessera, Fritscha, Briegera, Gusserowa z Berlina; Exc. Prof. Czernego, Jurasza, Vulpiusa z Heidelbergu; prof. Mosetiga i Fingera, z Wiednia; prof. Ellischera z Pesztu; prof. Kleinwachtera z Czerniowiec; Prof. Loosa z Insbruku; prof. Brandta z Koloszwaru; prof. Eichhorsta z Zurychu, prof. Hilberta z Królewca; prof. Sommera z Giessen; prof. Kohna z Wrocławia; prof. Lubarscha z Poznania i prof. Wachholza z Krakowa. Prof. Wachholz zaproszony tymi dniami przez komitet redakcyjny do współpracownictwa, opracowuje dział trucizn i otruć.

* Towarzystwo im. Röntgena postanowiło zwołać w r. 1905 w czasie Wielkiejnocy Kongres, poświęcony Röntgenografii, dla uświetnienia 10-tej rocznicy odkrycia promieni Röntgena.

Otrzymujemy następujące pismo:

Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy, wykonywując uchwałę nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia, udał się dnia 1 grudnia *in corpore* do mieszkania swego prezesa, prof. Jordana, aby mu wręczyć ozdobny dyplom pierwszego członka honorowego. Wiceprezes Towarzystwa, Doc. Dr. Braun, podniósł w dłuższem, pełnem swady i polotu przemówieniu, wielkie zasługi prof. Jordana na stanowisku prezesa, który godność tę piastuje od chwili założenia Towarzystwa — i zaznaczył, że Wydział, patrząc przez lat trzy na serdeczną opiekę i niestrudzoną, prawdziwie młodzieńczym zapałem ożywioną pracę swego prezesa około rozwoju Towarzystwa, czuje się nad wyraz szczęśliwym, że może obecnie wykonać uchwałę Walnego Zgromadzenia, będącą najwyższem odznaczeniem, jakiem Towarzystwo rozporządza.

Prof. Jordan, podziękowawszy w ciepłych słowach za ten zaszczyt, podniósł z naciskiem, iż od początku, gdy Towarzystwo się zawiązywało i natrafiało z wielu stron na niechęć, on jeden dopatrzył się w niem myśli dobrej i pożytecznej, ciesząc się, że znalazło się przecież grono ludzi, które ją podjęło, toteż bez wahania przyjął godność prezesa. Odznaczenie, jakie go teraz spotyka, jest mu tem milszem, że w Wydziale zasiadają koledzy o bardzo różnych przekonaniach politycznych, a mimo tego przez szereg lat zgodnie pracują dla dobra całego stanu lekarskiego, dając tem rzadki, a piękny przykład, jak skutecznie można działać wspólnemi siłami tam, gdzie zapatrywania polityczne w grę nie wchodzą i wchodzić nie powinny. *Dr. L.*

Mianowania i odznaczenia. Dr. Siebenmann został mianowany zwycz. profesorem laryngologii w Bazylei. Dr. Schulz (fizyolog) otrzymał tytuł profesorski. Dr. Reichenbach mian. profesorem nadzwycz. chemii lekar. i higieny w Getyndze. Dr. Martin mian. profesorem kliniki lekar. w Londynie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 48. Klejn: O oddziaływaniu leukocytów na nalewkę gwajakową. Higier: W sprawie pulpitów do pisania.

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic. Korzon: Doświadczenia nad dezinfekcyą glikoformalem (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala dzieciątka Jezus (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 22. Ciechanowski: Ś p. Włodzimierz Brodowski. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi (c. d.). Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca gubernii Radomskiej (c. d.).

— *Zdrowie* Z. 12. Gałecki: Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy. Kossobudzki: Nasze szpitale a gruźlica chirurgiczna. Stolcman: Alkohol a gruźlica.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedowově (c. d.). Knop: Tři případy hnisotoku spojivkového u dospělých. Bašta: Podkožni emfysem při miliarni tuberkulose plic. Neumann: Podobáni včelami.

— *La Presse médicale* Nr. 94. Sergent: Postacie rzekomo oponowe zbioru objawów ostrej niewydolności nadnercza. Chavasse i Mahu: Nakłucie lędźwiowe w powikłaniach śródczaszkowych zapalenia ucha środkowego.

— 95. Labbé i Lortat Jacob: Działanie jodu. Jod i utkanie limfatyczne. Langlois: Choroby wywoływane tęgoryjcem we Francyi.

— *Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 48. Ewald: Guzy kiszek w okolicy biodrowej lewej. Edlefsen. W sprawie ostrego zapalenia jelita esowatego. Strauss: Metodyka rektoskopii. Hartwig: Pierwotne ostre zapalenie miedniczek nerkowych u oseska. Krause: Doświadczenia w zakresie chirurgii żołądka. Marmorek: Surowica przeciwgruźlicza a wakcyna.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 48. Voelcker: Rozpoznawanie czynności nerek bez użycia cewnika moczowodowego. Raehlmann: Ultramikroskopowe badanie rozczynów istot białkowatych i wodników węgla, oraz nowa metoda optyczna oznaczania białka w białkomoczu. Heineke: Wpływ X-promieni na zwierzęta. Trommsdorff: Zakaźność dla ludzi Löflerowskich prątków duru mysiego. Wengler: Oznaczenie ciężaru gatunkowego ciała ludzi żywych. Wagner: Pierwotna gruźlica pochodzenia kiszkowego. Hammer: Przyczynek do chirurgicznego leczenia opadnięcia żołądka (dok.). Wolffhügel: Doświadczenia wojskowo-higieniczne w Chinach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Anton: Przypadek obustronnego niedorozwoju móżdżka z wyrównywującem powiększeniem innych części układu. Mathes: Przyczynek do nauki o cechach płci. Haberer: Kazuistyka stanów następowych po forsownem odprowadzeniu uwięźniętej przepukliny. Fink: Powikłane ostre zamknięcie przewodu żółciowego. Pichler: Następowe zapalenie gruczołu przyusznego w przebiegu zapalenia płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 49. Funke: Rozpoznanie gruczolako-mięśniaka kątów trąbek, oraz uwagi nad gruczolakomięśniakami wielkich rozmiarów. Uhthoff: Pylica żelazna siatkówki i gałki ocznej (dok.). Sack: Przypadek pierwotnej i odosobnionej pierzchnicy czerwonej płaskiej jamy ustnej bez udziału powłok skórnych. Levy-Dorn: Środki ochronne przeciw promieniom Röntgena i ich dozowanie. Busck: Uwagi nad fotometryczną metodą do oceniania lamp używanych w fototerapii. Wolff: O metodzie Behrendta dla oznaczania cukru. Goldmann: Krytyczne uwagi o wolumetrycznem oznaczaniu cukru w moczu podług Behrendta. Pröscher: Dalsze badania nad Ehrlichowskim dimetylamidobenzalaldehydowym odczynem.

Redakcya otrzymała. Glück: 1) Zur Kenntniss der Paralegrose. 2) Zur Kenntniss der Verbreitungsweise der Lepra. 3) Ueber die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Herzegowina. 4) Mittheilungen aus der Abtheilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosn.-Herzeg. Landesspitales in Sarajevo (1897—1900). Glück i Wodyński: Die Lepra der Ovarien. Machek: O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 48 (od 29/XI do 5/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dz. 26; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 19; zamiejscowych: męż. 15, kob. 16.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy	W tym czasie doniesiono o chorobach zakaźnych: Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	4	—		
2	Gruźlica	5	5		
3	Zapalenie płuc	9	2		
4	Dławiec i błonica	—	—	1¹)	3
5	Krztusiec	—	—	3	—
6	Ospa	—	—	—	—
7	Płonica	—	4	6²)	2
8	Odra	—	1	48	1
9	Dur osutkowy	—	—	—	—
10	Dur brzuszny	—	—	—	—
11	Czerwonka	—	—	1³)	—
12	Cholera azyatycka	—	—	—	—
13	Cholera dzieci	—	—	—	—
14	Cholera swojska	—	—	—	—
15	Gorączka połogowa	1	1	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	3	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—		
19	Krwotok mózgowy	2	—		
20	Choroby narządu krążenia	5	7		
21	Nowotwory	1	—		
22	Inne przyczyny śmierci natur.	6	7		
23	Śmierć przypadkowa	1	—		
24	Śmierć gwałtowna	1	1		
	Razem	35	31		

¹) Zielona . 6
²) Kolejowa 7
Tomasza . 21
» . 31
Podwale . 13
Krakowska 25
Dietla . 35
³) Podgórska 8

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 16 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym wybory zarządu na r. 1904.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLII. Kraków 19 Grudnia 1903. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do chorób dróg moczowych

(z demonstracyą preparatów).

Podał

L. Rydygier.

Według odczytu na XII. Zjeździe chirurgów polskich.

Chirurgia dróg moczowych zaczyna w ostatnim czasie coraz to bardziej zajmować koła specyalistów. Przoduje w tej pracy szkoła Guyonowska, w której tak zaszczytne miejsce zajmuje miejsce rodak nasz Motz. U nas rzadziej spotykamy się z pracami z tej dziedziny, chociaż i na tych Zjazdach nieraz dotykano tego przedmiotu.

Nie mam zamiaru zapuszczać się dzisiaj głębiej w jeden lub drugi rozdział obszernego tego działu, a raczej chciałbym dotknąć rozmaitych cierpień dróg moczowych, jak mi się w klinice w ostatnich latach przedstawiły, przedłożyć zdobyte okazy i wypowiedzieć kilka myśli, niekoniecznie zgadzających się z dotychczasowem zapatrywaniem lub popierających istniejące wprawdzie zapatrywania, ale jeszcze nie ogólnie przyjęte. Później, kiedy się mój materyał powiększy, opracuję może ten przedmiot dokładniej.

a) Nasamprzód opiszę Panom w krótkich słowach nadzwyczaj zajmujący przypadek, z którego pochodzą oto te tu kamienie moczowe, jakie zaraz okażę:

Chory cierpiał na kamicę nerkową od lat kilku. W r. 1898 wykonałem u niego *sectio mediana* celem wydobycia kamienia, który przeszedł z nerki przez pęcherz i zatykał cewkę moczową. Po dwóch latach pojawiły się znaczniejsze bóle i przy badaniu znaleźliśmy kamień w pęcherzu, który za pomocą litolapaksyi usunęliśmy. Odtąd powtarzały się napady kolki dość często, mimo leczenia odpowiedniego. Dla tego wstąpił chory w r. 1901 po raz trzeci do kliniki. Rozpoznając kamicę nerki lewej przystąpiłem do nefrotomii; po odsłonięciu nerki I-za pomocą skośnego cięcia Kosińskiego namacałem kamień w dolnym jej odcinku i ponad nim naciąłem nerkę, ograniczając zwykłe cięcie sekcyjne do dolnego jej bieguna. Wydobyłem ten oto kamień okrągławy o powierzchni chropowatej, nierównej. Ponieważ widzieliśmy miedniczkę i moczowód rozszerzone, przypuszczać musieliśmy, że poniżej musi być przeszkoda, najprawdopodobniej w postaci kamienia. Wprowadziwszy zgłębnik przez nacięcie w nerce do moczowodu, przekonałem się, że rzeczywiście w dolnym jego odcinku prawie tuż przy wpuście do pęcherza znajdowała się przeszkoda nie przepuszczająca zgłębnika. Przedłużyłem więc skośne cięcie w ścianach brzusznych ku dołowi, aż blizko wewnętrznej trzeciej części więzu Pouparta i pozaotrzewnowo odsłoniłem moczowód wzdłuż całego jego przebiegu, aż do pęcherza. Tam właśnie, tuż ponad ujściem jego do pęcherza, wymacać mogłem kamienie; były dwa tak ułożone, że razem tworzyły wrzeciono, w środku przepołowione z ostrymi końcami, z których dolny wchodził aż do ścian pęcherza. Wskutek tego wyjęcie ich przez podłużne nacięcie moczowodu było trudne, a jeszcze trudniejsze zaszycie otworu tak głęboko położonego i 6—8 ctm. długiego. Do zaszycia otworu w moczowodzie użyłem dwupiętrowego szwu katgutowego; cięcie w nerce również zaszyłem szwem katgutowym. Dokładne przepłokanie rany 0,6% roztworem soli; seton z gazy jodoformowej jeden w okolicę nerki, a drugi sięgający do szwu moczowodowego. Resztę rany zaszyłem głębokimi szwami jedwabnymi, a skórę katgutem — i źle zrobiłem, bo mimo dokładnego spłókania rana, zanieczyszczona posoką z naciętej miedniczki, nie była owymi setonami dostatecznie osączkowana, wydzielina się zatrzymywała, chory gorączkował i trzeba było napowrót całą ranę otworzyć, poczemu powoli się oczyściła. W końcu chory zupełnie wyzdrowiał.

Przypadek ten potwierdził nasze przekonanie, nabyte już na innych, że skośne cięcie Kosińskiego nadzwyczaj jest dogodne przy wszystkich operacyach na nerce, a przedewszystkiem ma tę wielką zaletę, że można je dowolnie przedłużać ku dołowi i jak w tym przypadku nawet cały moczowód przaotrzewnowo odsłonić. Z drugiej zaś strony przekonaliśmy się, że szycie moczowodu w jego końcu dolnym blizko pęcherza u mężczyzn jest bardzo trudną operacyą, mimo że niektórzy ginekolodzy twierdzą, że zabieg ten u kobiet jest łatwy, n. p. po przecięciu moczowodu przy wyłuszczaniu guzów macicy, — może dla tego, że wtenczas wszczepia się odcięty koniec w górną część pęcherza.

b) Może jeszcze bardziej zajmującym i ważniejszym ze względu na postępowanie lecznicze jest przypadek następujący:

U chorego, 38 lat liczącego, wytworzył się w następstwie rzeżączki ropień okołocewkowy, po którym pozostała przetoka na międzykroczu. W Wiedniu wykonano operacyę plastyczną w ten sposób, że wycięto płatek skóry z najbliższego sąsiedztwa i wszczepiono go w ubytek, odwracając powierzchnią naskórkową do światła cewki moczowej. W czasie tym wytworzyła się druga przetoka na prąciu przed mosznami. Powoli wygoiła się przetoka na międzykroczu po kilku dodatkowych operacyach, ale w miejscu przeszczepionego płatka wytworzył się z czasem zaułek, w którym mocz stale zalegał, do ilości łyżki stołowej, a dał się wycisnąć tylko mechanicznie kroplami przez przednią przetokę. Już dawniej istniejący nieżyt pęcherza wzmagał się, mimo wszelkiego leczenia coraz bardziej, a ciągłe i gwałtowne parcie na mocz sprawiało choremu szalone bóle, których nie zdołały poskromić nawet niezwykłe dawki morfiny; chory doszedł do 1 grm. na dzień w postaci podskórnych wstrzykiwań. Od czasu do czasu wydzielały się z moczem kłębuszki włosów. Chory, wynędzniały do najwyższego stopnia, leży skurczony we dwoje, kolana przytykają prawie do brody, mocz spływa ciągle do naczynia o ile nie spływa obok, zanieczyszczając posłanie. Tworzą się odleżyny, a wskutek długotrwającego przykurczenia powstaje kontraktura w stawie kolanowym i biodrowym tak, że o wyprostowaniu niema mowy i chory już od dwóch lat chodzić nie może. Jednem słowem przedstawia nam się taki obraz nędzy i rozpaczy, że przy pierwszem widzeniu odmówiłem przyjęcia chorego w swoją opiekę, a odesłałem go do pierwszego jego operatora w Wiedniu; dopiero po naleganiu zgodziłem się na przyjęcie jego do kliniki. W styczniu rb. wykonałem *sectio alta* i wydobyłem kamień wielkości orzecha włoskiego, którego jądro stanowił kłąb włosów. Ponieważ w zaułku cewki wymacać mogłem drugi kamień, wydobyłem go przez nacięcie przeszczepionego płata, żeby zarazem w ten sposób i zaułek i sam pęcherz dokładniej osączkować. Kamyk z zaułka był płaski, okrągławy, gęsto drobnymi włosami przetkany. Skorzystałem również z uśpienia, żeby równocześnie rozruszać przykurczone stawy.

Powoli rany pogoiły się *per secundam*, a przez ruchy, mięsienie i elektryzowanie doprowadziliśmy do tego, że nareszcie chory na nowo nauczył się chodzić. Nieżyt pęcherza utrzymuje się jednak mimo przestrzykiwania i utropiny.

Przypadek ten pokazuje dowodnie, że nigdy nie powinniśmy używać płatów odwróconych powierzchnią naskórkową do światła cewki lub pęcherza przy plastycznych operacyach na tych narządach. Na płatach takich wyrastają choćby drobniuteńkie włosy i stają się przyczyną wiecznie trwającego nieżytu i kamieni. A co najlepsze, to że przypadek ten jest opisany w niemieckich czasopismach, jako zupełnie wyleczony i zachęcający do podobnych operacyi plastycznych. Ponieważ jeszcze w ostatnich nawet czasach czytałem znowu zalecanie podobnego sposobu operowania, uważam za swój obowiązek jak najenergiczniej przestrzedz przed takiem postępowaniem. Rozumie się, że przypadku tego nie będę uważał za ukończony, dopóki nie wytnę płata przeszczepionego, przez co usunie się i zaułek i zapobiegnie się nowemu wytwarzaniu kamieni naokoło dalej wyrastających włosów.

c) Ostatni przypadek, z którego preparat mam okazać, zasługuje na uwagę ze względów dyagnostycznych oraz ze względu na wielkość guza, który mimo to dał się sposobem Kosińskiego przy miejscowem znieczuleniu sposobem Schleicha z łatwością wyłuszczyć. Chodziło o „hypernephroma malignum" (guz Grawitza) lewej nerki. Równocześnie znaleźliśmy dość znacznie powiększone gruczoły pachwinowe po tejże stronie. Uważając je jako przerzuty, mieliśmy już odmówić operacyi, kiedy dla pewności postanowiliśmy jeszcze wyłuszczyć jeden z gruczołów i oddać go do mikroskopowego zbadania, które wykazało gruźlicę prosówkową, a nie nowotwór w gruczole. Na tej podstawie przystąpiliśmy do wyłuszczenia pierwotnego guza nerki. Chory wyzdrowiał bez żadnych powikłań. Co do rokowań w przypadkach guza Grawitza nadmieniam, że nie jest one najgorsze; przed 2 laty operowaliśmy bardzo wielki guz Grawitza, wyłuszczając razem z nim prawą nerkę; operowany żyje dotychczas bez przerzutów i ma się zupełnie dobrze.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.

Podał

Docent Dr. Franciszek Kośmiński.

(Dokończenie).

Zatem z tych 9-ciu przypadków wykonano w 6-ciu samo przecięcie klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu, poczem wydobyto płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się. Cały zabieg w tych przypadkach dał się wykonać w stosunkowo krótkim czasie; najkrócej trwał w przypadku drugim, bo 4 minuty, najdłużej zaś w przypadku siódmym, bo 12 minut. W przypadku piątym po wykonaniu przecięcia klatki piersiowej pośladki płodu nie zstąpiły zaraz niżej, tak jak w przypadkach poprzednich, lecz dopiero przez pociąganie za szczypczyki, założone na nie, zostały wydobyte na zewnątrz. Zaznaczyć jednak należy, iż w przypadku tym wymiary miednicy wprawdzie tylko nieznacznie różniły się od prawidłowych, natomiast rozmiary płodu były bardzo znaczne. W dwu ostatnich przypadkach przecięto nietylko klatkę piersiową wzdłuż, lecz także kręgosłup płodu. Najwięcej trudności napotkano w przypadku ósmym, w którym przy miednicy ścieśnionej płód był stosunkowo bardzo znacznych rozmiarów. Przecięcie klatki piersiowej wzdłuż w przypadku tym nie doprowadziło do celu i dlatego świadomie poprowadzono następnie cięcie poprzeczne przez klatkę piersiową, przecięto kręgosłup i dopiero potem wydobyto płód. Zabieg w tym przypadku trwał oczywiście znacznie dłużej, bo 25 minut. W przypadku dziewiątym przecięto również kręgosłup płodu, jednak wcale nie z powodu napotkanych wśród zabiegu trudności, lecz dlatego, iż kręgosłup był niejako w przedłużeniu linii cięcia, biegnącego ukośnie przez klatkę piersiową.

Mówiąc o przecinaniu klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu, miałem zawsze na myśli przecięcie wszystkich żeber i obojczyka. Nie wynika jednak z tego, aby kierunek cięcia miał być zawsze ściśle równoległym do osi podłużnej płodu. Przeciwnie, kierunek cięcia prawie zawsze będzie przebiegał więcej lub mniej skośnie względem osi podłużnej płodu, a zależeć to będzie od sposobu, w jakim pojedyncze części klatki piersiowej będą się nam nastawiać w polu naszego widzenia przy odpowiedniem pociąganiu za założone szczypczyki. W przypadkach, w których cięcie prowadzić będziemy przez klatkę piersiową w znacznym stopniu ukośnie względem osi podłużnej płodu, jak np. w przypadku dziewiątym, często bardzo w przedłużeniu cięcia napotkamy kręgosłup. Zależnie od potrzeby możemy w takich przypadkach przedłużyć następnie cięcie i przeciąć lub nie kręgosłup. Wobec tego sama przez się nasuwa się myśl, aby w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych, w którychby albo wymiary miednicy matki były znacznie mniejsze od prawidłowych, albo też płód był znaczniejszych rozmiarów, starać się wśród zabiegu prowadzić cięcie przez klatkę piersiową od początku o ile możności w kierunku jak najwięcej ukośnym. Po przecięciu bowiem klatki piersiowej możemy w takich przypadkach bardzo łatwo w dalszym ciągu dosięgnąć i przeciąć dodatkowo kręgosłup i cały zabieg znakomicie sobie w ten sposób ułatwić. Jeżeli zaś cięcie, poprowadzone ukośnie przez klatkę piersiową, nie dosięgnie wprost kręgosłupa, to przynajmniej zbliży się do niego tak, że gdy okaże się potrzeba przecięcia go, wtedy, idąc w kierunku poprzecznym od wykonanego ukośnie cięcia, mamy tylko krótką przestrzeń do przebycia, względnie niewielką część do przecięcia.

Polecając bez żadnych zastrzeżeń takie przecinanie żeber z obojczykiem, a względnie i kręgosłupa, muszę wspomnieć, że niektórzy autorowie, pisząc o wykonywaniu embryotomii, wyraźnie przestrzegają wogóle przed przecinaniem żeber. I tak Kehrer[1]) w podręczniku swoim radzi otworzyć klatkę piersiową przez przestwór międzyżebrowy i pisze: „Eine Durchschneidung der Rippen werde, der Splitter wegen, womöglich vermieden". Nie uzasadnia jednak Kehrer dokładniej swego zdania, gdyż w tym względzie doświadczenia nie miał. Poprzednio już bowiem zastrzegł się

[1]) Kehrer: Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. Stuttgart 1891

wyraźnie: „Ich selbst muss bekennen, nie eine derartige Operation an der Lebenden, sondern nur Leichen-Phantomversuche gemacht zu haben“. W najnowszym zaś podręczniku operacyi położniczych W. Nagla[2]), pisze autor w odpowiednim ustępie: „Eine Durchschneidung der Rippen vermeide man thunlichst, um nicht die eigenen Hände an den Knochenenden zu verletzen“. I rzeczywiście przyznać należy, że końce przeciętych żeber mogą przy sposobności usuwania narządów wewnętrznych klatki piersiowej ranić ręce operatora. Gdy jednak, chcąc po przecięciu klatki piersiowej wykonać jej opróżnienie (co nawiasem mówiąc w największej liczbie przypadków jest mojem zdaniem zupełnie zbyteczne), będziemy usuwać narządy wewnętrzne nie bezpośrednio rękami, lecz zapomocą narzędzi, wtedy o całość swoich palców operator obawiać się nie potrzebuje. Dlatego to w przypadkach takich, w których opróżnienie klatki piersiowej okazałoby się potrzebnem, radzę użyć w tym celu dużej łyżki tępej i mocnych, szerokich, tępych szczypczyków. Mianowicie po rozwarciu brzegów przeciętej klatki piersiowej przez odpowiednie rozstawienie szczypczyków założonych za oba brzegi cięcia, należy pod kontrolą wzroku wprowadzić w głąb klatki piersiowej tępe szerokie szczypczyki, ująć jak najszerzej nastawiającą się część narządu, a zamknąwszy szczypczyki, okręcać je około osi podłużnej. W ten sposób możemy niejako wykręcać, oddzielać, a następnie usuwać pojedyncze narządy, podobnie jak to czynimy niekiedy przy wyłuszczaniu n. p. włókniaka, osadzonego na szerokiej podstawie. Również zapomocą dużej łyżki tępej, wprowadzonej po rozwarciu brzegów cięcia w klatce piersiowej, możemy łatwo opróżnić klatkę piersiową, przechodząc łyżką po kolei ściany i oddzielając płuca, serce i t. d. od otoczenia, a potem wydalając te niejako wyskrobane narządy na zewnątrz albo zapomocą łyżki, lub zapomocą tępych szczypczyków. Zupełnie tak samo postępujemy, chcąc opróżnić jamę brzuszną. Dalej nasuwa się mimowoli pytanie, czy przecięte żebra nie mogą podczas wydobywania płodu spowodować obrażenia części miękkich rodzącej? Otóż, jak mnie dotychczasowe doświadczenie pouczyło, obawy w tym względzie nie są uzasadnione, gdyż w żadnym z moich, w ten sposób operowanych przypadków obrażenia takiego nie spostrzegłem. Przyczyną tego jest ta okoliczność, że przecięta klatka piersiowa znajduje się stale pod wpływem ciśnienia od zewnątrz, jakie na nią wywierają ściany macicy i pochwy, a względnie pierścień kostny miednicy matki. W następstwie bowiem działania tego ucisku od zewnątrz, potęgowanego wśród zabiegu przez pociąganie klatki piersiowej ku dołowi zapomocą założonych szczypczyków, przecięte końce żeber nie mogą się od siebie oddalić, lecz raczej muszą względem siebie się przesunąć i będą za siebie zachodzić, przyczem części miękkie, a przedewszystkiem skóra, przesuwają się również i przykrywają zazwyczaj wcale dokładnie końce żeber. Przesunięcie się to wzajemne na siebie przeciętych żeber nie występuje tylko na tej części klatki piersiowej, która jest chwilowo w czasie zabiegu najniżej ustawioną, a więc znajduje się w środku naszego pola działania, względnie widzenia; natomiast występuje na częściach klatki piersiowej już przeciętych, a wyżej przesuniętych, które znajdują się pod większem ciśnieniem. Ponieważ operujemy pod kontrolą wzroku, po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników, które zarazem osłaniają ściany pochwy, przeto zranienia części miękkich matki przez żebro przecięte, a widoczne w polu działania, nastąpić nie może, tem więcej, że żebro, równo nożycami przecięte, nie jest wcale bardzo ostre.

Zastanawiając się nad istotą samego postępowania, które powyżej podałem w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, zdaje mi się, że tak ze względów teoretycznych, jako też i praktycznych, takie postępowanie jest najzupełniej uzasadnione. Wszystkie dotychczas zalecane sposoby postępowania wymagają niezbędnie wprowadzenia ręki operatora do macicy, a następnie wprowadzenia narzędzia, przyczem dolny odcinek macicy musi uledz większemu rozciągnięciu, a dalej istnieje bądźcobądź możność przeniesienia za pośrednictwem ręki lub narzędzia często nieprawidłowej treści, zawartości, czy wydzieliny przedsionka i pochwy do macicy. Sam zabieg zaś, wykonywany zapomocą różnych, nawet ostrych narzędzi, odbywać się ma w głębi, pod nadzorem samego tylko dotyku rąk operatora.

Jeżeli zaś postępować będziemy ściśle według zasad powyżej podanych, to przedewszystkiem operator nie potrzebuje wcale wprowadzać swojej ręki do części rodnych, a tem mniej do dolnego odcinka macicy. Tym sposobem unikamy dalszego rozciągnięcia, zwłaszcza tej części przewodu rodnego, która w takich przypadkach zaniedbanych ulega największym zmianom skutkiem znacznego rozciągnięcia i ścieńczenia. Niewątpliwie zatem przez takie postępowanie zmniejszamy niebezpieczeństwo samego zabiegu, zwłaszcza w przypadkach już grożącego pęknięcia macicy. Ponieważ dalej podczas całego zabiegu operator wcale nie potrzebuje dotykać się bezpośrednio rękami pola operacyjnego, a operuje tylko narzędziami, któremi się posługuje, wprowadza i wykonuje zabieg bezpośrednio pod kontrolą wzroku, przeto wykluczoną jest zupełnie możność przeniesienia czegokolwiek, a więc i wydzieliny z dolnych do wyżej położonych części przewodu rodnego. Operując wreszcie ściśle w polu widzenia, ma operator zadanie nierównie łatwiejsze, zwłaszcza przy użyciu narzędzi ostrych; zabieg sam zyskuje bardzo na przejrzystości i w ten sposób wykonany odpowiada wszelkim wymaganiom nowoczesnej chirurgii. Z tych powodów uważam zabieg, wykonany według powyżej podanych zasad, za mniej niebezpieczny dla rodzącej; pozwala on nam w tych przypadkach bezwarunkowo pomyślniej rokować, aniżeliby to mogło mieć miejsce wtedy, gdybyśmy postępowali według sposobów, dziś ogólnie będących w użyciu.

Opisując sposób przecinania klatki piersiowej, zwracałem uwagę na tę okoliczność, aby zawsze przeciąć najpierw górną, a potem dopiero dolną część klatki piersiowej. W takim razie bowiem po dokonaniu przecięcia w polu naszego działania będzie ustawioną dolna część klatki piersiowej. Jestto okoliczność bardzo ważna z powodu, iż w chwili, w której dolna część klatki piersiowej znajduje się w polu działania i jest niejako najniżej ułożoną częścią płodu, główka i pośladki znajdują się conajmniej w równej wysokości przewodu rodnego. W chwili tej wystarcza działanie nawet nieznacznej stosunkowo siły, aby zwichnąć tę równowagę, w jakiej się niejako znajduje chwilowo oś podłużna płodu. Gdy więc po dokonaniu przecięcia klatki piersiowej będziemy pociągać za szczypczyki, założone na jej części

[2]) Wilhelm Nagel: Operative Geburtshülfe. Berlin. 1902.

dolnej, w stronę, po której leży główka, i nieco ku dołowi, natenczas zazwyczaj bardzo łatwo udaje się nam sprowadzić niżej pośladki płodu i wydobyć następnie płód, naśladując mechanizm dobrowolnego wytoczenia się. Uzyskujemy więc w takich przypadkach to, co powinno być właściwie celem i właściwością każdego zabiegu położniczego, to jest, że zabiegiem wykonanym albo ułatwiamy i dopomagamy tylko siłom przyrodzonym dokonać swego zadania, albo też sztucznie siły te naśladujemy i niejako zastępujemy. O ile zaś zalecane przezemnie przecięcie podłużne klatki piersiowej może ułatwić wydobycie płodu, znajdującego się w położeniu poprzecznem, przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się, można się łatwo przekonać, przeprowadzając odnośne doświadczenia na fantomach. Do doświadczenia użyć należy dwu balsamowanych płodów równych rozmiarów, z których u jednego przetniemy tylko całą klatkę piersiową bez wytrzewienia, a u drugiego wykonamy wypatroszenie, to jest opróżnimy zupełnie klatkę piersiową i jamę brzuszną, pozostawiając kościec klatki piersiowej nienaruszony. Podczas gdy przeprowadzenie dobrze rowiniętego donoszonego płodu, poprzód wypatroszonego, w mechanizmie dobrowolnego wytoczenia się przez miednicę prawidłową, przedstawia pewne zwykle dość znaczne trudności, to płód tychsamych rozmiarów, u którego wykonano poprzednio przecięcie podłużne klatki piersiowej, poddaje się temu mechanizmowi stosunkowo bardzo łatwo. Różnica pod tym względem pomiędzy oboma płodami jest bardzo wybitna, a odmienne to zachowanie się płodów ma swą poważną przyczynę. Po pierwsze objętość i rozmiary klatki piersiowej mogą się po przecięciu podłużnem zmniejszyć daleko więcej pod wpływem ucisku z zewnątrz, aniżeli to ma miejsce po opróżnieniu klatki piersiowej, a po drugie przecięcie wszystkich żeber i obojczyka, osłabiając znacznie całe wiązanie klatki piersiowej, zwiększa w wysokim stopniu zdolność wyginania się kręgosłupa, a temsamem i całego tułowia. Jeżeli będziemy dokładnie śledzić pojedyncze chwile i zapamiętamy wzajemne ułożenie i przesuwanie się względem siebie pojedynczych części płodu, wykonującego mechanizm dobrowolnego wytaczania się, to przekonamy się, że kręgosłup w czasie tym ulega bardzo znacznemu skrzywieniu i to albo ku tylowi *(kyphosis)*, albo też ku przodowi *(lordosis)*, przyczem równocześnie występuje bardzo wybitnie skrzywienie boczne kręgosłupa — *lateroflexio*. Odpowiednia więc ruchomość kręgosłupa, to nieodzowny warunek, aby płód wogóle mechanizm dobrowolnego wytoczenia się wykonać był w stanie; im większą zatem będzie jego zdolność wyginania się, która niewątpliwie zwiększa się i daje się stwierdzić po przecięciu podłużnem klatki piersiowej, tem lepsze istnieją warunki dla mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się.

Po zaznajomieniu się z odnośnem piśmiennictwem przekonałem się, że tylko Pomorski [3]) zwrócił również uwagę na okoliczność, iż przecięcie klatki piersiowej ułatwia wogóle wydobycie płodu w przypadkach położeń poprzecznych zaniedbanych. O ile mnie się jednak zdaje, szczegółu tego nie wyzyskał całkowicie w należyty sposób, gdyż radzi zawsze przecinać przedewszystkiem kręgosłup płodu, a przy wykonywaniu zabiegu, jak się sam wyraża: „chodzi tylko o to, ażeby myśl swoją przeprowadzić, a tą jest przeciąć kręgosłup czy w szyjce, czy w kręgach piersiowych, rozdzielić dalej klatkę piersiową na dwie części, jedną z nich użyć za pas do ściągania pośladków, a drugą połową wyciągnąć główkę“. Pomorski przecinał kręgosłup i klatkę piersiową nożyczkami Coopera na ciemno, kontrolując działanie narzędzia ręką swoją, wprowadzoną wewnątrz.

Polecając dalej wykonywanie zabiegu pod kontrolą wzroku, muszę zaznaczyć, że pod tym względem nie jestem wcale odosobnionym. I tak Kehrer wyraził przypuszczenie, że przy wykonywaniu embryotomii użycie wzierników mogłoby się okazać korzystnem. Skene [4]) zaś wprost zalecił używanie wzierników Simsa przy wykonywaniu niektórych operacyi położniczych. Od szeregu lat, bo od roku 1896, operuję prawie zawsze po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników łyżkowych w tych przypadkach położniczych, w których wogóle wprowadzenie do części rodnych i użycie narzędzi jest wskazanem. Wyjątek stanowią przedewszystkiem operacye, wykonywane zapomocą kleszczy.

Ogólne zasady mojego postępowania, odnoszące się do zabiegów, mających na celu zmniejszenie główki lub tułowia z następowem wydobyciem płodu, podałem w r. 1897. Następnie zaś w roku 1898 opisałem szczegółowo swoje postępowanie w przypadkach, w których wskazanem jest wykonanie zmniejszenia pojemności główki poprzedzającej w celu rozwiązania rodzącej. W następnym roku, t. j. 1899, pojawił się artykuł Civela [5]), w którym autor zaleca w celu zmniejszenia pojemności główki lub tułowia, postępowanie, odpowiadające w ogólnych zarysach zasadom, jakie poprzednio w moich pracach dokładnie przedstawiłem. Zaleca więc Civel operować po odsłonięciu pola operacyjnego, posługuje się taksamo nożyczkami, do chwytania zaś i wydobywania płodu używa również mocnych kilkuzębnych francuskich szczypczyków z zamknięciem. Zalety takiego posługiwania się szczypczykami w celu pociągania i stopniowego nastawiania sobie odpowiednich części płodu w polu działania, ocenił także należycie w swoim artykule Latzko [6]). Wykonywał on wprawdzie embryotomię na ciemno, kierując się tylko dotykiem, pomimo tego jednak takie stopniowe nastawianie sobie zapomocą szczypczyków coraz to dalszych części płodu ułatwiało mu znakomicie cały zabieg. Nazwał zaś Latzko to moje postępowanie stopniowego nastawiania sobie zapomocą szczypczyków w polu działania coraz to dalszych części płodu „Klettermetode“. Wreszcie Queisner [7]) ogłosił przed rokiem krótki artykuł, w którym również poleca używanie szczypczyków w celu ściągania i nastawiania pojedynczych części płodu w polu operacyjnem, przy wykonywaniu pomniejszenia główki lub tułowia płodu.

Streszczając w końcu swoje poglądy w kilku zdaniach, proponuję, aby w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych, w których zmuszeni jesteśmy wykonać zmniejszenie tułowia z następowem wydobyciem płodu:

[3]) Pomorski: Nowiny lekarskie, rok 1901.

[4]) Skene: Verhandlungen der americanischen gynäkologischen Gesellschaft. Referat w Centralblatt für Gynäkologie Nr. 12, rok 1877 i Nr. 26, rok 1888.

[5]) Civel: Arch. prov. de chir. Nr. 4—1899. Referat w Centralblatt für Gynäkologie Nr. 2—1900.

[6]) W. Latzko: Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Band XIV. Heft 6.

[7]) H. Queisner: Centralblatt für Gynäkologie Nr. 41, 1902.

I. Cały zabieg wykonywać pod kontrolą wzroku po odsłonięciu pola operacyjnego zapomocą wzierników.

II. Rozpocząć zawsze zabieg na tej części płodu, która będzie najniżej ułożoną, a zatem i najwięcej dostępną.

III. Jeżeli wyjątkowo szyjka płodu jest dostatecznie widoczną po odsłonięciu w polu operacyjnem, należy wykonać przecięcie kręgosłupa przez kręgi szyjne, oszczędzając części miękkie.

IV. We wszystkich innych przypadkach, w których w polu widzenia będzie ustawiony jużto bark, już też jakakolwiek inna część klatki piersiowej, radzę przedewszystkiem przeciąć całą klatkę piersiową, mniej lub więcej ukośnie względem osi podłużnej płodu.

V. Rozpoczynając od części płodu najniżej ułożonej, należy przecinać najpierw górną, a potem dolną część klatki piersiowej po poprzedniem nastawieniu sobie w polu widzenia odpowiednich części zapomocą szczypczyków.

VI. Po dokonaniu przecięcia klatki piersiowej należy przez pociąganie w odpowiednim kierunku zapomocą szczypczyków starać się wydobyć płód przez naśladowanie mechanizmu dobrowolnego wytoczenia się.

VII. Gdyby po przecięciu klatki piersiowej nie udało się łatwo płód wydobyć, należy nastawić w polu widzenia i przeciąć następnie kręgosłup płodu.

VIII. W przypadkach, w którychby i po przecięciu kręgosłupa wydobycie płodu sprawiało trudności, należy dokonać całkowitego przepołowienia płodu przez przecięcie poprzeczne w dalszym ciągu i drugiej połowy klatki piersiowej, a następnie dopiero wydobyć najpierw jedną, a potem drugą połowę płodu.

IX. Wreszcie wobec znacznego niestosunku porodowego przy położeniu płodu poprzecznem zaniedbanem powinno się w razie potrzeby zastósować kawałkowanie płodu w dosłownem tego słowa znaczeniu.

Sądzę, że w ten sposób udało mi się przedstawić szczegółowo postępowanie, jakie obecnie stosuję w przypadkach położeń płodu poprzecznych zaniedbanych i nie pozostaje mi teraz nic innego, jak tylko polecić raz jeszcze podany sposób w celu dalszego wypróbowania. Czynię zaś to tem śmielej, że uważam postępowanie, które powyżej podałem, za mniej niebezpieczne i łagodniejsze dla rodzącej, a wcale nie trudniejsze do wykonania, w porównaniu z dotychczas ogólnie w tym celu przyjętymi i polecanymi sposobami.

W końcu poczuwam się do obowiązku złożyć na tem miejscu szczere podziękowanie Prof. Drowi Marsowi za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego i czynienia odpowiednich doświadczeń w pracowni [8].

[8]) Piśmiennictwa odnośnego, które jest bardzo obszerne, nie podaję, gdyż zebrane zostało starannie i ogłoszone niedawno przez Latzkę: *Beiträge zur Technik der Embryotomie* (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Band XIV, Heft 6, 1901).

W ciągu artykułu zaznaczyłem tylko kilka prac, które w poprzednio wymienionym spisie nie są umieszczone.

III. Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Wreszcie pozostaje wyjaśnić, dlaczego mięsienie przedwczesne, t. j. przedsięwzięte już w pierwszej fazie trzeciego okresu i wygniatanie łożyska powodują częstokroć zamianę mechanizmu prawidłowego na mechanizm Dunkana. Mięsienie, a szczególnie ugniatanie macicy i obniżanie jej w kierunku wychodu miednicy, przyspieszają obniżanie się łożyska, podczas gdy krwiak nie miał czasu jeszcze dokładnie podminować błon w trzonie i dnie. Dlatego też: sztucznie stwarza się takie warunki dla mechanizmu, jak gdyby górny brzeg łożyska był przyrośnięty i nie mógł się obsuwać, podczas gdy dolny brzeg łożyska wraz z przyległą partyą błon nadzwyczaj energicznie okazuje tendencyę do obniżania się. Oczywiście, że wobec tych warunków łożysko wraz z błonami odklei się zawcześnie od okolicy pierścienia skurczowego, duplikatura wypłaszczy się, a brzeg łożyska ześliźnie się aż do ujścia zewnętrznego macicy. Przy forsownych wygniataniach udaje się wtedy sprowadzić brzeg łożyska aż do szpary sromowej, ale łożysko, jeżeli tylko błony się nie oderwały, po zwolnieniu nacisku cofa się w głąb przewodu rodnego. Pozostawiwszy dalszy bieg naturze (jeżeli popłód wogóle urodzi się siłami natury), widzimy, że stworzyliśmy sztucznie warunki do powstania typowego mechanizmu Dunkana.

Kiedy łożysko zrywa związek z miejscem łożyskowem? Na początku ustępu, omawiającego mechanizm pierwszej fazy 3-go okresu, przyjąłem dowolnie, że łożysko aż do chwili porodu dziecka po barki jest jeszcze w całości przyklejone do miejsca łożyskowego, a zaczyna dopiero odklejać się w ostatnich chwilach 2-go okresu tak, iż dopiero pierwsza faza 3-go okresu kończy odklejenie łożyska i uskutecznia wydalenie go poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka.

Czy mamy niezbite dowody, któreby tego rodzaju pogląd usprawiedliwić mogły? Czy może łożysko aż do ostatnich chwil 2-go okresu pozostaje w ścisłym związku anatomicznym z miejscem łożyskowem tak, że dopiero trzeci okres odkleja go i wydala? Czy może łożysko zaczyna odklejać się już w ostatnich chwilach 2-go okresu, nawet wtedy, gdy jeszcze żadna część płodu nie znajduje się poza matką, a więc w chwilach, gdy np. główka płodu rozwiera szparę sromową i przygotowuje się do przejścia? Rozstrzygnięcie tych kwestyi jest ważne ze względu na dyetetykę porodu w interesie płodu. Jeżeli bowiem łożysko odkleja się dopiero w początkach 3-go okresu, albo też w ostatnich sekundach 2-go okresu i to tylko częściowo, a nie odkleja się jeszcze, gdy ściąganie się macicy nie postąpiło znacznie z powodu opuszczenia kanału rodnego przez pewną część płodu, np. główkę, czy pośladek, to możemy bezkarnie ostatnie chwile 2-go okresu sztucznie przewlekać, celem ochrony

międzykrocza bez obawy, iż dziecko udusi się z braku tlenu, a w razie urodzenia się płodu omdlałego nie będziemy go odrazu odpętlać, gdyby jeszcze była możliwość dostawania się doń utlenionej krwi z łożyska niezupełnie odklejonego. Naodwrót, jeżeli związek łożyska z miejscem łożyskowem zrywa się już prawie całkowicie w ostatnich chwilach drugiego okresu, to musimy się spieszyć z wydobyciem płodu, skoro tylko choćby jego część dostała się na zewnątrz, np. główka, lub pośladki.

Kwestya ta była często dyskutowaną w piśmiennictwie. Każda z wyżej wyliczonych możliwości ma tu swoich obrońców i zwolenników. Ja przedstawię tu tylko wiadome mi doświadczenia, jakie robiono na kobietach w celu rozwiązania zagadki. Fehling i Ahlfeld chcieli dojść do rozwiązania trudności drogą badania chemicznego. I tak: wychodząc z założenia, że w razie związku łożyska z miejscem łożyskowem istnieje osmoza gazów i cieczy między krwią matki, a krwią łożyska, a więc i płodu, dawali wdychiwać rodzącym w końcu 2-go okresu w czasie ostatnich bolów, wydalających płód, albo też w czasie samego wyjścia dziecka, chloroform poczem po upływie kilku chwil, odpętlali dziecko i krew wyciekającą z pępowiny badali na chloroform stale z wynikiem ujemnym. Wobec tych wyników twierdzą oni, że łożysko zrywa związek z miejscem łożyskowem już w czasie ostatnich bolów, wydalających płód tak, że trzeci okres właściwie uzupełnia odklejenie się popłodu, t. j. głównie błon i wydala odklejony popłód. Szereg innych autorów starał się poznać tę sprawę przez bezpośrednie badanie wnętrza macicy tuż po porodzie dziecka, albo nawet w ostatnich chwilach 2-go okresu. I tak: Lemzer zbadał wewnętrznie 168 przypadków, wchodząc do macicy bezpośrednio po porodzie dziecka, ile możności jeszcze obok wydostających się nóżek płodu i znalazł, że tylko w czterech przypadkach łożysko było całkowicie w związku z miejscem łożyskowem, a z tych czterech w dwóch przypadkach odkleiło się ono przed wystąpieniem bolów okresowych 3-go okresu. Zresztą znachodził zawsze łożysko odklejone, które w znacznej części opuściło jamę trzonu tak, że znachodziło się nieopodal ujścia zewnętrznego macicy. Schatz i Schröder badali wewnętrznie 120 przypadków i doszli do identycznyah rezultatów. (Schröder: *Beitrag zur Phys. der Austr. und Nachgeburtsperiode Z. f. G. und G. Bd. XI, str. 421. J. 1885*). Ernst Cohn powtórzył doświadczenia Lemzera-Schatza i Schrödera i oczywiście doszedł do tychsamych wyników. Chcąc atoli wybadać dokładnie szczegóły mechanizmu odklejania się łożyska, przeprowadził on kilka doświadczeń i zmodyfikował sposób badania poprzedników. Autor ten bardzo wolno wyciągał tułów dziecka, ile możności w przerwie między bolami. Zauważył przytem, iż macica w miarę dobywania się coraz to nowych partyi płodu, ściągała się zwolna, ale ustawicznie, jak gdyby za płodem postępowała, mimo, iż muskulatura jej nie była w skurczu. Jeżeli mu się udało wydobyć dziecko przez szparę sromową tak delikatnie, że macica nie popadła w skurcz, to wprowadziwsy bez żadnych trudności całą rękę do wiotkiego trzonu, napotykał zawsze łożysko, wprawdzie sfałdowane i nierówne, ale bez jakiegokolwiek centralnego lub bocznego wypuklenia, a więc przymocowane na całej powierzchni do miejsca łożyskowego. Autor trzymał rękę w trzonie macicy w zetknięciu z powierzchnią łożyska i czekał. Po kilku minutach wystąpił pierwszy ból. W czasie bolu łożysko uległo silnemu sfałdowaniu (Wulstung der Placenta), pozostało atoli w swem dawnem położeniu. W czasie przerwy dopiero, gdy ból ustał, wystąpił silny krwiak pozałożyskowy, który wypuklił środek łożyska, oraz dolny brzeg jego, przyczem błony w okolicy dolnego brzegu łożyska częściowo odkleiły się i silnie napięły. Po pięciu minutach przerwy wystąpił drugi ból okresowy, wśród którego łożysko nagle dolną połową zstąpiło po ręce autora do jamy dolnego odcinka. Po trzech minutach pauzy wystąpił trzeci ból, w czasie którego całe łożysko ześliznęło się po ręce do jamy dolnego odcinka, posuwając się ku dołowi brzegiem dolnym. Błony jednak były jeszcze w związku z wewnętrzną powierzchnią trzonu. Z tą chwilą zachęcał autor kobietę do parcia; wśród parcia oddarły się błony w dole tak, że skrzepy mierne odeszły na zewnątrz, łożysko atoli nie obsunęło się ku dołowi. Wobec tego polecił kobiecie usiąść i przeć, co atoli nie spowodowało odejścia łożyska, a tylko wystąpił krwotok miernego stopnia. Dopiero ucisk na dno macicy ręką (expressio placentae) spowodował wyjście łożyska powierzchnią matczyną, czyli tak, jak w mechanizmie Dunkana. (Ernst Cohn: Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode Z. f. G. und G, J. 1866, Bd. XII, 3. H.). Doświadczenie Cohna, jakoteż badania Lemzera-Schrödea itd. powtórzył w roku 1894 Curatulo (Annal. de Ost. e Gin. Nr. 1), z których to doświadczeń podał referat Gattorno: „Centralblatt für Gyn. J. 1894 p. t.: Ueber die 3-te Geburtsperiode“, i oczywiście doszedł do tychsamych wyników.

Autorowie, wyżej wymienieni, na podstawie swych bezpośrednich badań wnętrza przewodu rodnego w pierwszej fazie 3-go okresu wysnuli całkowitą teoryę mechanizmu trzeciego okresu. Oczywiście błędną, bo opartą na jednostronnej obserwacyi mechanizmu zaburzonego przez doświadczenie. Fakta przez nich podane są niewątpliwie pewne, bo są wszechstronnie sprawdzone, jednakowoż nie mogą sobie rościć pretensyi do stania się obrazem bezpośredniej obserwacyi naturalnego biegu 3-go okresu, a mają tylko wartość *„experymentu in viva“*. Dają one odpowiedź na pytanie, jak przebiegnie mechanizm 3-go okresu, jeżeli bezpośrednio po porodzie dziecka wsuniemy do jamy trzonu ciało płaskie o pewnej pojemności i tam go trwale trzymać będziemy dopóty, dopóki łożysko nie obsunie się do jamy dolnego odcinka. Odpowiedź brzmi: w mechanizmie Dunkana.

Niemniej atoli doświadczenia te dosadnie pouczają nas o kilku prawdach. I tak: łożysko w razie braku bolu w pierwszych chwilach 3-go okresu, mimo całkowitego opróżnienia macicy może pozostać w związku z miejscem łożyskowem i to aż do wystąpienia bolów okresowych. Jeżeli tak, to w warunkach fizyologicznych może ono pozostawać w związku z miejscem łożyskowem prawie aż do końca 2-go okresu, ale też w warunkach fizyologicznych musi się ono odklejać w pierwszej chwili po porodzie dziecka, t. j. w czasie ostatniego bolu, który resztę płodu wyparł i przeszedł w tężec muskulatury macicy, trwający do 10 minut i dłużej, i to w ten sposób, że przedewszystkiem odklei się środek, dolny brzeg łożyska i przyległa partya błon, zaś reszta łożyska pozostanie jeszcze jakiś czas w związku z miejscem łożyskowem

i sfałduje się, albowiem warunki, z jakimi fizyologicznie spotyka się obecnie łożysko, są podobne, jakie były podczas pierwszego bolu w doświadczeniu Cohna. W doświadczeniu Cohna w czasie przerwy po pierwszym bolu wypuklilo się centrum, dolny brzeg łożyska i partya przyległych błon, co świadczy o tem właśnie, że te części popłodu przedewszystkiem się odkleiły tak, że pod nie mogła się krew dostać. W warunkach najczęstszych, a więc w mechanizmie normalnym, wypuklenia tego niema, bo tężec trwa kilka minut, a więc krwiak nie wzrasta nagle, lecz powoli. Natomiast tężec, wywołując ściąganie się miejsca łożyskowego, zmniejszał jego średnicę tak, że z odklejonej partyi popłodu wobec ciśnienia naprzeciwległej ściany trzonu musi się utworzyć zrazu prawie pusta i płaska duplikatura, która, natychmiast wypchnięta do jamy dolnego odcinka, dopiero zwolna wypełnia się krwią. Skoro zaś tężec minie i w jamie trzonu znalazłyby się warunki do wytworzenia się wypuklenia, jest na to wypuklenie za późno, bo łożysko jest już zazwyczaj wydalone w dolnym odcinku.

Że łożysko nie odkleja się w całości w czasie ostatniego bolu, wydalającego płód, ale dopiero w czasie pierwszych minut 3-go okresu, mamy dowód w tem, że na górnej części powierzchni owodniowej łożyska regularnie spotykamy charakterystyczne sfałdowanie, którego brak w otoczeniu dolnego brzegu łożyska, a więc w partyi łożyska przedewszystkiem się odklejającej. Sfałdowanie to dowodzi, iż ta właśnie część przystosowała się do ściągniętego miejsca łożyskowego w pierwszych chwilach 3-go okresu. Tę przystosowaną i sfałdowaną część górną łożyska odklejają dopiero czynniki, wstępujące w grę w czasie pierwszej fazy trzeciego okresu, a więc umiarkowany krwiak, będący pod ciśnieniem tężca muskulatury, usiłującego ściągnąć do najmniejszych wymiarów miejsce łożyskowe, oraz jamę trzonu macicy.

Określając krótko zapatrywanie moje na kwestyę, kiedy łożysko zostaje odklejone, powiem: Łożysko w warunkach fizyologicznych pozostaje w związku anatomicznym z miejscem łożyskowem aż do końca drugiego okresu. Ostatni ból wydalający płód odkleja łożysko w dolnej części, reszta łożyska zaś zostaje odklejoną i wydaloną w czasie pierwszej fazy trzeciego okresu. Ten mechanizm pierwszej fazy 3-go okresu zależy od wzajemnego oddziaływania na siebie czynników następujących: 1) umiejscowienie łożyska; 2) siła tężca muskulatury; 3) fizyologiczna zdolność do ściągania się macicy; 4) prawidłowy przebieg pierwszego i 2 go okresu porodowego, który warunkuje prawidłowy tok odklejania się popłodu (w warunkach fizyologicznych i błon); 5) prawidłowa spójność kitu, t. j. doczesnej następowej i zagiętej. Najczęstszym jest typ prawidłowy, oraz przejściowy od normalnego do Schultzego. Drugie miejsce zajmuje typ Dunkana i przejściowe do normalnego Dunkana; najrzadszym jest czysty typ Schultzego.

Druga faza 3-go okresu porodowego liczy się od chwili opuszczenia jamy trzonu przez łożysko i jego zejścia do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, aż do chwili opuszczenia przez popłód jamy macicy i zejścia łożyska do jamy pochwy.

W jaki sposób popłód przedostaje się przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy w mechanizmie prawidłowym Schultzego i Dunkana, zostało dokładnie opisane w klinicznym przebiegu 3-go okresu. Tu pozostaje tylko omówić i wyjaśnić rolę czynników, biorących udział w tym akcie fizyologicznym.

W mechanizmie prawidłowym i Schultzego, oraz przejściowych, czynnikiem, wydalającym łożysko z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi do jamy pochwy przez ujście zewnętrzne macicy, musi być krwiak, albowiem tenże znajduje się pod ciśnieniem w czasie skurczów okresowych. Czynnik ten atoli niema większego znaczenia w przypadkach mechanizmu Dunkana, oraz przejściowych z mechanizmem normalnym a Dunkana, bo tu wszelkie ewentualne podwyższenie parcia krwi pod wpływem skurczu spowoduje w następstwie wygniecenie krwi tej na zewnątrz, a nie parcie, analogiczne do parcia płynu na tłok. Pośrednia atoli rola krwiaka dla wydalenia się popłodu w mechanizmie Dunkana będzie korzystną, a mianowicie o tyle, o ile tenże krwiak, uwięziony w czasie skurczu w jamie trzonu, wskutek skurczu okolicy pierścienia skurczowego dopomoże do podminowania i odklejenia się błon.

Czynnikiem, który głównie powoduje wydalenie się popłodu do jamy dolnego odcinka i szyi są skurcze muskulatury tej części macicy. Właśnie obserwacya mechanizmu typowego Dunkana, gdzie popłód jest wypuklony powierzchnią matczyną i postępuje ku dołowi brzegiem dolnym, gdzie krwiaka pozałożyskowego poprostu niema, bo się całkowicie wylał, świadczy naocznie o doniosłej roli tego czynnika. Skurcze okresowe, jakim podlega muskulatura trzonu, dna i okolicy p. skurczowego macicy w czasie drugiej fazy 3-go okresu, muszą być bezwarunkowo także i w muskulaturze podłużnej dolnego odcinka, inaczej bowiem nie możnaby sobie wytłómaczyć racyonalnie siły, któraby rodziła łożysko w mechanizmie Dunkana przez ujście zewnętrzne macicy. Przyjmowanie działania takiego czynnika wydalającego, jak ciężar popłodu u kobiety leżącej, nie wytrzymuje krytyki. Działanie skurczów okresowych muskulatury dolnego odcinka wyobrazić sobie należy w ten sposób, iż rytmicznie usiłuje się skrócić długość jamy dolnego odcinka, przez co rozdęta szyja wraz z ujściem zewnętrznem rytmicznie usiłuje nawdziać się na łożysko. Pozornie zatem wydaje się, że łożysko, czy popłód, posuwa się ku dołowi, podczas gdy w rzeczywistości ujście zewnętrzne macicy cofa się ku górze, rozszerzając się przytem. To cofanie się ku górze brzegów ujścia zewnętrznego macicy można śledzić krok za krokiem w mechanizmie prawidłowym 3-go okresu, a także i w mechanizmie Schultzego.

Od czasu Schrödera utarł się w położnictwie pogląd, iż macica w czasie porodu dzieli się na dwie odrębne partye co do roli fizyologicznej, t. zw. *Hohlmuskel*, część czynną i *„Durchtrittschlauch"*, do którego należy dolny odcinek i szyja, a który wraz z pochwą tworzy część bierną przewodu rodnego. Pogląd ten jest oczywiście nieprawdziwy. Dolny odcinek pracuje i spełnia swe czynne zadanie, nie oglądając się, że się tak wyrażę, na łaskę trzonu i dna.

Do pewnego stopnia częścią bierną przewodu rodnego możnaby nazwać dopiero szyję, oraz pochwę. Te dwie części

przewodu rodnego i embryologicznie są sobie pokrewne i wykazują anatomicznie wiele cech wspólnych, a w czasie rodzenia i rozwoju jaja płodowego zachowują się względnie obojętnie.

Trzecia i ostatnia faza 3-go okresu liczy się od chwili zejścia łożyska do jamy pochwy przez całkowicie rozwarte ujście zewnętrzne macicy, do chwili opuszczenia popłodu przez szparę sromową na zewnątrz. W jaki sposób ta trzecia faza przebiega w poszczególnych mechanizmach, dokładnie przedstawione zostało przy opisie klinicznym trzeciego okresu.

Tu pozostaje tylko omówić rolę czynników, wydalających popłód. W grę wchodzić tu mogą następujące czynniki: 1) skurcze robaczkowe pochwy; 2) ciężar popłodu; 3) krwiak; 4) parcie niewiasty; a z przeszkód: stopień odklejenia się błon, oraz stopień ściągnięcia się ujścia zewnętrznego pochwy.

Najważniejszym czynnikiem, wydalającym popłód z jamy pochwy na zewnątrz, jest bezwątpienia parcie niewiasty. Parcie to zjawia się zawsze, ilekroć w jamie pochwy znajduje się podnieta do wywołania odruchu, czyto w formie popłodu, czy obfitszych skrzepów krwi. W jaki sposób działa ten czynnik wydalająco na ciało, znajdujące się w pochwie, możemy studyować, wprowadziwszy pięść do jamy pochwy przy sposobności jakiejkolwiek operacyi położniczej. Czujemy wtedy, jak macica w całości wstępuje do przewodu pochwy w kierunku ujścia zewnętrznego pochwy i ciśnie jakby tłok na ciało, będące w jamie pochwy, usiłując go wyprzeć. Przy bardzo gwałtownem parciu można nawet zobaczyć ujście zewnętrzne macicy w szparze sromowej niewiasty, a więc tak nizko, że w tych przypadkach poprostu w pochwie niema miejsca na pomieszczenie choćby bardzo mało pojemnego ciała. To nam tłómaczy fakt, że przy wczesnych poronieniach z całą łatwością po pewnym czasie wyparte zostają na zewnątrz nawet bardzo małe strzępy jaja płodowego.

Że w trzecim okresie częstokroć jesteśmy zmuszeni dopomódz naturze w wydaleniu popłodu z jamy pochwy na zewnątrz, powodem tego jest nietyle słaba działalność parcia niewiasty, ile niezupełne odklejenie się popłodu, a mianowicie błon, przyrosłych do okolicy pierścienia skurczowego. Parcie niewiasty musi przedewszystkiem do reszty odkleić błony, a dopiero po uskutecznieniu tego wydalić może łatwo popłód. Odklejenie się zaś błon wymaga czasu rozmaicie długiego, w znacznym % przypadków znacznie dłuższego, niż w dyetetyce 3-go porodu przyjętego, $1^1/_2$-godzinnego, zależnie od takich czynników, jak wielkość popłodu, wielkość krwiaka pozałożyskowego, łatwość oddzielania się błon, fizyologiczne lub też patologiczne zrosty błon. Ilekroć wygnieciemy łożysko na zewnątrz przed wystąpieniem ostatecznych oznak odklejenia się popłodu, tyle razy wisi ono jeszcze na błonach, które trzeba dopiero odkręcać.

Jako niewątpliwą oznakę ukończenia się zupełnego odklejenia się popłodu należy uważać ukazanie się samoistne popłodu, a raczej wypuklonego łożyska w szparze sromowej. Z chwilą, gdy popłód zaczyna napierać na międzykrocze i rozwierać szparę sromową, przyczem, jak zauważyłem przy opisie klinicznym przebiegu 3-go okresu, sposób przechodzenia popłodu przez szparę sromową bywa rozmaity, zależnie od formy mechanizmu, można uważać odklejenie popłodu za skończone. A wygnieciony teraz popłód okaże na błonach całkowicie utrzymany mały otwór pęknięcia pęcherza. Jest to reguła, mojem zdaniem, bez wyjątku.

IV. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,
docent dermatologii Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Z obrazu mikroskopowego, wyżej wspomnianego, do ułożenia którego posługiwałem się bardzo obfitym materyałem guzów ze skóry i narządów wewnętrznych, wyciągnąć można przedewszystkiem pewne wnioski co do sposobu powstawania guzów. Obok nowotworów dobrze wykształconych, ulegających nawet częściowo rozpadowi, spotykamy świeże nacieki, które musimy uważać za początki tej sprawy chorobowej i które tem samem muszą nas najwięcej interesować. W tkance podskórnej w początkowych okresach, a później i wyżej w skórze właściwej, wytwarzają się gromady komórek o cechach komórek plazmatycznych, w których widać dość licznie jądra w podziale, w niektórych zaś cytoplazma obrzęka, staje się obfitszą, przez co komórki zbliżają się wejrzeniem do komórek w guzkach już rozwiniętych. Nacieki te początkowo nie różnią się prawie zupełnie od spostrzeganych w skórze w chorobach zakaźnych przewlekłych, jak kiła, a głównie gruźlica. Rozwój następowy nawet nie wiele się różni z początku od tych ostatnich zmian, komórki plazmatyczne bowiem (których pochodzenia rozstrzygać tu nie mogę) przybierają postać komórek nabłonkowatych *(epitheloidale Zellen)*, a wreszcie tworów olbrzymich, takich samych, jak w innych sprawach chorobowych przewlekłych.

Od tej chwili widać jednak jak gdyby dwie postacie rozwoju; jedne guzki, leżące zazwyczaj na granicy tkanki podskórnej i skóry właściwej, rozwijają się przy utrzymanych, a tylko rozsuniętych wiązkach tkanki klejorodnej *(Fig. 3)*; drugie wzrastają w zraziki, oddzielone od siebie włóknami tkanki łącznej i stanowiące ścisłą *(Fig. 2)* całość. Widzimy zatem w jednym przypadku obrazy, które Unna określa jako rozlane (*diffuse Formen*), w drugim jako ugrupowane *(figurirte)*. Wreszcie w obu tych postaciach dochodzi do martwicy ognisk komórkowych: komórki rozpadają się, ulegają wessaniu, a na ich miejsce wytwarza się świeża tkanka łączna, jak to widać wyraźnie w guzkach ustępujących. W pierwszym rodzaju guzków ognisko martwicze powstaje w środku guza, zajmuje pewną część jego i zdaje się rozszerzać w obwodzie, w guzkach zaś budowy zrazikowej rozpad komórek powstaje także, ale na pewnych miejscach w zrazikach, w które wchodzi tkanka łączna otoczenia. W plamie barwikowej po guzku, który, sądząc z makroskopowego wejrzenia, w zupełności ustąpił, widzieliśmy najdokładniej to nowotworzenie się tkanki łącznej, bo widzieliśmy tworzenie się blizny. Skóra w takich miejscach była w całości ścieńczała, zanikła; naskórek węższy, niż w otoczeniu, co jednak w pewnej części przynajmniej odnieść należy do znacznego wyniszczenia ustroju (*cachexia*).

Wykazałem zatem, że nowotwory w mięsakach typu Kaposiego różnią się budową anatomiczną od nowotworów w opisanym przypadku; różnice te w budowie są, jak wspomniałem, znaczne: pierwszy nazwaćby można z punktu anatomicznego mięsakiem wrzecionowato-komórkowym (*s. fusocellulare*), drugi okrągło-komórkowym (*s. globocellulare*). Na różnice tych dwóch typów nowotworowych wpływa również bardzo wybitnie obecność tworów olbrzymich w mięsakach ogólnych skóry, podczas gdy nie znajdowano ich nigdy w mięsakach typu Kaposiego. W opisanym przypadku tworów olbrzymich było tak dużo, że histologicznie zaliczyćby należało ten przypadek do mięsaków o tworach olbrzymich (*Riesenzellensarcom*). Słusznem mi się wydaje wskazanie na postać tych tworów olbrzymich, podobnie jak to czyni Unna; są to bowiem komórki duże o licznych jądrach, z których jedne mniej, inne więcej posiadają chromatyny; komórki, których cytoplazma jest bardzo obfita, jednolita, zatracająca tak swoją barwliwość, że zamiast przybierać barwnik zasadowy, barwi się obojętnym. (Orceina obojętna i błękit metyl. Unny). Nie myślę rozstrzygać sposobu powstawania tworów olbrzymich; te jednak zdają się być dużemi komórkami tkanki łącznej, w których jądro uległo wielokrotnemu podziałowi, podczas gdy cytoplazma już uległa zwyrodnieniu (*Chorioplasen* Unna).

Unna wspomina, że we wszystkich przypadkach mięsaków okrągło-komórkowych znajdował twory olbrzymie, zależnie od przypadku mniej lub więcej obfite. W dotyczącym przypadku znajdowałem dużo tych komórek w guzach okrągłych, ściśle ograniczonych, które w guzach rozwijających się jako naciek między tkanką klejorodną, a w guzkach ustępujących tylko tu i owdzie między licznemi komórkami tkanki łącznej. Zarazem w guzach dużych widać rozpadające się te duże komórki, które, jak to się spostrzega w guzkach ustępujących, ulegają wessaniu, co nasuwałoby przypuszczenie, że ostatecznym, końcowym punktem rozwoju komórki tych tworów mięsakowych jest rozrost jej w postać tworu olbrzymiego, który może się rozpaść i uledz wessaniu, a przez to cały guzek może zupełnie ustąpić. Obecność tworów olbrzymich zatem uważaćby trzeba w takim razie za coś bardzo cechującego liczne mięsaki skóry, odróżniające się już przebiegiem klinicznym od mięsaków typu Kaposiego. — Unna twierdzi, jak wspomniałem, przy opisie mięsaków okrągło-komórkowych, że w nich znajdują się komórki olbrzymie, których niema w mięsakach o komórkach wrzecionowatych; zaznacza jednak, że istnieje osobny typ mięsaków, złożonych z komórek olbrzymich i taką postać opisuje. I znowu mimowoli nasuwa się przypuszczenie, ze względu, że we wszystkich mięsakach okrągło-komórkowych twory olbrzymie znajdowano, czy nie jest to tylko różnica ilościowa, czy ten ostatni rodzaj mięsaków (o tworach olbrzymich) nie jest więcej rozwiniętą postacią poprzedniego rodzaju mięsaków okrągło-komórkowych? Późniejsze badania histologiczne wszystkich przypadków mięsaków wykażą, czy przypuszczenie to jest słuszne, czy rzeczywiście znalezienie komórek dużych o cechach tworów olbrzymich jest cechą rozpoznawczą dla tego drugiego typu mięsaków, które, jak dotąd, ściśle odłączamy od mięsaków Kaposiego.

Różnice zatem budowy anatomicznej guzów rozwiniętych obu typów są znaczne; a jednak przy spostrzeganiu nacieków początkowych, z których guzy te powstają, widzimy, że trudnoby było określić z nich, jakiego typu guz ma się rozwinąć. Już wspomniałem wyżej, że pierwotnie znajdujemy w obu przypadkach gromady komórek tkanki łącznej różnego kształtu i wielkości, komórek, przekształcających się powoli w komórki nowotworowe, w obu typach nowotworów tak od siebie różne. Te nacieki początkowe jednak dowodzą tylko, że w obu przypadkach pochodzenie komórek jest jednakowe, bo komórką pierwotną jest zawsze komórka tkanki łącznej. Już z początku rozwoju jednak zarysowują się pewne różnice; w przypadkach typu Kaposiego tkanka łączna organizuje się niejako, tworzy zawsze guz jednolity, ściśle odgraniczający się od otoczenia, chociaż w guzku rozwijającym się widać w obwodzie komórki plazmatyczne i przerosłe komórki tkanki łącznej, z których komórki guza zdają się powstawać. W przypadkach drugiego typu komórki, rozmnażając się, odsuwają wiązki tkanki klejorodnej od siebie i z takich rozwijających się smug komórkowych powstaje dopiero guzek, w początkach wcale nieściśle od otoczenia odgraniczony, nie tworzący jednolitej całości. Guzki, które opisałem na początku, a stanowiące zazwyczaj zrazikowatą całość, oddzielającą się pojedynczymi zrazikami od otoczenia, zdają się być tworami starszymi, więcej rozwiniętymi.

Przy badaniu guzków ustępujących ostatniego typu zwraca uwagę naszą rozrost komórek tkanki łącznej w miejsce ustępujących komórek nowotworowych, jak to zresztą spostrzegamy i w sprawach zapalnych przewlekłych, n. p. w gruźlicy lub kile. Ten sam objaw spotykamy i w narządach wewnętrznych, w których, n. p. w wątrobie, widzimy zanik tkanki gruczołowej, na miejsce której występuje tkanka łączna. Wreszcie po ustąpieniu guzka powstaje w miejscu poprzedniej jego siedziby tkanka bliznowata, tkanka łączna o komórkach w przeważnej ilości zbliżonych do komórek, znajdowanych w skórze prawidłowej.

W guzkach mięsakowych typu Kaposiego objawów ustępowania nie spotykałem, chociaż niektórzy autorowie o ich ustępowaniu wspominają, a Sellei stara się tłómaczyć ten objaw częściowo powstawaniem wynaczynień, których nie spostrzegałem we wspomnianych przypadkach, częściowo zaś nowotworzeniem się naczyń.

Wszystkie te szczegóły histologiczne zdają się dowodzić, że guzy w obu tych rodzajach mięsaków pochodzą z tkanki łącznej; widzimy bowiem początkowo nacieki, złożone z komórek tkanki łącznej o różnej postaci, które następowo przekształcają się w komórki nowotworowe jednego lub drugiego typu. Przyczyn powstawania nacieków i przyczyny następowej ich przemiany nie znamy.

W piśmiennictwie coraz wybitniej objawia się zapatrywanie, że postacie chorobowe, o których mowa, a które zaliczamy do mięsaków, nie są właściwie nowotworami, a raczej jakiemiś przewlekłemi sprawami zapalnemi, bliżej nie znanemi.

Poszukiwania bakteryologiczne w samych guzach, jakoteż przeszczepiania na różne pożywki (między innemi także na krew i pożywki z dodatkiem krwi), dawały mi zawsze wynik ujemny. Podobnie ujemne wyniki otrzymywało i wielu autorów, co wprawdzie nie wyklucza z całą stanowczością przyrody zakaźnej guzów, ale też przypuszczenia tego nie potwierdza.

Przebieg kliniczny, chociaż w pewnych szczegółach

(możność ustępowania guzków, względnie mała złośliwość) nie przemawia w zupełności za przyczyną nowotworową guzów, to jednak w całości wcale jej nie wyklucza, choćby tylko ze względu na mięsakowe przerzuty w narządach wewnętrznych, które mają tęsamą budowę, co nowotwory leżące w skórze. A biorąc pod uwagę wszystkie te szczegóły i kliniczne i histopatologiczne, musimy stwierdzić co najmniej powinowactwo tych spraw chorobowych z rzeczywistymi mięsakami. Przyczyną różnego przebiegu tej sprawy nowotworowej w skórze, a w innych tkankach, może być różnica w budowie anatomicznej skóry i innych narządów, szczególnie zaś siła tkanki łącznej, która tak wielką odgrywa rolę w sprawach zakaźnych przewlekłych. W tych ostatnich, n. p. w gruźlicy lub kile późnej, zwraca także naszą uwagę wybitna różnica w przebiegu tych spraw w skórze, a w narządach wewnętrznych.

W końcu składam podziękowanie J. W. Prof. Reissowi za odstąpienie mi przypadku i pomoc w pracy.

Objaśnienie rysunków:

Fig. 1. Część guzka zrazikowego z brzegu; kształt komórek nowotworowych i ich barwliwość. Powiększ.: Zeiss. Ok. 2. DD. Barwienie: Orceina obojętna, błękit metyl. Unny i mieszan. gliceryny z eterem.

Fig. 2. Guzek zrazikowy; stosunek guzka do otoczenia. Powiększ.: Zeiss. 2. AA. Barwienie jak wyżej.

Fig. 3. Guzek w smugach; w środku guzka ognisko martwicowe. Powiększ.: Zeiss. 2. AA. Barwienie: Orceina kwaśna, błękit metylowy Unny.

Fig. 4. Pierwotny naciek w tkance tłuszczowej podskórnej; liczne komórki plazmatyczne, niektóre o dwóch jądrach, ich cytoplazma częściowo zwyrodniała. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 1.

Fig. 5. Guzek ustępujący, tu i owdzie utrzymane jeszcze komórki nowotworowe, otoczone komórkami tkanki łącznej. Powiększ.: Zeiss. 2. DD Barwienie jak Fig. 1.

Fig. 6. Miejsce po guzku, który ustąpił; świeża tkanka łączna, liczne włókna elastyczne. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 3.

Fig. 7. Drobny guzek typu Kaposiego, otoczony licznemi komórkami plazmatycznemi i przerosłemi komórkami tkanki łącznej. Powiększ.: Zeiss. 2. DD. Barwienie jak Fig. 1.

V. Wyciągi.

Schulz: **Zapalenie okątnicze. Doświadczenia i wskazówki dla praktyki.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* 1903, Nr. 43). Główne objawy zapalenia okątniczego są: bolesność, gorączka i wymioty, do których najczęściej przyłączają się zatrzymanie stolca, bębnica i guz okątniczy; lecz rzadko wszystkie te objawy znachodzą się razem. Najstalszym objawem jest bolesność, która jednak nie zawsze występuje w okolicy biodrowo-kątniczej, albo nie jest największą w tem miejscu, co zależy od ruchomości kątnicy i wyrostka robaczkowego, mogących zatem się znajdować w zupełnie innem miejscu. Jeśli otrzewna w większych rozmiarach jest zajętą, wtedy i ból jest rozlany i nawet uciskiem nie można ściśle wykazać wyrostka robaczkowego. Mimo to bolesność jest najważniejszą oznaką, szczególnie jeśli najwyraźniej zaznacza się w okolicy biodrowo-kątniczej i występuje już na najlżejszy ucisk. Gorączka nie ma nic znamiennego, może ona w lekkich przypadkach być wysoką, a w ciężkich uderzająco niską. Tętno prawie zawsze jest szybsze, często ponad 120 uderzeń na minutę. Bardzo przyspieszone i nikłe tętno, szczególnie, jeśli w porównaniu z niem ciepłota jest niską, oznacza ciężki stan schorzenia. Również wymioty prawie zawsze wskazują na stan ciężki, wyjąwszy wymioty z początku choroby, kiedy mogą być skutkiem niestrawności, wychodzącej z żołądka lub jelit. Później zaś pochodzą one z podrażnienia otrzewnej, albo są skutkiem zaparcia stolca i ruchu robaczkowego. Bezustanne wymioty są zawsze bardzo groźnym objawem. Opór, mogący przedstawić wszelkie stopnie od nacieku do ropnia okątniczego, występuje albo w okolicy biodrowo-kątniczej, albo w innem miejscu, jeśli kątnica gdzieindziej się znajduje. Bębnica może wystąpić w zupełnie lekkich przypadkach i brakować w najcięższych. Zatrzymanie stolca bardzo rychło się ukazuje, chociaż nieraz z początku może być i rozwolnienie. Zaparcie pochodzi albo z kurczu mięśni jelitowych, wywołanego bolami i odruchami, albo z porażenia jelit. — W pierwszym przypadku brzuch jest o wiele twardszym i boleśniejszym, w ostatnim bębnica dosięga większych stopni. Zatrzymanie stolca połączone z wymiotami pogarsza rokowanie.

Przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba zwrócić uwagę na inne sprawy zapalne i wrzodziejące w jelitach, więc na kamicę żółciową i nerkową, a szczególnie na schorzenia przydatków macicy, będące nieraz w połączeniu przyczynowem lub zdarzające się równocześnie z zapaleniem okątniczem. Przydatki bowiem zrastają się często z wyrostkiem robaczkowym i mogą być wciągnięte w guz okątniczy. Nawet ciąża zamaciczna i nowotwory, powstałe w tem miejscu, mogą dać powód do zamiany. Najczęściej jednak zaparcie stolca ma pozory zapalenia okątniczego, szczególnie, jeśli wypróżnienie z powodu innych chorób, np. przetok i rozpadlin rzyci, jest utrudnione. Często ta pomyłka nie zostaje wcale wyjaśnioną i pomnaża liczbę przypadków rzekomo wyleczonego zapalenia okątniczego; a były przecież wszelkie objawy główne, jak zatwardzenie, guz i ból w okolicy biodrowo-kątniczej, często jeszcze wymioty i gorączka. Lecz ból nigdy nie jest tak silnym, tętno odpowiada ciepłocie, a stan ogólny nie jest groźny, choć osoby histeryczne i nerwowe mogą udawać i stan zapadowy. Olejek rącznikowy i lewatywy wyjaśniają tu wnet rozpoznanie, lecz mimo to pomyłki są możliwe i do przebaczenia. Jest zresztą pewnem, że niektóre przypadki zaparcia stolca mogą rzeczywiście nieraz wywołać objawy okątnicze, najprawdopodobniej zapomocą prątka okrężnicowego lub innych bakteryj, które przy zastoju kału się rozmnażają i mogą się przedostać do otoczenia. To są lekkie przypadki zapalenia okątniczego, w których tętno jest dobre i odpowiada zawsze ciepłocie. Te właśnie przypadki zdarzają się w praktyce o wiele częściej, niż sądzą klinicyści i dlatego lekarze praktykujący wzbraniają się namawiać swoich chorych do operacyi, ponieważ tak znaczny odsetek przypadków przemija samoistnie. Lecz każdy lekki przypadek rychło może się stać groźnym i wtedy los chorego zawisł od najszybszego i racyonalnego leczenia. Rozpoznawać i rozróżnić pojedyncze formy i pojedyncze okresy choroby jest najważniejszem zadaniem dla działania leczniczego. Przypadki z zgorzelą wyrostka robaczkowego po największej części są spowodowane przez kamyki kałowe. Przypadki z rozlanymi objawami otrzewnowymi dają bardzo złe rokowanie i muszą w przeciągu kilku godzin być operowane. Najcięższe przypadki są posocznicze i między nimi są takie, gdzie objawy posocznicze uprzedzają sprawę miejscową, a nawet spowodowały śmierć osobnika, nim sprawa miejscowa wybuchła.

Co do leczenia, to S. stosuje lód wobec wysokiej ciepłoty i niezbyt silnego napięcia brzucha; przy znacznie wzdętych jelitach lód często źle działa, a szczególnie ucisk worka lodowego jest często nieznośny. Natomiast przy silnem naprężeniu brzucha kataplazmy działają przyjemnie i pod ich wpływem zmniejsza się znacznie napięcie jelit. W lżejszych przypadkach wystarczają okłady wysychające. Makowca nie radzi autor stosować w pierwszych dniach, gdyż gmatwa rozpoznanie i zatrzymując wypróżnienie, sprzyja zastojowi i rozmnażaniu się bakteryj. Dlatego też podaje on swoim chorym olejek rącznikowy i stosuje następnie lewatywę; dopiero, jeśli po dostatecznem wypróżnieniu napięcie jelit nie ustąpiło i wzmożony, bolesny ruch robaczkowy jeszcze istnieje, makowiec jest na miejscu i czyni dobre usługi. Z początku jednak dla bolów można podawać kodeinę lub morfinę podskórnie, wykluczając środki wstrzymujące. Przy uporczywych wymiotach płukanie żołądka często dobrze działa. Skoro jednak zjawiają się bezustanne wymioty lub czkawka, przyspieszone małe tętno i groźny stan ogólny, nie będący często w stosunku do sprawy miejscowej, leczenie wewnętrzne musi ustąpić i tylko nóż może chorego ocalić. Niektóre przypadki odrazu zaczynają się wśród groźnych objawów i wtedy nie wolno próbować leczenia wewnętrznego, lecz jaknajprędzej operować. Nakłucia S. nigdy nie robi; jeśli objawy są groźne, operuje on i bez stwierdzenia wysięku. Przy operacyi wśród napadu i ropienia i wobec osłabienia chorego nie radzi on długo szukać wyrostka robaczkowego, lecz tamponować i później dopiero po ustąpieniu objawów ostrych usunąć wyrostek. Nieraz i części kątnicy trzeba usu-

nąć. W przypadkach złośliwych trzeba więc natychmiast operować, w mniej groźnych podczas drugiego lub trzeciego albo przynajmniej po trzecim napadzie. Jeśli napad jest poniekąd groźnym, nie trzeba czekać jego końca, lecz operować wśród napadu, w każdym razie nie czekać dłużej jak trzy dni, jeśli nie nastąpiło polepszenie. Chorych, będących w stanie ciężkiego zapadu, operuje S. w znieczuleniu miejscowem podług Schleicha, gdyż powłoki brzuszne łatwo dają się znieczulić, a jelita są mało tkliwe. *Dr. Fels.*

Keitler: **O mięsakach groniastych** (*traubenförmig*). **w trzonie macicy.** (*Monatsch. f. Geb. und Gyn.* tom. 18, z. 2). Nowotwory groniaste są wogóle rzadkie. W narządzie rodnym żeńskim znane już są mięsaki groniaste w pochwie u dzieci i w szyjce macicy (patrz referat z pracy Pehama). Mięsaki groniaste w trzonie macicy spostrzegano dopiero po raz pierwszy w ostatnich latach i opisano tylko 5 przypadków. Szósty spostrzegał właśnie autor; dotyczył on 54-letniej kobiety, krwawiącej od 6 miesięcy. Przywołany lekarz wyjął z macicy na jednem posiedzeniu 17 polipów. Ponieważ jednak wkrótce krwawienia i polipy znowu wystąpiły, udała się chora do kliniki, gdzie jej wyjęto przez pochwę całą macicę. Chora wyzdrowiała. Jama macicy wypełniona była przez guz wychodzący z jej tylnej ściany i składający się z samych gronek o wejrzeniu szklistem, przeźroczystem, osadzonych na dość długich szypułach. Reszta błony śluzowej macicy nie przedstawiała ważniejszych zmian; sam mięsień był zgrubiały, naczynia rozszerzone. Badanie drobnowidowe tych gronek wykazało budowę mięsakową i to wiotką w częściach środkowych każdego gronka, a zbitą w obwodowych. Zarysy gronek utworzone były przez jednowarstwowy nabłonek wałeczkowaty, opatrzony tu i owdzie rzęskami. Autor stara się rozstrzygnąć pytanie, czy ta forma gronkowata jest charakterystyczną dla tych nowotworów i czy guzy te należy zaliczyć do tej samej grupy, do której należą również niedawno poznane mięsaki groniaste pochwowe i szyjkowe. Rozmaicie tłómaczy formę tych guzów. W pochwie mają one zawdzięczać swój kształt groniasty budowie brodawkowatej błony śluzowej pochwy; Kolisko sądzi, że powstają one z polipów brodawkowatych, rozłożonych na znacznej przestrzeni pochwy. Przez wzajemny ucisk na siebie mają występować zaburzenia w krążeniu, które następowo wywołują zapalenie i obrzęk tych polipów. Pick przyjmuje jeszcze jako konieczny warunek dla powstania kształtu gron, obecność przestrzeni wolnej. Według niego łatwa rozciągliwość ścian pochwy i szyjki stwarza dopiero możliwość, że nowotwory powyższe przyjmują kształt groniasty; nie jest to jednak możliwe w ciasnej jamie macicy, chyba, że ona zostanie rozszerzoną n. p. przez rosnącego włókniaka, albo jeżeli nowotwór przebije do pęcherza lub do pochwy. Kahlden uważa utkanie śluzakowe tych gronek, jako przyczynę wywołującą tę formę. Autor skłania się do tych, którzy uważają obrzęk polipów, jako przyczynę formy groniastej, a wiemy, że z tkanki obrzękłej może się wytworzyć śluzakowata; nie zgadza się jednak z tymi, którzy sądzą, że prócz tego konieczną jest jama. Co się tyczy drugiego pytania, to autor popiera teoryę Wilmsa, rozszerza ją i sądzi, że i te nowotwory gronkowate, powstające w trzonie macicy, należy zaliczyć do tej samej grupy, do której należą podobne nowotwory w pochwie u dzieci i w szyjce, tembardziej jeżeli zważymy, jak blizkie zachodzą stosunki rozwojowe między pochwą, szyjką i trzonem macicy (przewody Wolffa i Müllera). Różnica między niemi jest ta, że nowotwory groniaste trzonu macicy nie są tak złośliwe, jak pochwowe i szyjkowe, gdyż nie tworzą tak szybko przerzutów, nie rosną tak szybko, nadto znacznie dłuższy czas istnieje przy nich możność ich operowania, gdyż nie rozszerzają się tak szybko, podczas gdy nowotwory pochwowe i szyjkowe mogą wprost przejść na tkankę okołopochwową i okołomaciczną. Leczenie polega na zupełnem usunięciem macicy. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Dr. C. Moreschi. (Pawia). **O istocie izohemolizyn surowic ludzkich.** (*Berl. klin. Wochensch.* 1903, Nr. 43). Znamy obecnie dwojakiego rodzaju izohemolizyny, jedne, otrzymane przez Ehrlicha i Morgenrotha zapomocą szczepienia zwierzęciu, np. kozie, krwi zwierzęcia tegosamego gatunku; drugie, obserwowane przez Maragliano jeszcze w r. 1892 we krwi ludzi chorych na rozmaite choroby. Autor zajął się zbadaniem hemolizyn tego drugiego rodzaju, a w pierwszej seryi doświadczeń stwierdził przedewszystkiem dawniejsze obserwacye, jakie podał Ascoli, Camus, Pagniez, Bezzola i inni, że izohemolizyny powstałe we krwi osób, zapadłych na pewne choroby, np. na zapalenie płuc, nie działają jednakowo na krew wszystkich ludzi, przeciwnie, u wielu osób krew wcale nie ulega działaniu owych hemolizyn. Zjawisko to musi być uwzględnione w każdem doświadczeniu, gdyż inaczej mogłoby doprowadzić do całkiem fałszywych wniosków. Ciałka krwi wrażliwe na hemolizynę, pochłaniają ją w cieplocie 0°, same nie ulegając zmianie tak, że pozostała surowica już więcej nie działa hemolitycznie, podczas gdy po zmieszaniu w tych samych warunkach z ciałkami niewrażliwemi (nie posiadającemi odpowiednich chwytników), surowica zatrzymuje całkowitą siłę hemolityczną.

Ciałka nasycone izohemolizyną w cieplocie 0°, a następnie wymyte roztworem soli i włożone do termostatu, nie ulegają rozpuszczeniu, chyba dopiero wtedy, jeżeli do nich dodamy surowicy hemolitycznej, albo nawet surowicy prawidłowej, nie działającej hemolitycznie. Z tego doświadczenia wynika, że działanie rozpuszczające patologicznych surowic polega na obecności dwóch substancyj: jednej, która ciałka wiąże w cieplocie 0° i drugiej, pozostającej w surowicy, która jednak znajduje się w każdej surowicy, także i w niedziałających hemolitycznie (substancya uzupełniająca). Po ogrzaniu do 55° ustaje działanie hemolitycznej surowicy: zadaniem następnego szeregu doświadczeń było wykazanie, które z tych składników ulegają zniszczeniu. Ponieważ surowica czynna ogrzana do 55° nie dała się reaktywować przez dodatek surowicy prawidłowej, przeto należało przypuścić, że zniszczeniu uległy albo substancya uzupełniająca wraz z amboceptorem, albo tylko amboceptor. Że „komplement“ ulega w tej cieplocie zniszczeniu, to nie ulegało wątpliwości, ponieważ ciałka krwi, nasycone w cieplocie 0° izohemolizyną, nie rozpuszczały się po dodaniu surowicy prawidłowej, ogrzanej do 55°. Z szeregu doświadczeń, dokonanych w rozmaitych cieplotach, wynikło, że „komplement“ ulega zniszczeniu wcześniej, mianowicie w 45—48°, ponieważ surowica hemolityczna, ogrzana do tej cieploty, traci wprawdzie swoje własności, daje się jednak reaktywować dodatkiem surowicy prawidłowej (nieizolitycznej). Amboceptor posiada dwie grupy chwytne: cytofilną i komplementofilną; przeprowadzone przez autora badania udowadniają, że działaniu ciepłoty ulega tylko grupa komplementofilna, gdy tymczasem cytofilna pozostaje niezmieniona, a mianowicie: ciałka krwi, wystawiono na działanie surowicy hemolitycznej, ogrzanej poprzednio do 55°, następnie te ciałka zcentryfugowano i dodano do surowicy hemolitycznej świeżej, oziębionej do 0°; surowica oddzielona od ciałek wcale nie traciła swej własności hemolitycznej, ciałka krwi nie były w stanie pochłonąć amboceptora, ponieważ były już nasycone niezniszczoną grupą cytofilną surowicy ogrzanej.

Należało jeszcze rozstrzygnąć, czy izolizyny patologicznych surowic, otrzymane w przebiegu rozmaitych chorób, są ze sobą identyczne, czy nie? czy nie są one przypadkiem produktami oddziaływania ustroju, służącymi do zwalczania poszczególnych czynników chorobotwórczych.

Autor starał się dojść do jakiegoś w tym względzie wyniku dwiema drogami, używając surowicy z przypadków włóknikowego zapalenia płuc, raka głowy trzustki, gruźlicy płuc i schorzenia wywołanego tęgoryjcem, a mianowicie: 1) Badaniem, czy po nasyceniu ciałek krwi izolizyną *a*) będą ciałka w stanie pochłonąć izolizynę *b*), *c*), *d*); stwierdzeniem, że tak nie jest, udowodnił autor, że chwytnik ciałka krwi jest jeden dla wszystkich czterech amboceptorów. 2) Czy ciałka krwi różnych osób są w jednakim stopniu wrażliwe lub niewrażliwe na wszystkie cztery izolizyny. Doświadczenie stwierdziło rzeczywiście zupełnie jednaką wrażliwość.

Jak wiadomo, izolizyny nie działają na krew własnego osobnika, to znaczy nie są autolizynami; autor poszedł dalej, albowiem udowodnił, że krew np. chorego na tęgoryjca dwunastnicy jest niewrażliwą nie tylko na własną izolizynę, ale nawet na izolizyny, zawarte we krwi chorego na raka żołądka, na zapalenie płuc, na gruźlicę i t. d. *Seńkowski.*

Prof. Einhorn (Nowy-York). **Opadnięcie serca i jego związek z opadnięciem wątroby.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 41, 1903). Pod mianem opadnięcia serca należy rozumieć stan, w którym narząd ten leży niżej, niż zazwyczaj — i okazuje przy tem większą ruchomość, niż w warunkach prawidłowych. O ile z jednej strony autorowie, jak Cherchewsky, Pick, Hoffmann, Leusser i inni, omawiając podobne przypadki, mają jedynie na względzie nadmierną ruchomość serca, mimochodem tylko wspominając o opadnięciu, to z drugiej strony dopiero Rummo opisał wyczerpująco tę zmianę chorobową, wprowadził nazwę „cardioptosis“, rozumiejąc pod tem usunięcie się mięśnia sercowego ku dołowi, a więc opadnięcie skutkiem rozluźnienia się więzadeł, do których jest przymocowany. Według zdania ostatniego autora do tej zmiany skłonni są ludzie o smukłym kośćcu, słabo rozwiniętym układzie mięśniowym; z objawów zaś zasługują na uwagę zmniejszona przestrzeń półksiężycowata Traubego; sprawa ma być zazwyczaj wrodzona. Zapatrywania Einhorna, oparte na ścisłem i dłuższem badaniu 22 chorych, dadzą się ująć w następujące zasady: w warunkach prawidłowych rozpoczyna się górna granica względnego stłumienia serca od górnej krawędzi trzeciego żebra, bezwzględne zaś stłumienie dopiero od górnego brzegu czwartego żebra, podczas gdy uderzenie koniuszkowe leży w 5-tym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Przy-

padki więc, w których serce leży niżej od powyżej oznaczonych granic, ale nie jest powiększone, należy uważać jako opadnięcie serca, zmianę, którą w każdym razie trzeba przyjąć jako nieprawidłowość, pomimo że czasami przebiega bez żadnych objawów, zarówno jak i opadnięcie trzew uważa się obecnie za stan chorobowy, a przecież nierzadko się zdarza, że przebiega bez wybitnych objawów. W etyologii odgrywają ważną rolę ogólne opadnięcie trzew i neurastenia; u kobiet opadnięcie serca występuje rzadziej, pomimo że opadnięcie trzew, jak doświadczenie uczy, daleko częściej zdarza się u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Możnaby to tłómaczyć noszeniem gorsetów, które wykonując ucisk ku górze, utrzymują serce w prawidłowem położeniu. Wielu autorów upatruje także przyczynę opadnięcia serca w czytaniu, pisaniu lub wogóle w pracy, wymagającej pozycyi nachylonej. Jako najgłówniejsze objawy napotyka się przypadłości nerwowe, jak „bicie“ serca, zawroty, niemożność leżenia na lewym boku; z znamion zaś przedmiotowych można stwierdzić obniżone granice tak względnego, jak i bezwzględnego stłumienia serca. Prawie w połowie przypadków opadnięcia serca znachodzi się także opadnięcie trzew, we wszystkich zaś przypadkach można z pewnością napotkać opadnięcie wątroby. Pochodzi to ztąd, że obniżenie się serca pociąga za sobą obniżenie się i przepony, która znów obniża wątrobę. Co się tyczy rokowania, to można powiedzieć, że opadnięcie serca nie zagraża życiu, objawy zaś podmiotowe dadzą się o wiele uśmierzyć lub też zupełnie usunąć. Leczenie polega na wzmacnianiu układu nerwowego (wodolecznictwo, mierna gimnastyka i t. d.), z środków zaś aptecznych zasługują na wzmiankę przetwory bromu, waleryana i t. d. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Prof. Krawkow. **Wpływ trucizn na wymianę gazów u zwierząt.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 19). Substancye trujące, wprowadzone do ustroju, wywierają działanie przeważnie na ściśle oznaczone narządy i tkanki, co zdradza się zaburzeniami i zmianami w ich czynności fizyologicznej. Działania trucizn nie można jednak uważać za bezwzględne, ponieważ wpływają one jednocześnie w mniejszym lub większym stopniu i na czynność innych narządów. Co więcej, biorąc pod uwagę, że pierwoszcze różnych komórek, składających ustrój złożony, odznacza się jednakowemi własnościami podstawowemi, należy przypuszczać, że wszystkie tkanki i komórki ustrojowe powinny oddziaływać na wprowadzony jad, różniąc się tylko co do sposobu i stopnia oddziaływania. Że tak jest istotnie, dowodzą doświadczenia prof. Krawkowa (Petersburg), dotyczące wpływu trucizn na wymianę gazów u zwierząt. Już małe ilości trucizn (kwasu pruskiego, strychniny, pilokarpiny, atropiny i dygitaliny), które wywoływały zaledwie słabe objawy zatrucia, sprowadzały wybitne zmiany w wymianie gazów, zależne oczywiście od wpływu jadu na komórki ustrojowe. Kwas pruski obniża w wysokim stopniu procesy utleniania w ustroju pomimo znacznej duszności, drgawek i innych objawów ostrego zatrucia, które, zdawałoby się, powinny wręcz przeciwnie wpływać na wymianę gazów; w następowym po zatruciu okresie wymiana gazów znacznie się podnosi nawet w porównaniu od pierwotnej, zwłaszcza zwiększa się wchłanianie tlenu. Strychnina podnosi ogromnie wymianę gazów, zwłaszcza ilość wchłaniającego się tlenu; podobnego działania nie można tłómaczyć drgawkami; występuje bowiem ono i w przypadkach zatrucia nader małemi dawkami, wywołującemi jedynie spotęgowanie czynności oddechowej. Strychnina więc sprawia wręcz przeciwny wpływ w porównaniu z kwasem pruskim, jakkolwiek inne objawy zatrucia są poniekąd jednakowe. Ztąd K. wnioskuje, że na wymianę gazów wpływają nie tyle zewnętrzne, widoczne zmiany czynności narządów, ile stan wszystkich tkanek ustroju. Z doświadczeń K. wynika, że procesy utleniania w komórkach przebiegają pod wpływem strychniny bardzo energicznie, więc tonizujące działanie strychniny zależy, być może, nie od podniecającego jej wpływu na układ nerwowy lub mięśniowy, lecz przeważnie od własności potęgowania czynności wszystkich komórek ustroju wogóle. Atropina podnosi również wymianę gazów, zwłaszcza siłę wchłaniania tlenu, nawet w tych dawkach, które nie sprowadzają widocznych objawów zatrucia. Pilokarpina przeciwnie obniża w wysokim stopniu wymianę gazów. Wreszcie dygitalina, wywierająca widoczny wpływ jedynie na układ krwionośny, podnosi znacznie wchłanianie tlenu. Zmiana, zachodząca pod wpływem trucizn w komórkach ustroju w takich podstawowych procesach, jak czynność oddechowa, zasługuje na zaznaczenie z punktu widzenia nietylko biologicznego, lecz i leczniczego. Zalecając lek dla spotęgowania upośledzonej czynności jakiegokolwiek narządu czy tkanki, lub odwrotnie: dla osłabienia spotęgowanej czynności, zmieniamy jednocześnie wymianę gazów w tkankach wogóle. Stopień i charakter tej zmiany powinny mieć ogromny wpływ na leczniczą doniosłość badanego leku, ponieważ ten ostatni pomimo działania na czynność pewnego narządu sprowadza zmianę w podstawowych czynnościach komórki wogóle. Dokładne badania wpływu trucizn na wymianę gazów wyświetlą, zdaniem K., szczegóły wpływu jadów, jak również wszechstronnie wykażą lecznicze ich znaczenie. Wreszcie badanie wymiany gazów, zdaniem K., ma wielkie znaczenie i dla rozwiązania zagadnienia o odporności. Istotnie, w niektórych przypadkach ustrój, odporny względem pewnej trucizny, oddziaływa na nią znaczną zmianą procesów utlenienia, więc ustrój odporny, nie oddziaływając na jad widocznemi zaburzeniami czynności jakiegokolwiekbądź narządu, stacza z nim walkę, że tak powiem, cichą, czego dowodem jest zmiana wymiany gazów. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Dr. Laskowski. **Przyczynek do mechanicznego leczenia chorób gruczołu krokowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1903, Nr. 29). L. obmyślił wcale prosty przyrząd (trudny do opisu), złożony z trzonka i połączonej z nim sprężyny, zapomocą którego w odpowiednich przypadkach z korzyścią stosować można mięsienie wibracyjne chorego gruczołu krokowego. *Herman.*

R. Pfeiffer i E. Friedberger. **Zabójcze działanie promieni radu na bakterye.** (*Berliner klin. Wochschr.* 1903, Nr. 28). Naczyńko, zawierające 25 milgr. bromku radu działało zabójczo z odległości 1 ctm. na hodowle płytkowe bakteryi cholery, duru i wąglika. Te ostatnie zabite zostały dopiero po 3 dobach. Na samo podłoże, jako takie (żelatynę, agar. i t. d.) promienie radu żadnego, zwłaszcza niekorzystnego, nie wywierają wpływu. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ratz H.: **Glikosal.** (*Therap. Monatsh.* XVII, 457). Glikosal jest związkiem gliceryny, której jedną grupę wodorotlenową zastępuje reszta kwasu salicylowego. Jest zatem monoglicerydem kwasu salicylowego. Rozpuszcza się 1:100 w wodzie zimnej, łatwo w ciepłej, w alkoholu i glicerynie. Pod wpływem zasad, węglanów zasad, więc i soku kiszkowego, rozpada się na wolny kwas salicylowy i glicerynę. Dotychczas stosowano glikosal w cierpieniach gośćcowych zewnętrznie w postaci maści lub roztworów alkoholowych — z dobrym skutkiem. Doświadczenia wykonane przez autora z czystym preparatem dowodzą, że tą drogą glikosal się nie wchłania, o ile wcierania stosował na części skóry nieuszkodzone i ponawiał je w kilkudniowych odstępach czasu, by przez zbyt częste wcierania nie spowodować maceracyi przybłonka. Zewnętrznie stosowany salicylan sodowy nie wsysał się również; natomiast po wcieraniach roztworów czy maści wolnego kwasu salicylowego mocz dawał obfity odczyn z chlorkiem żelazowym, oczywiście dzięki keratolitycznym własnościom wolnego kwasu. Wobec ujemnych wyników badań w kierunku wessalności, wobec tego, że nawet przy skórze o naruszonej całości przyskórka glikosal wchłaniał się w małych ilościach nierównomiernie i w ilości nieoznaczalnej, stosował go autor wewnętrznie. Tak podany działa glikosal równie sprawnie jak kwas salicylowy, względnie jego sole, w pewnych przypadkach nawet lepiej, a nie ma jego niemiłego działania ubocznego. Dzieje się to wskutek tego, że przechodząc przez żołądek niezmieniony i rozkładając się dopiero w kiszkach, nie wywiera na żołądek drażniącego działania, które cechuje wolny kwas salicylowy, jego sole i pewne estry. Rozpad glikosalu w kiszkach na glicerynę i wolny kwas salicylowy dokonuje się powoli, wskutek czego i wessanie trwa długo. Stale małe ilości salicylu dostają się do ustroju i wywierają swe działanie przeciwgośćcowe. Działanie terapeutyczne glikosalu powinno być równomierne, wpływ szkodliwy na żołądek i łaknienie wykluczony, uboczne wpływy trujące zmniejszone.

Doświadczenie kliniczne potwierdza słuszność tych przesłanek teoretycznych. W przypadkach ostrego gośćca działał glikosal równie skutecznie, jak inne związki salicylowe. Autor wyleczył trzech chorych z przewlekłym gośćcem stawowym, u których długo stosowane wszystkie możliwe przetwory salicylowe zawodziły. Z objawów ubocznych bredzenia salicylowego autor nie zauważył nawet po znacznych dawkach (10 gr.); natomiast często skarżyli się chorzy na uczucie zawrotu głowy, bóle głowy w nieznacznym stopniu, szum w uszach i niedosłyszenie; objawy te występowały jednak w słabszym stopniu, niż po stosowaniu salicylanu sodowego. Nigdy nie stwierdzono objawów podrażnienia nerek, ani ujemnego wpływu na żołądek.

Autor poleca 5 razy po 2 grm. dziennie w ostrym gośćcu stawowym. Kapsułki z opłatka muszą być szczelnie zwarte, w przeciwnym razie suchy proszek glikosalu może paść na ścianę przełyku i spowodować odruchowy kaszel, a nawet wymioty. Do zewnętrznego stosowania nadają się jedynie maści, do których dodać należy 10% ciała lotnego: terpentyny lub chloroformu. Z tak przyrządzonych maści wsysa się nawet przez nieuszkodzoną skórę wydatna ilość glikosalu. *K. Orzechowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 czerwca 1903 roku.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków 42.

I. Kol. Wehr: 1) Przypadek wieńcogłówki na głowie.

2) Przedstawienie katgutu jodowego, wyjałowionego zapomocą rozczynu wodnego 1% jodu i jodku potasu. W wielu operacyach przekonał się prelegent o dobroci wyjałowionego w ten sposób katgutu.

Dyskusya.

Kol. Barącz, potwierdzając rzadkość bąblowca w Galicyi, podaje, że spostrzegał i operował w ciągu swojej kilkunastoletniej praktyki chirurgicznej tylko 2 przypadki bąblowca; jeden przypadek zropiałego bąblowca wątroby, drugi mięśnia dwugłowego u dziecka 6-letniego, a nadto jeden przypadek wągra (*cysticercus cellulosae*) w tkance podskórnej okolicy czołowej. Przypadek bąblowca wątroby dotyczył robotnika fabrycznego, przybyłego z Czech do Kołomyi. Chory miał styczność ciągłą z psem. Wyleczenie w obu operowanych przypadkach nastąpiło trwale. W przypadku bąblowca wątroby wystarczyła operacya jednoczasowa (sposób Lindemanna-Landaua): szerokie przecięcie powłok, nacięcie ropnia wątroby z wszyciem ścian wątroby w powłoki brzuszne, drenowanie ropnia i przepłókiwania płynem przeciwgnilnym. Kol. B. nie uważa za konieczne wyłuszczania bąblowca w częściach zdrowych i wskazuje na dawniej używany sposób leczenia bąblowca wątroby przez nakłucie i pozostawienie w torbielu płynów przeciwgnilnych (naftolu, rozczynu sublimatu).

Co do katgutu jodowego, to uznaje wprawdzie silne działanie przeciwgnilne jodu, przenosi jednak wyjałowienie katgutu przez gotowanie, jako bardziej odpowiadające zasadom nowoczesnej aseptyki. Jako najlepszy, najprostszy i najszybszy sposób wyjaławiania uważa sposób Elsberga, przyjęty jako najlepszy przez Kümmela w Hamburgu i rozpowszechniony również w Stanach Zjednoczonych (gotowanie przez pół godziny zwiniętego na czworobocznych zwitkach katgutu w wysyconym rozczynie siarkanu amonowego, stwardnianie przez 6 godzin w absolutnym wyskoku i przechowywanie w olejku jałowcowym). Poleca ten katgut na podstawie doświadczenia w kilku laparotomiach.

Kol. Barącz demonstruje przy tej sposobności szew *silkworm-gut* (fil de Florence), materyał, sporządzony z wnętrzności jedwabników, nadzwyczaj mocny, łatwo dający się wyjałowić przez gotowanie, jednak nie ulegający wessaniu. Materyał ten jest powszechnie używany w Ameryce północnej do szwów skórnych, osobliwie, gdzie idzie o zbliżenie mocno napiętych brzegów rany. Kol. B. używał go z wielką korzyścią (*autoreferat*).

Kol. Mars przytacza sposób wyjaławiania katgutu zapomocą kumolu. Sposobu tego używa w klinice z dobrym wynikiem. Gdyby katgut zapomocą jodu wyjałowiony nie nabierał w siebie drobnoustrojów przy zetknięciu z nimi i nie był dla nich rodzajem pożywki, przyznałby mu pierwszeństwo.

Kol. Sieradzki zapytuje, czy były robione próby bakteryologiczne co do jałowości w ten sposób wyjaławianego katgutu?

Kol. Wehr zaznaczając, że próby takie były dokładnie przerabiane ze skutkiem dodatnim, przytacza dobre wyniki operacyjne, jakie ma Dr. Kozłowski, który tak przygotowanego katgutu używa do szycia.

II. Kol. Eljasz-Radzikowski (z kliniki lekarskiej). „Tężec wyleczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej" (z przedstawieniem chorego).

Chłopiec 14-letni. Skaleczenie po uderzeniu słonecznikiem w kark. Ranka poza uchem szybko się wygoiła. W 10 dni potem objawy tężca, w bliźnie wyciętej znaleziono kawałek trzaski, a badanie bakteryologiczne wykazało prątki tężcowe. U chorego zastosowano 5 wstrzyknięć zawiesiny mózgowej królika według przepisu Krokiewicza. Wynik leczenia dobry.

Kol. Barącz zwraca uwagę, że przypadki tężca, dotychczas leczone wstrzykiwaniami zawiesiny mózgu króliczego, były przeważnie lżejsze, z przebiegiem przyostrym lub przewlekłym i że należy tu z wielką ostrożnością przyjmować działanie lecznicze tych wstrzykiwań, tembardziej, że w podobnych przypadkach znanem jest samoistne wyleczenie tężca. Na dowód swoich wątpliwości przytacza przypadek własny bardzo ostro przebiegającego tężca, powstałego u dziecka po wkłuciu drzazgi w podeszwę, w którym pomimo wczesnego wycięcia rany wraz z drzazgą i pomimo wcześnie podjętych wstrzykiwań zawiesiny mózgu króliczego nastąpiło zejście śmiertelne.

Kol. Gluziński A. przemawia za używaniem wstrzykiwań zawiesiny. Chorzy czują ulgę podmiotową, a i w ciężkich przypadkach wyniki były dobre. W jednym niepomyślnym przypadku chorą przywieziono do kliniki lekarskiej bez tętna.

Kol. Sieradzki zwraca uwagę na ważność prób wstrzykiwań zawiesiny mózgowej innych zwierząt.

Kol. Ziembicki G. przytacza przykład, gdzie w bliźnie wyciętej u chorego z objawami tężca mimo nieznalezienia ciała obcego wykazano prątki tężcowe.

Zabierają głos kol. Obtułowicz i Eljasz-Radzikowski.

III. Kol. Eljasz-Radzikowski (z kliniki lekarskiej) *Cachexia strumipriva* (z przedstawieniem chorego).

Chory był operowany w klinice chirurgicznej w miesiącu czerwcu zeszłego roku. Po operacyi wystąpiło zapalenie płuc, a w przebiegu zapalenia wyropiała pozostawiona część gruczołu tarczykowego. W grudniu dostał chory napadu padaczkowego poraz pierwszy w życiu, a po przyjęciu napowrót do kliniki chirurgicznej przebył 3 podobne napady. Wówczas odesłany został do kliniki chorób wewnętrznych i przebywa tam dotychczas. Obserwacya wykazała w narządzie wzrokowym zapalenie nerwu wzrokowego w obu oczach, białkomocz, skurcze głośni, występujące napadowo, wypadanie włosów całymi pęczkami, obrzęknięcie twarzy, zgrubienie skóry, zasinienie ramion. Napad padaczkowy już się nie pojawił. Objawy przytoczone częściowo ustąpiły, częściowo ustępują obecnie, mimo że chory nie był leczony. I tak: białkomocz ustąpił zupełnie, włosy odrosły i zmieniły wejrzenie; skurcze głośni również się nie pojawiają. Twarz jest mniej obrzękła, a zapalenie nerwu wzrokowego poprawia się wyraźnie. Z całego przebiegu widać, że ma się do czynienia z objawami charłactwa po usunięciu gruczołu tarczykowego i z samoistnem leczeniem się ustroju. Przypuścić należy, że gruczoły dodatkowe objęły czynność gruczołu tarczykowego i w ten sposób ustrój dochodzi do równowagi fizyologicznej. Przypadek z wielu względów jest bardzo zajmujący. *(Autoreferat).*

W dyskusyi zabierają głos koll.: Gluziński, Świtalski, Sieradzki, Kadyi, Barącz, Beck, Bednarski, Eljasz-Radzikowski.

Kol. Świtalski wycinał gruczoł tarczykowy tak u zwierząt trawożernych, jak i mięsożernych i przyszedł do przekonania, że zwierzęta trawożerne znoszą utratę tego narządu łatwiej i bez następowych zmian.

Kol. Sieradzki przytacza przypadek, w którym po wycięciu gruczołu tarczykowego wystąpiły objawy obrzęku śluzakowego, ale w ciągu kilku lat dalszych, wśród dobrych warunków życiowych, stan psychiczny chorego nie pozostawiał nic do życzenia. Pozostały tylko objawy zewnętrzne.

Kol. Kadyi wspomina o gruczołach nad „diaphragma oris", „glandula supra et praehyoidea". Są one genetycznie wspólne z gruczołem tarczykowym i mogą stanowić mikroskopowe zaczątki gruczołu. Sądzi, że gruczoły te mogą mieć znaczenie zastępcze.

Kol. Barącz zapytuje kol. Eljasz-Radzikowskiego, czy jest pewny, że przy operacyi usunięto oba rogi gruczołu tarczykowego. Nowoczesny sposób operowania woła polega na resekcyi gruczołu z pozostawieniem albo połowy gruczołu albo obydwu jego rogów, (sposób Mikulicza). Kol. B. sądzi, że wobec tak szybko ustępujących objawów „cachexiae strumiprivae" prawie niepodobieństwem jest, by w tym przypadku gruczoł cały został usunięty. Wskazuje także na ważne doświadczenia Eiselsberga, wykonane na różnych zwierzętach, a dowodzące niezbicie ważności gruczołu tarczykowego dla ustroju. Zwierzęta młode po całkowitem wycięciu pozostawały karłowate, po wycięciu gruczołu i przeszczepieniu go do jamy otrzewnowej rozwijały się prawidłowo. (*Autoreferat*).

IV. Sprawa odezwy Komisyi organizacyjnej, wybranej na wiec lekarzy lwowskich o utworzenie w łonie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego klubu w celu rozwinięcia życia towarzyskiego między lekarzami.

Kol. Sieradzki odczytuje odezwę i wyjaśnia, że sprawa ta musi przejść na porządek dzienny posiedzenia administracyjnego, jako dotycząca zmiany statutu, a następnie do zarządu Towarzystwa lekar. galicyjskiego.

Po przeprowadzonej dyskusyi postanowiono ze względu na małą liczbę członków nie przedsiębrać uchwały.

Dr. Świątkiewicz, sekretarz.

VIII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Podniosłe to były czasy i pod względem lekarskim, kiedy w Uniwersytecie Jagiellońskim krzewili medycynę teoretycznie i praktycznie tacy ludzie, jak Józef Struś, Piotr Wedelicki, Feliks i Szymon z Łowicza, Falimierz, Tektander, Foksyusz, Schneeberger, Oczko i wielu innych, którzy sławę wszechnicy krakowskiej i polskiego imienia roznosili po wszystkich prawie europejskich krajach. Takie ognisko stwarza często wyższy polot myśli, jeżeli natrafi na odpowiedni grunt. Nic też dziwnego, że w owych czasach powstały liczne fundacye dobroczynne, a pośród nich i taka, która nie szybko — pod względem wczesnego jej powstania — znajdzie sobie podobną. Taką jest wyżej już wspomniana fundacya Piotra z Poznania. Lekarz ten i filozof, a zarazem kanonik krakowski i wileński i proboszcz od św. Floryana na Kleparzu, który piastował godność lekarza przybocznego aż dwóch królów, kupił w r. 1569 przy ulicy Wiślnej kamienicę, położoną obok i od tyłu domu książąt Mazowieckich *(a tergo domus lapideae ducalis et penes domum lapideam Kiernarowska consistens)* i oddał ją na wieczyste czasy na własność Uniwersytowi krakowskiemu, przeznaczając ją na mieszkanie dla doktora medycyny i profesora, któryby leczył bezpłatnie wszystkich ubogich. Zygmunt August potwierdził tę darowiznę w roku 1570 (*fer. II. post festum S. Ioannis Baptistae*), a sam fundator powiększył ją przez dodanie do niej jeszcze dwóch fundacyi na lekarstwa dla biednych studentów. Pierwsza z nich, sporządzona jeszcze w r. 1578 za życia Piotra z Poznania, składała się z następujących czynszów rocznych (*Casimiriae)*: a) Czynsz 13 flp. 6 gr. od sumy 300 flp., ulokowanej na kamienicy zwanej „Wolską", przy ulicy Wielickiej ku zachodowi (*feria quarta post festum SS. Omnium in actis casimir. consular*). Kamienica ta była w roku 1643 własnością profesora Alberta Drozdowica. b) Czynsz 13 flp. 6 gr. od sumy 300 flp., ulokowanej w roku 1577 na kamienicy zwanej „Klęskowica", a będącej w roku 1643 własnością Jadwigi Klęściny. Kamienica ta znajdowała się przy ulicy Krakowskiej na drodze ku kościołowi św. Katarzyny, na samym rogu. c) Czynsz 8 flp. gr. 24 od sumy 200 flp., ulokowanej również w r. 1577 na kamienicy, zwanej „Okrucieńską" na Kazimierzu, która w r. 1643 należała do klasztoru Bożego Ciała (*possessor admodum reverendus dominus praepositus SS. Corporis Christi*). d) Czynsz 10 fl. od sumy 240 fl. ulokowanej na jatkach Doktorka i Krużka na Kazimierzu, których właścicielami byli w r. 1643 Andrzej Frigosz i Albert Mazurek (*Inscriptus a. D. 1578 in actis casimir. consular.* [6]).

Fundacyjne akta te potwierdził w r. 1578, a więc jeszcze za życia Piotra z Poznania, konsystorz krakowski (*Ordinatio variorum Censuum reemptionalium et Domus Lapideae pro Medico et pharmacis per Doctorem Petrum Posnaniensem fundatorum* [7]). Cały kapitał fundacyjny wynosił więc 1040 fl., a dochód roczny od niego 45 flp. 6 gr. W r. 1643 rozdzielano ten dochód jak następuje:

Communitati Maioris Collegii po refectionibus 1 Augusti fl. 2.
Prouisori eiusdem fundationis flor. 2.
Pro fabrica domus Medici flor. 2.
Pro euincendis censibus flor. 2.
Pro pharmacis pauperum flor. 2 [8]).

W należytem zrozumieniu intencyi fundatora, jakoteż nie mniej i okoliczności, że szlachetny cel fundacyi nie może być w zupełności osiągnięty z powodu niezbyt wielkich dochodów z funduszu, przeznaczonego na ten cel, ustanowili egzekutorowie testamentu Piotra z Poznania, po jego śmierci w r. 1579, drugą fundacyę *„pro altero Medico Studiosorum pauperum"* [9]). Kapitały tej fundacyi i dochody z nich były następujące: [10]) a) Suma 1000 fl. umieszczona w r. 1581 na wsi opata tynieckiego Łopaczyce, a przynosząca co kwartał dochodu 10 fl. (*Fer. sec. post festum S. Michaelis Archangelis in Actis Cracovien. Terrestribus*).

b) Suma 100 flp. z dochodem rocznym 4 flp., umieszczona na kamienicy zwanej „Latosinską", a położonej w Krakowie przy ulicy Szewskiej, pomiędzy kamienicami Adama Płotnika i Alexego (*alias* Olexi). (*Inscriptus in Actis Consularibus Cracouiensibus Anno Domini 1583 Feria sexta post festum Sancti Laurentii*).

c) Czynsz roczny 24 flp. od sumy 600 flp. [11]), ulokowanej w r. 1580 na kamienicy Krzysztofa Turnaj, będącej w r. 1643 własnością Krzysztofa Najmanowicza, a położonej przy ulicy Grodzkiej w Krakowie.

d) Na kamienicy zwanej „Langowską", a będącej własnością Jana Langa (w kodeksie naszym prawdopodobnie przez pomyłkę nazwanego „Lans"), ulokowano sumę 400 flp. [12]), przynoszącą rocznego dochodu 16 flp., płatnego w ratach kwartalnych [13]) po 4 flp. Kamienica ta znajdowała się pomiędzy domami Walentego Dębinskiego z jednej, a Konratowej z drugiej strony.

e) W r. 1580 ulokowano sumę 200 flp. [14]) z czynszem rocznym 8 flp. na kamienicy, piekarza, Alberta Gielowica, której właścicielem w r. 1643 był złotnik Borkowic (*Inscriptus in Actis Consularib. Cracouiensibus Anno Domini 1580 feria secunda ante Festum Sancti Martini*).

f) Na innej kamienicy tegoż samego Gielowicza, ulokowano w tymże samym roku drugą sumę 200 flp. [15]) z czynszem rocznym 8 flp. Druga ta kamienica znajdowała się na rogu ulicy Gołębiej i Wiślnej (*eodem anno ac die in eisdem Actis inscriptus*).

g) Dom Jana Pochyłego, częścią budowany, częścią murowany, położony przy ulicy Mikołajskiej, a będący w r. 1643 własnością profesora Kowalika, obciążono w r. 1582 sumą 200 flp. i czynszem rocznym 8 flp. (*Inscriptus in Actis Consularib. Cracouiensibus A. D. 1582. Die S. Lucae Euangelistae*).

h) Na wsiach Wronia i Wroninek [16]), należących do klasztoru św. Ducha, ulokowano w r. 1581 sumę 200 flp. z dochodem rocznym 8 flp. (*Inscriptus in actis terrestribus Cracouiensibus A. D. 1581. Feria secunda post festum S. Michaelis.*

Cały więc kapitał tej drugiej fundacyi wynosił 2900 flp., a czynsz roczny od niego 116 flp. tak, że obydwie te sumy przekraczały przeszło w dwójnasób tę, jaką wyznaczył sam Piotr z Poznania. Wynikiem tego było że, jak to ze sposobu użycia dochodów wynika, znacznie większej sumy można było użyć z tej fundacyi na leki, aniżeli z pierwszej. Sposób bowiem użycia czynszu tegoż a rok 1643 jest następujący:

Prouisori fundationis . . . *flor.* 2.
Collegio Maiori pro refectionibus *flor.* 2.
Studentibus rationem . . . . *flor.* 2.
Pro euincendis censibus . . . *flor.* 4.
Pro pharmacis . . . . . . *flor.* 55.

Fundacya ta potwierdzona [17]) przez konsystorz dnia 16-go listopada r. 1583 miała swój statut [18]), według którego zawiadywał nią osobny prowizor. Celem jej było zapewnienie bezpłatnego mieszkania dla lekarza, który musiał wchodzić w skład uniwersytetu (*Ac. eandem Domum lapideam Medicinae Doctori Almae Universitati Crac. incorpo-*

[6]) Kod. nr. 141 arch. senackiego Uniw. Jagiel.
[7]) Kod. nr. 35 arch. senackiego Uniw. Jagiel.
[8]) Kod. nr. 141 arch. senackiego Uniw. Jagiel.

[9]) Kod. nr. 35 arch. sen.
[10]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[11]) Kod. nr. 35 arch. sen.
[12]) ibid.
[13]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[14]) Kod. nr. 141 arch. sen.
[15]) O tej pozycyi nie wspomina kod. nr. 35.
[16]) Kod. nr. 35 nazywa te wsi Wrocina i Wrocinek.
[17]) Kopia tego potwierdzenia znajduje się w kod. nr 35;
[18]) ibid.

rato... gratis conferent...[19]), a wybieralnego przez rektora, doktorów i profesorów *(Praepositus, Doctores et Magistri) collegii maioris.* W razie braku odpowiedniego kandydata mógł wybór paść na chirurga, którego wybierano pod tymi samymi warunkami, jak to czyniono z lekarzem, z tą jedyną różnicą, że go obdarzano tym zaszczytnym urzędem jedynie na czas, aż się znajdzie godny kandydat pośród lekarzy (*Medicus eidem Universitati incorporatus*). W dziejach naszej fundacyi spotkaliśmy się jedynie dwa razy z chirurgiem, jako lekarzem ubogich uczniów. Z jakiego powodu to miało miejsce, czy dla braku osoby odpowiedniej, czy też w zastępstwie chwilowo nieobecnego właściwego lekarza, tego na razie nie rozstrzygamy. Statut przewidywał jednakowoż i możność braku nawet chirurga, nakazując naonczas nieobsadzać posady i przechowywać dochody z fundacyi, dopóki się nie nadarzy sposobność ponownego wyboru.

Najważniejszym obowiązkiem lekarza, czy też chirurga, było udzielanie pomocy biednym, a w pierwszym rzędzie studentom, — bez żadnego osobnego wynagrodzenia, z wyjątkiem tego, które mu sama fundacya przyznawała — i troska, by studentom leków nie brakowało. *Ratione vero domus praefatae inhabitationis Medicinae Doctor pro tempere existens pauperes aegrotos Crac. ubique locorum et in hospitalibus vel in suburbijs degentes vel Crac. aut suburbia Causa recuperandae sanitatis et valetudinis undiquaque venient, ac ipssum per se vel submissas personas requirentes absque quavis Mercedis vel praemij exactione, arte medica curabit, curareque debebit ac tenebitur et toties eosdem visitabit, quoties ipremet opus fieri videbit, idque se facturum Sacramento jusjurandi coram Provisore...*" Miał więc „medicus pauperum studiosorum" obowiązek odwiedzać chorych, ilekroć tego tylko potrzeba wymagała, i to nietylko w ich własnem mieszkaniu, lecz także i w szpitalach. Roztrzygnięcie tego, ile razy dziennie lub też w ciągu całej choroby należy chorego odwiedzać, pozostawia statut już uznaniu i sumieniu samego lekarza, nakładając na niego za zaniedbywanie obowiązków rozmaite kary, zależne do stopnia przewinienia. Najsurowszą karą było odebranie wolnego mieszkania, a to miało miejsce, gdy się lekarz wydalił z Krakowa w ciągu jednego roku na dłużej niż na dwa miesiące, nie zostawiając odpowiedniego zastępcy, gdy porzucał kościół rzymskokatolicki, lub też gdy nie chciał udzielać chorym bezpłatnej pomocy. Pod względem nieudzielania bezpłatnej pomocy i odszczepieństwa nie znał statut żadnego wyjątku, a wyrok w tych sprawach wydawał jedynie rektor. Natomiast pozwalał, — rzecz dziwna, — pamiętać lekarzowi przedewszystkiem o swojem własnem zabezpieczeniu w czasie chorób nagminnych (*pestis tum tempore excepto quo abesse poterit, donec periculosa lues grassabitur*). Z dziejów fundacyi nie wynika, żeby kiedykolwiek lekarze z tego przywileju korzystali. Owszem, kiedy w r. 1580 straszna zaraza nawiedziła i Kraków, pozostał Marcin Fox, ówczesny lekarz biednych studentów, na swojej placówce, bacząc na to, by pomimo wielkiego zapotrzebowania nie zabrakło leków. (*Quoniam vero tunc passimet generaliter per totum mundum grassabatur morbus catharosus febrilis et contagiosus, permissum fuit D. Martino Foxio et pharmacopolae ut multiplicatis pauperibus aegris multiplicarentur quoque pharmaca...*[20]) (Dokończenie nastąpi).

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 grudnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lekar. krakowskiego odbyły się wybory do zarządu Towarz. na r. 1904. — Wybrani zostali: kol. prof. J. Nowak (prezes); kol prof. Al. Rosner (zastępca prezesa); kol. Dr. Urbanik (sekretarz doroczny); kol. Dr. A. Kwaśnicki (redaktor »Przeglądu lekarskiego«); do Komisyi redakcyjnej wybrani zostali koledzy: prof. Ciechanowski, prof. Baczyński, Dr. Cercha i doc. Rutkowski.

[19]) ibid.
[20]) Kod. nr. 141 arch. sen.

* Prof. Rydygier wysłał do Pragi pismo, w którem wyłuszczył powody, dla których pozostaje we Lwowie. Zaszczyt powołania go na katedrę po ś. p. Maydlu podwoił szanowny profesor niemniej zaszczytnem dla siebie uchyleniem ponętnych widoków dla idei żołnierskiego obowiązku »stać i trwać w miejscu«.

* (J). Opuścił prasę zeszyt piąty (powiększony) dzieła zbiorowego »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wychodzącego pod redakcyą prof. Jaworskiego. Zeszyt ten jest zakończeniem tomu pierwszego. W tomie tym znajdują się następujące działy: 1) Choroby układu nerwowego (prof. Domański i prof. Prus); 2) Choroby zakaźne (Biegański — Wilczyński; 3) Zatrucia (doc. Marischler); 4) Choroby przemiany materyi (doc. Marischler); nabyć go można w księgarniach H. Altenberga we Lwowie. A. S. Krzyżanowskiego w Krakowie Wendego i Sp. w Warszawie. Cena tomu pierwszego 9 k. (w prenumeracie). Następny zeszyt pojawi się w styczniu 1904.

* Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 4. b. m. posiedzenie, poświęcone głównie sprawie instytucyi lekarzy szkolnych w Krakowie. Zgadzając się w zasadzie na potrzebę tej instytucyi, Komisya uznała istnienie pewnych korzyści z połączenia tej sprawy z zamierzoną reorganizacyą miejskiej służby zdrowia i odroczyła ostateczną uchwałę do chwili tej reorganizacyi.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 19 b. m.

* Dr. Jan Pruszyński, wydawca „Gazety lekarskiej", otrzymał d. 12. b. m. dyplom doktora medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

* Dr. Napoleon Jan Gąsiorowski złożył egzamin rządowy we Lwowie.

* Kalendarz lekarski krakowski zmienił w roku bieżącym redakcyę, którą objął kol. Doc. Seńkowski. Z trudnego zadania, by w jak najmniejszej objętości zmieścić jak najwięcej treści, wywiązała się nowa redakcya znakomicie. W małej książeczce, znanej kolegom z lat poprzednich, prócz ustępów dawniej drukowanych, a teraz przerobionych i pomieszczonych w innej formie druku, znajdujemy jeszcze jako nowość: Uwagi ortopedyczne i wskazówki badania najgłówniejszych środków spożywczych i przedmiotów użytkowych, jak woda, mleko, mąka, masło, nafta, rzecz szczególnie ważna ze względu na potrzeby kol. lekarzy powiatowych.

Wśród rozmaitych rozdziałów i tablic, koniecznych w życiu praktycznego lekarza, znajdujemy także wymiar należytości za czynności sądowo-lekarskie, ustęp bardzo potrzebny dla kol. znawców sądowych. W porównaniu z kalendarzami niemieckimi, ze względu na treść i treściwość, kalendarzowi naszemu należy się bezwzględnie pierwszeństwo.

* Nagroda Nobla z działu medycyny została przyznaną prof. Finsenowi.

* Izba lekarska zarządzająca zamierza w imieniu wszystkich Izb rakuzkich przesłać podanie na ręce prezydenta ministrów, w którem wskaże na niestosowne zachowanie się namiestnika w Sejmie niższoaustryackim i złoży protest przeciw postępowaniu, uwłaczającemu stanowi i Izbom lekarkim.

* Władze sanitarne szkolne we Włoszech wydały nowe przepisy w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób zakaźnych; choroby te podzielono na 2 grupy: do pierwszej należą choroby zakaźne ostre, do której zaliczono i gruźlicę płucną; do 2-giej — przewlekłe: gruźlica skóry, kości i gruczołów; jaglica, strupień woszczynowaty, świerzb i pęcherzyca. Chorzy na cierpienia 1-szej grupy są wykluczeni od uczęszczania do szkoły; chorzy na choroby zakaźne przewlekłe mogą uczęszczać do zakładów, lecz muszą siedzieć na osobnych ławkach i co 2 tygodnie składać świadectwa, że pozostają w opiece lekarskiej.

* Między 1 a 7 grudnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), myślenickim (1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), rawskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.).

(—) Do Towarzystwa Samopomocy lekarzy przystąpili następujący nowi członkowie koll.: prof. Gałęzowski (Paryż), Klęsk (Wiszenka), Kowenicki (Tarnopol)., Podlewski (Lwów).

Dr. Langie, generalny sekretarz.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Starck mianowany profesorem nadzwycz. wewnętrznej medycyny w Heidelbergu. Dr. Schultz (fizyolog) otrzymał tytuł profesora w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Delotte, prof. patologii ogólnej, w Limoges, lat 79. Dr. Pott prof. pedyatryi zmarł w Halli.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. II. Popiel: Miednica polek i jej stosunek do typu uważanego za normalny. Bucelski: Zakład dla obłąkanych w Tworkach. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Kijewski: O wycinaniu płuc.

Prócz prac oryginalnych Zeszyt ten zawiera „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“ za r. 1902.

— *Głos lekarzy* Nr. 12 zawiera: Nasz konkurs literacki. — Rozdwojenie galicyjskich Izb lekarskich. — Protest przeciw projektowi ustawy karnej na lekarzy. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. — Stan szpitali w Galicyi. — O nowej metodzie szczepienia. — Z życia paryasa Wydziału krajowego. — O sprawozdaniu Komisyi sanitarnej w sprawie obniżenia dyet za szczepienie. — Odpowiedź prof. dr. G. Ziembickiego na projekty prof. dr. Kadera. — Krytyka projektów prof. Kadera. Rezolucye lekarzy szpitala św Łazarza w Krakowie w sprawie projektów prof. Kadera. — Głos lekarza rządowego. — Korespondencye. — O tytuł specyalisty. — Feileton.

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Drozdowicz: Przed sądem instynktu. Kramsztyk: Projekt organizacyi lekarskiej. Jaworski: Udział idei w badaniach naukowych. Sterling: Ordynatury a filantropia. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie.

— *Medycyna* Nr. 49. Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach, powstających wskutek urazu głowy. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1902.

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. Malinowski: Leczenie płonicy surowicą swoistą. Kosiński: Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem surowicą przeciwpaciorkowcową płonicy. Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic (c. d.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

— *Postęp okulistyczny* Z. 11. Strzemiński: Dwa przypadki u rodzeństwa objawów zarodkowych kiły dziedzicznej w oczach. Bednarski: Przyczynek do anatomii patologicznej podspojówkowego zwichnięcia soczewki, prążkowanego zaćmienia rogówki i podwójnego oderwania się tęczówki. Łuniewski: Leczenie zapalenia gruźliczego okostnej brzegu oczodołowego mieszanką jodoformową.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Haškovec: Exofthalmus v nemoci Basedowově. (dok). Knop: O vlivu počasi ročniho a teploty na záchvaty zánětlivých glaukomů. Lašek: Diffusni, kompikovaný obličejový tic.

— *La Presse médicale* Nr. 96. Trousseau: Usunięcie soczewki, jako środek leczenia krótkowzroczności. Garnier: Stan siatkowaty zastawek serca u człowieka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Schmidt: Leczenie gośćca stawowego przeciwpaciorkowcową surowicą Menzera. Zangmeister: Spożytkowanie obniżenia punktu marznięcia moczu dla oceniania czynności nerek. Abel: Droga pochwowa czy brzuszna przy operacyach ginekologicznych. Japha: Kurcz głośni u dzieci. Ewald: Guzy kiszkowe w lewej okolicy biodrowej (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Paltauf: Robert Koch (dedykacya). Kraus: Rozróżnienie mętwika cholery od mętwików powinowatych. Schwoner: Przyczynek do nauki o rzekomych prątkach błonicy. Kraus i Joachim: W sprawie biernego uodpornienia. Löwenstein: Kataloza w odsączu bakteryjnym. Lipschütz: Bakteryohemoliza. Pick i Joachim: Zachowanie się ciał białkowatych surowicy krwi podczas gnicia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Volhard: Nowa metoda ilościowego oznaczania pepsyny, oraz uwagi o odczynie tryptofanowym i o zaczynie tworzącym plasteinę. Schultze: Psychozy w przebiegu wiądu rdzenia. Pal: Napady naczyniowe (Gefässkrisen) i ich stosunek do napadów żołądkowych i brzusznych u chorych na wiąd rdzenia. Lentz i Tietz: Metoda pomnażania prątków duru prawdziwego i rzekomego. Stegmann: Granice stosowania snu hipnotycznego w psychoterapii Schmilinsky: Uwagi nad wykazaniem i znaczeniem makroskopowo niedostrzegalnych przymieszek krwi do treści żołądka i kiszek. Nassauer: Leczenie poronienia. Schaeffer: Dodatek do mego artykułu: »Zgorzel podudzia w połogu bezgorączkowym«. Wolffhügel. Doświadczenia wojskowo-higieniczne w Chinach

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Mietschnikow i Roux: Kiła doświadczalna. Ronald Ross: Udział Kocha w badaniu zimnicy. Celli i Blassi: Czy jad wścieklizny jest przesączalny? Paltauf: O aglutynacyi i precypitacyi. Tavel: Uwagi doświadczalne i kliniczne nad różnorodnością surowicy przeciwpaciorkowej. Friedmann: Uodpornienie przeciw gruźlicy.

Redakcya otrzymała. Sprawozdanie Czytelni akademickiej we Lwowie za r. 1902/3.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 49 (od 6/XII do 12/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 48, dz. 32; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 22; zamiejscowych: męż. 17, kob. 10.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	—	—
2	Gruźlica	7	5
3	Zapalenie płuc	8	5
4	Dławiec i błonica	1	1
5	Krztusiec	—	—
6	Ospa	—	—
7	Płonica	—	—
8	Odra	4	—
9	Dur osutkowy	—	—
10	Dur brzuszny	—	1
11	Czerwonka	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—
13	Cholera dzieci	1	1
14	Cholera swojska	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	2
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—
19	Krwotok mózgowy	2	—
20	Choroby narządu krążenia	5	3
21	Nowotwory	3	2
22	Inne przyczyny śmierci natur.	7	5
23	Śmierć przypadkowa	—	1
24	Śmierć gwałtowna	2	1
	Razem	39	27

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLII. Kraków 26 Grudnia 1903. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie śródtorebkowego wyłuszczenia przerosłego gruczołu krokowego.

Podał

L. Rydygier,

c. k. Radca Dworu.

W ostatnich czasach okazały się trzy prace, jedna po drugiej, omawiające operacyjne leczenie przerostu gruczołu krokowego: Riedla[1]), O. Zuckerkandla[2]) i Voelckera[3]).

Riedel w sposób, sobie właściwy, podnosi nietylko najważniejsze szczegóły, odnoszące się do techniki operacyjnej, lecz nie pomija także uwag, tyczących się wskazań. Z autorem tym, który ostatecznie przyznaje, żeśmy oba szli tym samym torem myśli — ja prędzej, on później — zgodzić się mogę całkowicie.

Natomiast na twierdzenia O. Zuckerkandla i Voelckera nie mogę przystać bez pewnych zastrzeżeń. Obom przypomnieć muszę, że już w roku 1900[4]) zaproponowałem częściowe wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego, do tej samej sprawy powracałem w r. 1901[5]) i 1902[6]), mówiąc wyraźnie o śródtorebkowem wyłyżeczkowaniu, wzgl. resekcyi stercza i opisując szczegółowo technikę operacyjną. Mimoto tych prac moich O. Zuckerkandl nie przytacza, jakkolwiek piśmiennictwo uwzględnia wcale dokładnie i uskarża się, że nie uwzględniono dostatecznie jednej z jego dawniejszych prac, a w przypisku z całym naciskiem zastrzega dla siebie pierwszeństwo w podaniu łukowatego cięcia przedprostniczego. A przecież metoda przezemnie podana różni się zasadniczo od metod Aleksandra, Nicolla, Jaboulaya, Freyera i t. d.; inną też jest od sposobu używanego przez Czernego, a opisanego przez Voelckera i odmienną od metody O. Zuckerkandla. Zasłużyła więc na uwzględnienie, jako też nie pominął jej Riedel i Sonnenburg i Mühsam (Podręcznik techniki operacyjnej, str. 213).

Myślą przewodnią była dla mnie idea stworzenia takiej metody operacyjnej, któraby nie narażała wyniszczonych zwykle starców na większe niebezpieczeństwa. W kilku słowach raz jeszcze uzasadnię moje postępowanie:

1) Wybrałem cięcie wzdłuż szwu międzykrocza (od nasady moszen aż do przedniego obwodu rzyci), jako najmniej obrażające. Z cięcia tego mogłem zupełnie swobodnie wyłyżeczkować stercz śródtorebkowo. Tu już zaznaczam, że nie staram się wcale „o całkowite wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego“, jak tego żąda O. Zuckerkandl, a nie staram się dla słusznych przyczyn, o czem pomówię niżej. W przypadkach trudniejszych cięcie łukowato poprzeczne O. Zuckerkandla, zalecone pierwotnie do odsłonięcia tylnej powierzchni stercza, ułatwiłoby może operacyę, a w większym jeszcze stopniu cięcie Riedla (poprzeczne łukowate z dodatkiem podłużnego przez całe międzykrocze aż po nasadę moszen). Cięcia te są jednak bardziej obrażające, niż proste cięcie wzdłuż szwu międzykrocza.

2) Torebkę przecinam zawsze dwoma cięciami ponad płatami bocznymi, rozpoczynając raz po lewej, drugi raz po prawej stronie. Cięcia te, zawsze na 1—2 cm. oddalone od linii środkowej, przebiegają w kierunku podłużnym. Tak samo postępuje Riedel. Przecinanie torebki w linii środkowej, jak to czynią Voelcker (Czerny) i O. Zuckerkandl uważam za postępowanie mniej się zalecające. W linii bowiem środkowej leży przesmyk stercza, łączący oba płaty boczne; a ponieważ cięcie to leży bezpośrednio ponad cewką, niebezpieczeństwo uszkodzenia jej staje się tem większem.

3) Nie mogę się na to zgodzić, aby umyślnie i zaraz w początku operacyi otwierać cewkę, jak tego życzy sobie O. Zuckerkandl i i. Stanowczo oświadczam się przeciw takiemu otwieraniu cewki, a jeszcze bardziej przeciw otwieraniu pęcherza. Voelcker powiada: „Po skończonej operacyi znachodzimy na dolnej ścianie części kroczowej cewki i w szyjce pęcherza szczelinowatą ranę, niekiedy z wystrzępionymi brzegami, zachowaną jednak została ciągłość tych narządów.“ Nie dziwię się wcale, że po operacyi tak wykonanej, Voelcker podaje następujące wyniki: na 11 operacyi 2 razy nastąpiło zejście śmiertelne (przyp. 9 i 10); 2 razy stała przetoka na międzykroczu (przyp. 5 i 11); 3 razy uszkodzenie prostnicy (przyp. 2, 6 i 10). — „Raz obserwowaliśmy następowe zwężenie cewki w miejscu operacyi. W przypadku tym gruczoł krokowy został w całości wyjęty“.

Skutkiem uszkodzenia cewki moczowej, a jeszcze bardziej pęcherza, operacya, głównie dzięki bardzo zawikłanemu leczeniu następowemu, staje się bez porównania niebezpieczniejszą. Usilnem dążeniem naszem powinno być, aby w miarę możności unikać każdego umyślnego czy przypad

---

[1]) Ueber die Totalextirpation der hypertrophischen Prostata (Wien. klin Wchschr. Nr 44. 1903).

[1]) Ueber die Excochleatio Prostatae (Deutsche med. Wchschr., Nr. 44).

[3]) Bahandlung der Prostatahypertrophie mit perinealer Prostatectomie (Langenbecks Archiv. t 71, Z. 4).

[4]) „Zur Behandlung der Prostatahypertrophie« (Krótki referat w Central. f. Chir. 1900, Nr. 46, pag. 1002).

[5]) Verhandl. d. deut. Gesell. f Chir. 1901, pag 19 i w Centrbl f. Chir. 1901 Beil.

[6]) Die intrakapsuläre Prostataresection als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie (Ctrbl. f. Chir. 1092, Nr. 41).

kowego uszkodzenia cewki, względnie pęcherza, co niestety aż nazbyt często wbrew najlepszym naszym zamiarom nie udaje się. A gdy w ogłoszeniu O. Zuckerkandla czytam, że jemu mimo zasadniczego otwierania cewki moczowej na wstępie operacyi, bardzo często nie udawało się uniknąć jej uszkodzenia przypadkowego w dalszym przebiegu operacyi, nie mogę żadną miarą przychylić się do tego sposobu postępowania. Wśród tych bowiem warunków główny argument O. Zuckerkandla i in., że lepiej mieć do czynienia z raną o brzegach gładkich, ciętych, niż z raną o brzegach poszarpanych, traci racyę bytu. Dotychczasowe bowiem doświadczenie tego właśnie autora wykazuje najlepiej, że jedno nie chroni przed drugiem. Pracując nad techniką tej operacyi, dążyłem do tego, aby unikać tych przypadkowych obrażeń cewki moczowej. Z tego powodu w miejsce pierwotnego wyłyżeczkowania stercza zaproponowałem śródtorebkową resekcyę płatów bocznych. I spodziewam się, że w przyszłości uda mi się stanowczo uniknąć przypadkowych uszkodzeń cewki, przez pozostawienie *in situ* tkanki gruczołowej, tuż obok cewki położonej. Przekonany jestem, że w każdym razie wskazanem jest bardziej dążenie w tym kierunku, aby nauczyć się, jak unikać przypadkowych czy umyślnych uszkodzeń cewki, pęcherza lub prostnicy, aniżeli troska o całkowite i doszczętne usunięcie stercza.

4) Przeciwnie, całkowitego śródtorebkowego wyłuszczenia gruczołu krokowego, jak to zapowiada tytuł pracy O. Zuckerkandla, nie uznaję za rzecz konieczną; nie mówiąc już o tem, że jest to rzeczą *sensu strictiori* niewykonalną, o ile chodzi o operacyę śródtorebkową, a w każdym razie niebezpieczniejszą, niż częściowe wyłyżeczkowanie lub odcięcie. Uszkodzenie ścian cewki moczowej przy całkowitem wyłuszczeniu stercza staje się niemal nieuniknionem, jeśli zważymy, że w części kroczowej cewka moczowa prócz błony śluzowej nie posiada ściśle odgraniczonych własnych ścian. Nadto praca Voelckera dostarcza dowodów, że przy usiłowanem całkowitem wyłuszczeniu stercza pęcherz i prostnica równie łatwo mogą być uszkodzone. Także w ogłoszeniu O. Zuckerkandla spotykam jeden przypadek uszkodzenia prostnicy, a dwa razy wzmiankę o owrzodzeniach odleżynowych kiszki, powstałych w 4 tygodnie po operacyi. Gdyby utrzymaną została choćby tylna ściana torebki stercza, z pewnością jedwabny cewnik nie byłby w stanie spowodować odleżyny.

Aby uniknąć wszystkich tych niebezpieczeństw i uczynić operacyę tę jak najmniej niebezpieczną, zaleciłem w miejsce zwykłej dotychczasowej *prostatectomiae perinealis*, śródtorebkowe wyłyżeczkowanie stercza od międzykrocza, które jest niewątpliwie usprawiedliwionem w gruczolakowej formie przerostu tego narządu. Przy przeroście jednostajnym rozlanym odpowiedniejszą jest resekcya obu płatów bocznych z pozostawieniem pasma tkanki tuż obok cewki, której przebieg zaznaczamy grubym cewnikiem podczas operacyi.

Tym sposobem także może udałoby się uniknąć uszkodzenia przewodów nasiennych, które, jak wiadomo, dążą przez miąższ gruczołowy w odległości około 6 mm od cewki. Okoliczność ta nie jest bez znaczenia, zwłaszcza o ile chodzi o mężczyzn młodszych, w początkach przerostu gruczołu krokowego. Do tej sprawy powrócę jeszcze. Sprawy przewodów nasiennych nie poruszono dotychczas w żadnej publikacyi, a rzecz warta zastanowienia. Nad sprawą tą nie można milcząc przejść do porządku dziennego. Gdyż 1) przerost gruczołu krokowego objawia się nierzadko już około 50 r. ż. a 2) nawet mężczyźni 60-letni nie godzą się bez zastrzeżeń na umyślne uszkodzenie ich czynności płciowych. Wszakżeż w czasach, kiedy to jeszcze często zalecano wytrzebienie przeciw przerostowi gruczołu krokowego, wiekowi starcy nie chcieli za taką cenę odzyskać zdrowia i nie zgadzali się na wytrzebienie. W tem miejscu chciałbym w kilku słowach wspomnieć o jednym chorym w wieku dwudziestu paru lat, u którego wyłyżeczkowałem gruczoł krokowy z powodu gruźlicy. Operowany po roku zgłosił się do kliniki skarżąc się, że od czasu operacyi nie odczuwa wcale popędu płciowego, a gdy mimoto od czasu do czasu spółkował, sądząc, że tym sposobem zapobieże bolesnym zmazom nocnym, (może skutkiem załamania przewodów wytryskowych w tkance bliznowatej), nie doznawał w czasie tego aktu żadnej przyjemności, a tylko ból. Na takie następstwo operacyi proszę zwrócić uwagę; a wydarzyć się musi tem pewniej, im doszczętniej usuniemy tkankę gruczołową.

Wracając do rozprawy O. Zuckerkandla, zwrócić muszę uwagę jeszcze na jedno powikłanie, które uznać należy za następstwo całkowitego usunięcia stercza. Mianowicie w dwóch jego przypadkach już po wyleczeniu wystąpiło mimowolne wyciekanie moczu kroplami, zwłaszcza podczas kaszlu i w postawie stojącej. Coś podobnego nie zdarzyło się żadnemu z moich pacyentów, ani też Riedel nie wspomina o takiem powikłaniu. Jeżeli sobie przypomnimy, że gruczoł krokowy jest nietylko narządem wydzielniczym, lecz równocześnie odgrywa niepoślednią rolę jako narząd zamykający pęcherz, zrozumiemy, że po całkowitem jego usunięciu nastąpić musi niedomykalność pęcherza.

Z drugiej zaś strony nie mogę sobie wyobrazić, dlaczegoby śródtorebkowa resekcya gruczołu lub częściowe jego wyłyżeczkowanie nie miały dać wyniku zadowalniającego. Takiemu mniemaniu nie sprzeciwia się bynajmniej dotychczasowe doświadczenie, a popiera je porównanie z wolem, którego użyłem w jednej z poprzednich publikacyi. Otwarcie wielu zaułków w przerosłym sterczu i następowe bliznowate zmniejszenie całego gruczołu, nie może pozostać bez wpływu na lepsze ukształtowanie się warunków dla odpływu moczu, tak jak po resekcyi wola oddech dzięki zniesionemu uciskowi na tchawicę staje się swobodnym. Nie byłoby pożądanego wyniku pooperacyjnego chyba wówczas, gdyby przeszkodą dla odpływu moczu był jedynie i wyłącznie przerosły płat środkowy. W tych jednakowoż przypadkach śródtorebkowe usunięcie płatów bocznych, jakimkolwiekby ono było wykonane sposobem, pozostanie zawsze bez skutku i jest poprostu w tych razach przeciwwskazanem.

Dotychczasowe doświadczenie nie pozwala na jakikolwiek dodatni lub ujemny sąd co do częstości nawrotów tego cierpienia po śródtorebkowem wyłyżeczkowaniu lub resekcyi gruczołu krokowego. Riedel przypuszcza, że w razie nawrotu możnaby po pewnym czasie operacyę bez trudności powtórzyć. Główną rzeczą pozostanie, aby zabieg uczynić jak najmniej niebezpiecznym.

To są powody, dlaczego ja pozostaję i pozostanę przy swojej metodzie śródtorebkowego częściowego wyłyżeczkowania, względnie resekcyi gruczołu krokowego i nie przyjmę

ani metody O. Zuckerkandla — całkowitego wyłuszczenia stercza, ani podobnego sposobu, opisanego przez Voelckera z kliniki Czernego.

Na zakończenie jeszcze słówko w kwestyi wskazań. Wspólnie z Riedlem mniemam, że operacyę tę zalecać się winno we wcześniejszych okresach przerostu gruczołu krokowego. Rękoczyn ten, wykonany tak, jak ja go opisałem, jest wolnym od wszelkich niebezpieczeństw i chroni przed niemiłemi przypadkowemi powikłaniami. Czem zaś prędzej usuniemy przeszkodę dla odpływu moczu, tem pewniej i skuteczniej uchronimy pęcherz i nerki od niekorzystnych następstw, mogących wyniknąć z przerostu gruczołu krokowego.

II. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych prof. Jauregg-Wagnera we Wiedniu.

Histerya z pozorami tężyczki.

Podał

Kazimierz Orzechowski.

Sądząc z liczby prac, ogłoszonych o tym przedmiocie i z liczby zebranych przypadków, histerya, naśladująca tężyczkę, zdarza się bardzo rzadko. Krafft-Ebing znalazł w całem piśmiennictwie niemieckiem zaledwie sześć przypadków, włączając i własne. Z tego więc już powodu podanie kazuistyki z zakresu tężyczki pozornej na tle histeryi budzić powinno pewne zainteresowanie naukowe. Rozważanie historyi chorób, oraz stanu znalezionego u chorych, nasuwają w dalszym ciągu wnioski, które z korzyścią spożytkować się dadzą dla celów różniczkowego rozpoznania i etyologii tężyczki wogóle. Wspomnieć bowiem należy o teoryi autorów francuskich, która wogóle przyjmuje histeryę za podstawę i tło tężyczki; nie istnieje więc, w myśl tej teoryi, ściśle wyosobniona jednostka chorobowa, określana dotychczas mianem tężyczki, a zdarza się jedynie, i to rzadko, zbiór objawów tężyczkowych (*syndrome tetanique*) u osób histerycznych. Przypuszczenie to tłómaczy się rzadkością tężyczki we Francyi, nieuwzględnianiem charakterystycznej etyologii i typowych znamion klinicznych choroby, przedewszystkiem zaś objawu Erba. Powodem nieuznawania odrębności tężyczki przez francuzów było również i to, że wysuwają oni na czoło klinicznych objawów tężyczki kurcze; wybierając zaś z rozlicznych przypadków skłonności do kurczów *(diathèse de contracture)* te, w których kurcze nadają kończynom obraz podobny do tężyczkowego, uważają je za przypadki tężyczki. Tymczasem przypadki te autorów francuskich mają jedynie powierzchowne podobieństwo, ograniczające się do jednego szczegółu, mniej lub więcej typowego skurczu, wskutek czego nie są one nawet udatnem naśladownictwem tężyczki.

Podając w dalszym ciągu opis przypadków własnych, zestawimy je dla porównania ze spostrzeżeniami innych autorów.

I. *S.*, lat 18, wolna, służąca. Ojciec umarł przed 16 laty na zapalenie płuc. Matka żyje i jest zdrową. Chora ma siedmioro rodzeństwa, wszyscy zdrowi. Brak obciążenia dziedzicznego. Chora jako dziecko miała przebyć zapalenie płuc. W 17 roku życia poraz pierwszy wystąpiła miesiączka i od tej pory miesiączkuje regularnie.

Choroba obecna rozpoczęła się dnia 5 lutego, o godzinie 7½ rano; do tego czasu pacyentka była zdrową. Wróciwszy z zakupów do domu uczuła nagle pewnego rodzaju niedomaganie w lewej kończynie górnej i zauważyła, że ręka jest sztywną. Żadnej przyczyny tego stanu podać nie umie; ani wstrząśnienie psychiczne, ani uraz fizyczny nie poprzedziły wybuchu choroby. Kosz na kupno niosła chora, jak zwykle, na ramieniu prawem. Ostatnia miesiączka skończyła się przed 6 dniami (30 stycznia). Chora dodaje, że zesztywnieniu lewej ręki nie towarzyszyło wcale uczucie bolu, jak również, że do chwili zjawienia się w ambulatoryum o godzinie 11 rano d. 5 lutego, mimo utrzymywania się skurczu, nie uczuwała w ręce ani parestezyi, ani bolu.

Stan obecny w dniu 5. II. 1903. Chora wzrostu średniego, wątłej budowy kośćca, dość dobrze odżywiona. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nieznacznej wielkości wól środkowego płata ma istnieć rzekomo od roku. Ciepłota ciała prawidłowa. Obwód czaszki 53 ctm. guzy czołowe nieco wypuklone, brak objawów zwyrodnienia. Chora nie doświadcza bolu głowy, ograniczonego do jednego punktu *(clavus)*. Odruchy uszny i nosowy prawidłowe. Odruchy: podniebienny i połykowy obustronnie obniżone w jednakim stopniu. Odruchy spojówkowe po obu stronach żywe, spojówki gałkowe natomiast mniej wrażliwe. Odruch żuchwowy lekko spotęgowany. Objaw Chwostka po stronie lewej daje się wywołać z trudnością, po prawej wyraźny. Czucie na tułowiu prawidłowe, brak bolesności dotykowej sutków, okolicy jajników i stosu kręgowego. Odruchy powłok brzusznych po obu stronach żywe; kolanowe nieco spotęgowane. Odruchy ścięgna Achillesa i podeszwowe nieco obniżone.

Pacyentka trzyma rękę lewą przegiętą ku dłoni w stawach śródręcza i palców pod kątem około 110°; kciuk przeciwstawiony i przywiedziony do ręki. Palce znachodzą się w jednym szeregu, cokolwiek odmiennie, jak to ma miejsce zazwyczaj w tężyczce. Głębokie odruchy kończyn górnych obecne, może nieco podwyższone. Objawu Trousseau'a mimo blizko 10-minutowego podwiązania nie można wywołać. Brak zaburzeń czucia głębokiego. Badanie czucia skórnego wykazuje znieczulenie na dotyk i obniżenie czucia bolu w ręce lewej i lewem przedramieniu, urywające się na linii poprzecznej, idącej przez staw łokciowy lewy. Objaw Biernackiego po obu stronach wyraźny. Objaw Erba ujemny:
Prąd galwan. na pień VII. . . . . . . po stronie lewej 2·6 MA.
» » » » » . . . . » » prawej 1·9 MA.
» » » nerw łokciowy po str. prawej i lewej przy 2·0 MA. Kat. SZ >.

Wyraźne podniesienie mechanicznej pobudliwości mięśni lewego przedramienia.

Badanie perymetrem nie wykazuje zmian w polu widzenia.

Przy powtórnem badaniu dn. 6. II. 1903 pacyentka dość dobrze porusza ręką lewą. Opowiada, że już wczoraj wieczorem było jej lepiej, że skurcz ręki zelżał trochę, a w nocy ustał zupełnie. Wyraźne wczoraj obniżenie czucia bolu na przedramieniu i ręce aż po staw łokciowy obecnie znikło. Równocześnie z polepszeniem się stanu ręki wystąpił szczękościsk. Wieczorem chora zauważyła, że nie może zupełnie otwierać ust i uczuwała pewne napięcie mięśni twarzy. Rano po zbudzeniu się przekonała się, że wcale nie może ust otworzyć. Badanie stwierdza szczękościsk; pacyentka mówi przez zęby i nie może otworzyć ust mimo zachęty i energicznego przynaglania. Wspomnieć należy, że dnia poprzedniego kilkakrotnie badano odruch żuchwowy, przez co zwrócono prawdopodobnie uwagę chorej na mięśnie żuchwy. Objawu Chwostka dzisiaj wywołać nie można.

Leczenie: Po krótkiem zastosowaniu silnego prądu faradycznego szczękościsk ustąpił i chora natychmiast poczuła się zupełnie zdrową; ponieważ dobry stan zdrowia utrzymywał się stale, chorą wypuszczono z kliniki.

II. *W. B.*, lat 25, kucharka. Ojciec umarł w 61 roku życia na zapalenie płuc, matka w 51 r. ż., rzekomo na zapalenie otrzewnej. Rodzeństwa pięcioro, zdrowi. Chora nie przypomina sobie, czy przechodziła jakąkolwiek chorobę. Miesiączkować poczęła w połowie 15 r. życia; między 16 a 17 rokiem życia miesiączkowanie z niewiadomej przyczyny ustało, potem jednak wróciło i po dziś dzień odbywa się prawidłowo.

Chora podaje, że zawsze była nerwową. Z byle jakiej przyczyny popadała w drżenie, raz zaś, było to mniej więcej w 12 roku życia, wskutek przestrachu utraciła mowę na kilkanaście minut.

Przed miesiącem po wyrwaniu dwóch zębów wystąpił u chorej napad, połączony z utratą przytomności, trwający 10 do 15 minut. Po ocuceniu się nie mogła chora mówić około kwadransa, przyczem słyszała i rozumiała wszystko, co do niej mówiono. Równocześnie w cza-

sie tej przemijającej niemoty uczuwała silne bole w kończynach górnych i zauważyła, że nie może wyprostować ramion, ani otworzyć pięści, które przybrały charakterystyczne ułożenie ręki położnika. Powoli skurcz rąk ustąpił. W kilka dni później wystąpił znowu tężcowy skurcz lewej kończyny górnej, przyczem obie kończyny dolne okazywały silne drżenie. Napad trwał blizko 10 minut. Nadto powtórzyły się jeszcze dwa razy te napady kurczów tężcowych, przebiegały z silnymi bólami w kończynie i występowały zawsze po wzruszeniach. Utrata przytomności nie zdarzyła się już ani razu. Ostatnie trzy napady zajmowały jedynie lewą kończynę górną.

Stan obecny. Pacyentka średniego wzrostu i miernego odżywienia, źrenice prawidłowe, dobrze oddziaływające na światło. Odruchy: spojówkowy, rogówkowy, uszny, nosowy, podniebienny i połykowy zachowują się prawidłowo. Odruch żuchwowy wzmożony. Objaw Chwostka daje się wywołać obustronnie. Mechaniczna pobudliwość mięśni wogóle nie jest zwiększoną. Wszystkie odruchy ścięgniste spotęgowane, zwłaszcza odruchy kolanowe. Odruch powłok brzusznych istnieje. Objaw Trousseaua nie daje się wywołać. Badanie pobudliwości nerwowej.

N. łokciowy lewy 1 MA.
N. łokciowy prawy 1·4 MA.

Wobec prądu faradycznego nie okazują zwiększenia pobudliwości nerwy: łokciowy, twarzowy i strzałkowy. Przy badaniu czucia lewa połowa ciała okazuje lekką nadbolesność na dotknięcie ostrem końcem szpilki. Również dotknięcia główką szpilki zostają silniej odczute po całej stronie lewej ciała. Stan ten zauważyła sama pacyentka mniej więcej od roku. Po zastosowaniu terapii bromowej ustąpiły zaburzenia czucia, objaw Chwostka zniknął, napady zaś kurczów również się więcej nie powtórzyły.

W obu tych przypadkach rozpoznanie histeryi zdaje się być pewnem. Jeśli w pierwszym przypadku moglibyśmy myśleć o tężyczce, to musielibyśmy przyjąć jej postać samoistną, brak tu bowiem etyologii, gdy wykazanie małego wola, istniejącego od roku, musimy uważać za niewystarczające. Za przyrodą histeryczną przypadku pierwszego przemawia mimo braku przyczyny wywołującej, jednostronność skurczu, niezupełna jego typowość, dalej to, że skurcz odrazu, osiągnąwszy toniczne natężenie, trwał bez zmiany czas dłuższy, w ciągu kilkunastu godzin. Wystąpieniu i trwaniu skurczu ręki nie towarzyszą wcale parestezye. Na obszarze, zajętym przez skurcz, skóra okazuje znieczulenie i zmniejszone czucie bolu, urywające się mankietowo w okolicy stawu łokciowego. W dzień po wystąpieniu znika bez śladu skurcz ręki, a wraz z nim zaburzenie czucia; kilkakrotne usiłowanie w celu wywołania odruchu żwaczy skierowuje uwagę pacyentki ku twarzy, wskutek czego szczękościsk, który, jak powstał pod wpływem samopoddawania, tak też znika natychmiast po jednorazowem zastosowaniu prądu faradycznego. Objaw Biernackiego po obu stronach. Oto dane, które przemawiają przeciwko tężyczce, a raczej za histeryą. Z objawów tężyczkowych mieliśmy objaw Chwostka i skurcz lewej ręki, którego wejrzenie naprowadzało na myśl przypuszczenie tężyczki. Skurcz ten jednak musimy z przytoczonych wyżej powodów uznać za histeryczny.

Za tem, że nie mamy tu spółistnienia obu cierpień, histeryi i tężyczki, że z tężyczką zgoła do czynienia nie mamy, przemawia brak objawu Trousseau'a i Erba, a obok nietypowości skurczu, zachowanie się objawu Chwostka: w pierwszym dniu wyraźny po stronie prawej, ledwozaznaczony po lewej, nazajutrz znika zupełnie. Czas trwania choroby wynosi dwa dni, nawrotu nie było.

W przypadku tym odruchy były prawidłowe, albo nieco podwyższone.

Przechodząc do drugiego przypadku również możemy rozpoznać jedynie histeryę. U dziewczyny nerwowej, która przechodziła napady, prawdopodobnie natury histerycznej, występuje po urazie mechanicznym śród napadu obustronny skurcz rąk, podobny do tężyczkowego. Za histeryą przemawiają znamiona w postaci połowiczej przeczulicy na ból i dotyk. Wprawdzie daje się stwierdzić obustronnie objaw Chwostka; następne trzy napady, lubo jednostronne, występują już bez domieszki objawów histerycznych; silne bole i parestezye poprzedzają napady i towarzyszą im; brak jednak objawów Trousseau'a i Erba, co wyklucza rozpoznanie tężyczki.

W przypadku tym wszystkie odruchy były znacznie podniesione.

Przypadki zaczerpnięte z piśmiennictwa w streszczeniu przedstawiają się, jak następuje:

III. *Nikolajewic*[1]). Służąca, lat 26 licząca, ulega od 14 roku życia po wzruszeniach napadom lęku przysercowego, parestezyi w palcach rąk, kurczów głośni, przyspieszenia oddychania; objawy te przechodzą w bolesne, trwające około 3 minut skurcze, z wejrzenia tężyczkowe, rąk i nóg. W początku napadu dają się wykazać objawy Chwostka i Trousseau'a; po ustaniu skurczu pozostają podwyższone odruchy kolanowe i parestezye w rękach. W przerwach znika objaw Chwostka i Trousseau'a. W dalszym przebiegu choroby po wymienionych zwiastunach występowały w napadach zamiast skurczów tężyczkowych typowe kurcze histeryczne całego ciała, z bólem głowy na wstępie, ograniczonym do jednego miejsca. Raz obserwowano przejście kurczów histerycznych w tężyczkowe. Nigdy nie stwierdzono objawu Erba. Bezpośrednio po napadzie stwierdzano bardzo spotęgowane odruchy kolanowe.

IV. *Blaziček*[2]). Uczeń 14 lat, obarczony dziedziczne; raz doznaje bolesnych skurczów w dłoni prawej (w pięści) lub w obu rękach, innym razem kurcze występują w dolnych kończynach. Objaw Trousseaua dodatni, występuje jednak niezwykle: palce zwijają się w kułak, kciuk wciągnięty pod nimi; ręka w stawie nadgarstkowym wyprostowana, brak parestezyi; skurcz występuje natychmiast po podwiązaniu, a znika zaraz po wyciągnięciu kciuka z pięści złożonej w kułak. Również ucisk, wywarty na dół podkolanowy, wywołuje skurcz stóp. Skurcze można było wywoływać i usuwać przez poddawanie. Stwierdzono piętna histeryczne i brak objawów Chwostka i Erba.

V. *Krafft-Ebing*[3]). Pokojowa, 32 lat, wolna, nieobarczona dziedzicznie. Miesiączkowaniu towarzyszy ból głowy i stan przygnębienia. Kurcze datują się od silnego wzruszenia (zawiedziona miłość), trwają z przerwami od 3 lat. Od trzech tygodni stale co wieczór doznaje pacyentka bolesnych skurczów w obu rękach: palce przytem zbijają się kurczowo w kułak, ręka zgina się w stawie napięstkowym; przy silniejszych napadach nawet stawy łokciowy i barkowy ulegają przykurczeniu wyprostnemu. Czasem występował skurcz wyprostny w kończynach dolnych, albo kończyny bywały zgięte, skręcone. Napady te występowały 4 do 8 razy w nocy, trwając po 5—6 minut. We dnie występowały tylko wtedy, gdy chora się położyła. Po napadzie obfite moczenie kurczowe (*urina spastica*). Napadom towarzyszy czasem lęk i bicie serca, kilka razy utrata przytomności. Brak znamion histerycznych, objawów Chwostka i Trousseaua; objawu Erba nie badano.

VI. *Krafft-Ebing*[4]). Chory, z zawodu stolarz, cierpi na napady od czasu silnego przeziębienia. Ręka prawa w typowem ułożeniu; brak bolów, natomiast chory doznaje w niej rodzaju znieczulenia. Objaw Chwostka wyraźny, Erba ujemny, Trousseaua daje się wywołać przez ucisk na wewnętrzny rowek mięśnia dwugłowego, nie występuje zaś po podwiązaniu. Uderza natychmiastowość objawu i ograniczanie się skurczu na obszar, zaopatrywany przez oba zginacze palców,

[1]) Wien. klin. Wochenschrift, 1893, str. 521.

[2]) Blaziček: Wien. klin. Wochenschrift, 1896, str. 373. Pseudotetanie vorgetäuscht durch Hysterie.

[3]) R. v. Krafft-Ebing: Pseudotetanie. Prager medicinische Wochenschrift XXIV. Nr. 14, 1899.

[4]) *L. c.*

oraz brak parestezyi. Kończyna lewa górna zupełnie prawidłowa. Górna kończyna prawa okazuje obniżenie czucia dotyku i bólu, kończące się w prostej linii poprzecznej na stawie barkowym, nasilające się zaś obwodowo tak, że u nasady ręki przechodzi w zupełne znieczulenie. Brak czucia bryłowatości przedmiotów (stereognozyi) w prawej ręce; brak czucia głębokiego w stawach palców; w nadgarstkowym jest ono upośledzonem Jedyne znamion histeryczne: brak prawego odruchu podniebiennego i połykowego. Mechaniczna pobudliwość obu n. łokciowych wzmożona. Po zwolnieniu skurczu drżą palce ręki prawej.

VII. *Krafft-Ebing*[4]. Robotnica, 35 lat, zawsze nerwowa, cierpi od śmierci matki (przed 3 laty) na objawy histeryczne w postaci zawrotów głowy z utratą przytomności, ze zwiastunowem uczuciem ściskania w okolicy serca i w głowie. Czynnikiem wywołującym są wzruszenia. Po napadach pacyentka stawała się przybitą, osłabioną, okazywała skłonność do płaczu, niechęć do życia. Po dwóch latach tego dołączyły się do napadów tych przykurczenia rąk i nóg, które zwykle trwały jeszcze do 10 minut po przejściu utraty świadomości. Skurcze te w kończynach dolnych i górnych często łudząco naśladowały tężyczkowe i przebiegały z zaburzeniami czucia; zresztą jednak bywały wielopostaciowe, często jednostronne, często dołączały się do nich tak zw. »klonizmy«. Objaw Trousseau a występował odrazu po uciśnięciu, bez parestezyi. Objawów Chwostka i Erba brak. Pobudliwość mechaniczna nerwów kończyn górnych i dolnych podwyższona. Głębokie odruchy spotęgowane, często drganie nogi. Brak zaburzeń czucia.

VIII. *Schlesinger*[5]. Nauczycielka, 25 lat, ulega ciężkiej postaci histeryi z trwałem i rozległem zaburzeniem czucia i znacznem zwężeniem pola widzenia. Obok napadów histerycznych były napady rzekomo-tężyczkowe, jedne przechodzą w drugie. Brak objawu Erba. Po napadzie wszystkie objawy tężyczki znikają. Odruchy nieco wzmożone.

Zestawiając wszystkie te przypadki, których przyroda histeryczna zdaje się nie ulegać wątpliwości, z obrazem rzeczywistej tężyczki, dochodzimy do następujących wniosków:

W żadnym przypadku pozornej tężyczki nie wykazano podniesionej pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych. Stale natomiast, z wyjątkiem dwóch przypadków Weissa i Świąteckiego[5], znachodzono ten objaw w tężyczce. Ponieważ spotęgowanie pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych w tak wysokim stopniu, jak w tężyczce nie występuje w żadnem innem schorzeniu nerwowem[6], moglibyśmy właściwie już na podstawie wykazania, lub braku objawu Erba rozgraniczyć od siebie przypadki tężyczki właściwej od pozornej na tle histeryi. Naturalnie ważnem jest uwzględnienie i rozbiór innych objawów, których w tężyczce pozornej nie znajdziemy.

Objaw Trousseaua znachodzimy w czterech przytoczonych przypadkach: 3, 4, 6, 7, więc w połowie przypadków. Nigdzie jednak nie był on podobnym, choćby w zarysie do typowego objawu Trousseaua w tężyczce istotnej. Występował bezpośrednio po uciśnięciu, — gdy przeciwnie w tężyczce istotnie występuje w kilka minut potem, — bez zaburzeń czucia i bólów i wyjątkowo tylko przybierała ręka znane charakterystyczne dla tężyczki ułożenie.

Obraz skurczu ręki jest też czasem tego rodzaju, że różniąc się w szczegółach od typowego, może wzbudzić podejrzenie zafałszowania, a nawet sam przez się w podejrzeniu tem upewnić. Gdy w przypadkach 2, 3, 6, 7, 8 ułożenie ręki było dokładnie tężyczkowe, w piątym przedstawiało się atypowo (ręka ściągnięta w kułak, co się rzadko bardzo zdarza w tężyczce), a nadto w przypadku tym występowały atypowe skurcze wyprostne kończyn górnych i dolnych. W przypadku siódmym kurcze odbiegały czasem od typowych, bywały wielopostaciowe, raz jednostronne, to znowu przybierały cechę drgawkową. Również w przypadku 4-tym był atypowy skurcz (w kułak). Należy podkreślić znaczenie występowania jednostronnych skurczów dla rozpoznania różniczkowego. Są one nadzwyczajną rzadkością w tężyczce istotnej, tak dalece, że Frankl Hochwart w definicyi tej choroby zawiera symetrye skurczów. Jednostronność została stwierdzoną w przypadku 1, 2, 6, 7.

W rozważaniach dyagnostycznych nie można się powoływać z pewną stanowczością na zachowanie się odruchów, które do niedawna uchodziło w tężyczce za niestałe. Gdy jednak nowsze prace o tężyczce istotnej zaznaczają, że odruchy kolanowe w napadzie, a nawet przez pewien czas po napadzie zazwyczaj znikały, nie od rzeczy będzie wspomnieć, że w znanych nam przypadkach tężyczki pozornej odruchy te istniały, lub nawet były spotęgowane. W przypadku pierwszym były one nieco nasilone, w drugim znacznie podwyższone. Autorowie, opisujący inne przypadki, wzmiankują ogólnie o zachowaniu się odruchów, nie określają jednak, czy badanie odruchów odbywało się w czasie napadu. W tych przypadkach, trzecim i siódmym, odruchy były bardzo spotęgowane; w 6, 8, nieco nasilone; w 4-tym zaś prawidłowe. W przypadku 5 nie napotykamy niestety wzmianki o zachowaniu się odruchów. Brak więc odruchów kolanowych w przypadku, niepowikłanym inną chorobą, stanowczo przemawiać będzie za tężyczką istotną.

W przytoczonej wyżej rozprawie wspomina Krafft-Ebing o amyostenii, jako objawie różniczkowym. Ma ona występować w tężyczce rzekomej na obszarze zajętych skurczem mięśni. Atoli w trzech swych historyach chorób ani razu nie mówi Krafft-Ebing o podobnym objawie, nie napotyka sie go również w przypadkach innych autorów; nie znaleźliśmy go we własnych, w których stanowczo nie było różnicy siły obu rąk, badanej przez ściśnienie ręki Z drugiej zaś strony stwierdzenie istnienia tego objawu w histerycznych postaciach tężyczki nie przedstawiałoby wartości ze stanowiska różniczkowej dyagnostyki, ile że jest pewnem, że „u wszystkich prawie chorych na tężyczkę istotną zauważyć można w czasie napadów, a także między napadami pewien upadek siły ruchowej, często tylko w małym stopniu, lecz czasem w bardzo znacznym. Najwyraźniej dostrzega się porażenia przy chodzie: chorzy idą powoli, powłócząc nogami, często chwiejąc się tak, że chodem przypominają cierpiących na dystrofię w początkach“ [7]).

Omówiwszy główne punkta rozpoznawcze, dotkniemy już tylko pobieżnie całego szeregu danych mniej ważnych, bo niestałych, które jednak zazwyczaj inaczej się przedstawiają w tężyczce istotnej, niż w pozornej. Co do etyologii, to tężyczka istotna nawiedza przeważnie mężczyzn, mających pewien zawód (szewcy, stolarze); występuje endemicznie i epidemicznie. Sporadyczne przypadki prawie zawsze należą etyologicznie do jednej z następujących przyczyn: cierpienia przewodu pokarmowego, choroby zakaźne, zatrucia, ciąża, poród i karmienie, chorobowe stany gruczołu tarczykowego. Natomiast w większości znanych przypadków

[5]) Przytaczam z Krafft-Ebinga: »Pseudotetanie«.

[5]) Świątecki: Przypadek tężyczki: „Gaz. lek.«. Warszawa, 1892. XII. Str. 135.

[6]) Przytaczana rozprawa Krafft-Ebinga i monografia Frankl-Hochwarta: Die Tetanie, w IX tomie Nothnagla: Spezielle Pathologie u. Therapie.

[7]) Frankl-Hochwart *l. c.*

histeryi, pozorującej tężyczkę, spotykaliśmy kobiety młode, nie znachodzącej się w żadnym ze stanów, związanych z rozpłodową czynnością ustroju, nie okazujące żadnego z czynników etyologicznych tężyczki istotnej, u których napady skurczów występowały po wzruszeniu. Ponieważ wspomnieliśmy o właściwości tężyczki istotnej występowania czasami w postaci epidemicznej (Wiedeń, Heidelberg) w przeciwstawieństwie do tężyczki pozornej, dodajemy, że fakt ten nie przemawia bezwzględnie za swoistą przyrodą obrazu tężyczkowego; znane są bowiem rzadkie przypadki epidemii tężyczki pozornej, wybuchłej wskutek udzielenia się psychicznego. Epidemię taką obserwował Simon w pensyonacie dziewcząt w Gentilly [8]). Wywiady, dotyczące tężyczki pozornej, nietylko wskazują na wstrząśnienie psychiczne, lecz zarazem świadczą o neuropatycznem usposobieniu chorego, o ile nie mamy do czynienia z postaciami histeryi jednoobjawowemi. Więc wykażemy znamiona histeryczne, zmiany czucia na obszarze, zajętym przez zaburzenie ruchowe, czego nie spotkamy nigdy w tężyczce prawdziwej niepowikłanej. Zaburzenia czucia, jak wogóle w histeryi, tem są charakterystyczne, że zamykają się w liniach geometrycznie regularnych. Tak zaburzenia ruchowe, jak i zaburzenia czucia są zmienne, znikają, by znowu się ujawnić, przyczem podległe są też wpływom poddawania (wmawianie, przypadek 4; faradyzacya przypadek 1).

Pozostaje mi podziękować serdecznie Profesorowi Wagnerowi za pozwolenie użycia materyału, a Docentowi Halbanowi za udzielane mi wskazówki.

III. Wól i jego leczenie.

Podał

Dr. Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach

Wól jest jedną z częstszych chorób ludu powiatu gorlickiego i sąsiednich i z tego powodu stanowi pewien stały odsetek chorób, leczonych każdego roku w gorlickim szpitalu. O ile z zestawienia liczby leczonych na tę chorobę w tutejszym szpitalu wypływa (pierwszego roku nie biorę w rachubę z powodu małej jeszcze ogólnej liczby chorych), odsetek ten z każdym rokiem rośnie i ostatniego roku wynosił blizko trzy i pół. Jak na okolicę, w której wól panuje endemicznie, odsetek ten w pierwszej chwili nie wydaje się wielkim i miarodajnym; z uwagi bowiem, że chorzy na wól udają się do szpitala wtedy dopiero, gdy wól dojdzie wielkich rozmiarów, lub gdy wywołuje objawy silnej duszności, rzadko natomiast w samych początkach choroby dla samego zmienionego kształtu szyi, liczba ta leczonych w szpitalu chorych na wól nie może być miarą częstości wola u ludu w tych powiatach. Dodać winienem, że szpital gorlicki może rozporządzać w swoim powiecie o tyle dokładniejszą statystyką, przynajmniej co do wola, że dzięki licznym szczęśliwym operacyom wola w poprzednich latach, wykonanych przez poprzednika mojego, Dra Stanisława Krasowskiego, wyrobiło się u ludu takie zaufanie do leczenia wola w tutejszym szpitalu, że rzadko się zdarzy, ażeby z powiatu gorlickiego chory na wól udał się gdzieindziej na leczenie. Z tego powodu też statystyka ta nabiera większego znaczenia i jest przynajmniej miarą liczby cięższych postaci wola w tutejszej okolicy.

[8]) Krafft-Ebing *l. c.* i Frankl-Hochwart *l. c.*

Za czas:	Ogólna ilość chorych	Liczba chorych na wól	Odsetek
od 28/11 1899 roku do 10/10 1900 roku	371	13	3·5%
od 10/10 1900 roku do 10/10 1901 roku	712	16	2·24%
od 10/10 1901 roku do 10/10 1902 roku	855	24	2·8%
od 10/10 1902 roku do 10/10 1903 roku	920	29	3·15%

Jak wielki odsetek ludności zapada w tutejszych powiatach na wól, daloby się ocenić dopiero z badań statystycznych, któreby w tym celu zaprowadzić można przy przyjmowaniu dzieci do szkół i przy poborze do wojska [1]). Badania w tym kierunku są stale prowadzone w krajach alpejskich i w niektórych okolicach Szwajcaryi dały podnietę do zaprowadzenia wodociągów, do sprowadzenia wody do picia z okolic zdrowych, co znacznie obniżyło liczbę chorych na wól.

Liczbowe wykazy wola oraz matołectwa i głuchoniemoty wrodzonej, któreto dwie choroby w okolicy, gdzie panuje wól, często się spotyka, mają zatem nietylko wartość naukową, ale i praktyczną o tyle, że pobudzić mogą i przyczynić się do wypracowania środków ochronnych przed tą chorobą; a przecież ani dla państwa, ani dla kraju nie może to być sprawą obojętną, że pewna część ludności dla tej lub owej przyczyny, wywołującej endemie wola, staje się przy pozornej zdolności fizycznej mniej wytwórczą pod względem umysłowym.

Wobec niepewnej przyczyny powstawania wola badania takie są wielkiej wartości i można żywić przekonanie, że państwo lub kraj powinny stworzyć przy jednym ze szpitali w okolicy, nawiedzonej wolem, specyalną stacyę naukową, wyposażoną odpowiednio w środki naukowe i materyalne, któreby umożliwiły badanie tej choroby na szeroką skalę pod każdym względem. W zwykłych warunkach obecnych, t. j. przy skromnem zaopatrzeniu naszych szpitali, nie licującem z wymaganiami prawdziwej nauki, gdy n. p. szpital nie posiada nawet mikroskopu [2]), nie da się przeprowadzić żadnych badań naukowych i obfity materyał idzie na marne. O ile ze szkodą dla nauki nie można wyzyskać tak bogatego materyału dla badania przyczyny i innych właściwości wola i jego zmian patologicznych, o tyle z drugiej strony leczenie tej choroby zyskuje na obfitem doświadczeniu. W tym też tylko kierunku zamierzyłem podać dotychczasowe wyniki leczenia wola w tutejszym szpitalu.

W leczeniu wola skłaniam się więcej do metody zachowawczej, to znaczy, że jeżeli nie mam do czynienia z wolem torbielowatym lub z wolem miąższowym znacznych bardzo rozmiarów, w każdym przypadku wola przed przystąpieniem do leczenia operacyjnego próbuję leczenia jodem. Uznaję tylko bezwzględne wskazania do operacyi, to jest jeżeli wól wywołuje duszność, która przy odpowiedniem leczeniu jodem do sześciu tygodni nie zmniejszy się. Jeden tylko wól torbielowaty operuję bezzwłocznie. Przy wolach miąższowych osiągnąłem jedynie przy zastosowaniu jodu znaczne zmniejszenie się i ustąpienie duszności w tym stopniu, że chory może oddawać się ciężkiej pracy fizycznej. W kilku przypadkach dość znacznego wola po 6-ciu tygo-

[1]) Przy poborze do wojska badania te są wykonywane, a wynik ich wyzyskali Ciechanowski i Urbanik w pracy swej p. t. »Materyały do geografii wola i matołectwa w Galicyi«. (Kraków, 1898. wyd. Kom. antr. Akad. Um.). Według tej pracy gorlickie wraz z całym wojskowym okręgiem uzupełniającym nowosądeckim jest jedną z najsilniej wolem w Galicyi nawiedzonych okolic (68‰ popisowych); częstszym jest wól tylko w wadowickiem (71‰). *Red.*

[2]) Już po wysłaniu tej pracy uchwalił Wydział krajowy, kwotę 1200 koron na zakupno mikroskopu i przyrządów do badenia krwi.

dniach nastąpił prawie zupełny zanik jego. Jod stosuję w wielkich dawkach wewnętrznie i zewnętrznie i kładę nacisk z jednej strony na to, ażeby chory leżał, a z drugiej, ażeby wody nie pił. W ten sposób postępując, na 29 przypadków wola, leczonych w szpitalu w ciągu roku, operowałem tylko 10 razy, a mianowicie 3 razy z powodu wola torbielowatego (znacznych rozmiarów), 5 razy z powodu braku poprawy po leczeniu jodem wola miąższowego, a 2 razy tylko przystąpiłem odrazu do wyłuszczenia bez poprzedniego leczenia jodem, z powodu znacznej bardzo duszności i wielkich rozmiarów wola.

Dotychczasowe wyniki operacyjnego leczenia wola w tutejszym szpitalu były bardzo dobre i na ogólną liczbę 55 operacyi wola (Dra Krasowskiego w latach poprzednich 45 — i moich 10), nie było ani jednego zejścia śmiertelnego i ani razu powstającego niekiedy po wycięciu wola następowego matolectwa.

Operacya wola należy do tych, które kryją najwięcej niespodzianek dla operatora, a niebezpieczeństw dla operowanego. Z tego powodu przy rozstrzyganiu leczenia nie powinny istnieć dla chirurga inne względy, jak tylko istotna konieczność. Technika operowania wola jest już mniej więcej od dawna ustalona; jednakowoż podobnie, jak i przy innych operacyach, sposób przeprowadzenia całego zabiegu musi być rozmaitym w wielu punktach. Jedni operują w uśpieniu, drudzy jedynie w znieczuleniu miejscowem, inni znowu stosują i jedno i drugie, zależnie od przypadku wola; podobnie i w prowadzeniu cięcia skórnego panuje rozmaitość. O ile cięcie skórne może być ostatecznie kwestyą obojętną, byleby dawało dobry dostęp do guza, o tyle sprawa usypiania czy też operowania w znieczuleniu miejscowem jest daleko ważniejszą. Wedle dotychczasowych sprawozdań nie można na podstawie tych teoretycznych i praktycznych wywodów przyznać pierwszeństwa żadnej z tych dwóch metod i sądzę, że ostatecznie pozostanie ta sprawa i nadal, że się tak wyrażę, kwestyą upodobania każdego operatora. Co do mnie, operowałem dotąd jedynie w znieczuleniu miejscowem i jakkolwiek rzecznicy usypiania narkotycznego podnoszą, jako największy zarzut miejscowego znieczulenia, ból i niespokojne zachowanie się chorego, zaznaczyć muszę, że nawet w ciężkich przypadkach wola, w których z powodu znacznych rozmiarów operacya trwała ponad 3 godziny, nie zauważyłem, aby oddziaływanie chorego wiele dawało do czynienia. Że ból nie musi być zbyt wielkim i że dla pozbycia się wola chory potrafi go znieść chętnie i spokojnie, świadczy przypadek, opisany pod l. 2. Chorej zagroziłem tuż przed przystąpieniem do rękoczynu, że jeżeli w czasie operacyi będzie się rzucała lub jęczała, w tej chwili zaszyję skórę i z wolem wróci do domu. Skutek był taki, że podczas całego zabiegu, trwającego przeszło 3 godziny, chora ani słowa nie wymówiła, ani jednego jęku nie wydała, — jednem słowem operował m, jak na uśpionej, a bez zwykłych przypadłości usypiania chorych z wolem. Kto raz osobiście był świadkiem przypadłości, które bardzo często wikłają usypianie przy operacyi wola, w postaci ciężkiego duszenia się, nabrzmiewania żył i t. p., ten stanowczo nie może uwierzyć niektórym specyalistom do operowania wola, utrzymującym, że usypianie nie jest więcej niebezpiecznem przy operacyi wola, jak przy innych. Może być prawdą, że w klinikach wielkich, gdzie usypianie przeprowadza najczęściej lekarz rutynowany w chloroformowaniu, usypianie zamiast być przeszkodą staje się dobrodziejstwem, nie wypływa jednak z tego, aby uważać je za tak bardzo obojętne przy operowaniu wola, jak to niektórzy autorowie sądzą. Dla uzupełnienia statystycznych danych co do tej sprawy dodać winienem, że poprzednik mój, Dr. Krasowski, jedynie pierwsze dwie strumektomie wykonał w uśpieniu, poczem stale operował w znieczuleniu miejscowem

Przechodząc z kolei do samej operacyi, postępowanie moje skreślę pokrótce, a jedynie przy opisie niektórych aktów zabiegu dłużej zatrzymać się zamierzam.

Dnia poprzedzającego operacyę, po dokładnem odkażeniu szyi i górnej części przedniej ściany klatki piersiowej, daję okład z waty, zamoczonej w 1‰ roztworze sublimatu; okład ten pozostaje aż do chwili operacyi. Przed przystąpieniem do operacyi w dniu tym wstrzymuję się od wszelkich rękoczynów i od badania chorych. Ręce i przedramiona płóczę przez 5 min. w wodzie przegotowanej i myję zwykłem mydłem, a potem przez 15 minut wyskokiem mydlanym, następnie wyskokiem i eterem, poczem przez 5 minut sublimatem. Salę operacyjną zlewam obficie przed operacyą 3% roztworem karbolu. Przygotowanie chorego i nas lekarzy opisuję obszerniej z tego powodu, że z pomiędzy wszystkich zabiegów aseptycznych operacya wola wymaga najściślejszego przysposobienia się, w szczególności dłuższego i staranniejszego przygotowania rąk operatora, a to z uwagi na możliwość dłuższego trwania zabiegu. Wyskok mydlany, zachwalany przez Mikulicza, uważam za najlepszy środek doprowadzenia rąk do pożądanego stopnia aseptyki. Zwyczajnie stosuję go przez 10 minut; przy operacyi wola dłużej, t. j. tak długo, aż skóra rąk stanie się zgrabiałą, jak u praczki. Zarzut, któryby można temu sposobowi zrobić, że przez takie obrabianie rąk chirurg może sprowadzić sobie szkodę, pominąć muszę dlatego, że po użyciu gliceryny przy myciu rąk po operacyi, skóra wraca w ciągu dnia do pierwotnego stanu. Sądzę zaś, że dla osiągnięcia koniecznej aseptyki przy tej operacyi nie powinno się liczyć z tego rodzaju względami.

Po zdjęciu okładu sublimatowego i wytarciu przedniej powierzchni szyi wyjałowioną gazą, zamaczaną w wyskoku, znieczulam skórę roztworem Schleicha w kierunku całej rozciągłości cięcia skórnego. W wolach miąższowych używam cięcia Kochera, t. j. w kształcie rozwartego kąta, a w torbielowatych poprzecznego cięcia łukowatego. Po przecięciu skóry i mięśnia podskórnego podwiązuję podwójnie przed przecięciem przedstawiające się żyły szyjne powierzchowne, a mianowicie: przednią, środkową i skośną, poczem prostemi nożyczkami przecinam w jednym kierunku wszystkie mięśnie, pokrywające wól, aż do sutkowo-mostkowo-obojczykowego. Mięśni przeciętych nie zszywam potem, bo przekonałem się, że operowani nie ponoszą przez to najmniejszej szkody i że najmniejszego potem zaburzenia w ruchomości szyi lub w kształcie jej wykazać nie można, a nie potrzebuję wprowadzać tyle katgutu i zyskuję na czasie.

Po przecięciu mięśni i dojściu w ten sposób do torebki wola, staram się górny i dolny jego biegun, oraz brzeg zewnętrzny, ostrożnie zapomocą palca wydzielić z tkanki otaczającej, t. j. wyłuszczyć go o tyle z jego sąsiedztwa, ażeby pomimo łączących go z tem sąsiedztwem naczyń krwionośnych dał się ponad ranę skórną podnieść i wydobyć. Jest to bezwątpienia najważniejszy, a zarazem najtrudniejszy akt z całej operacyi, który na papierze da się łatwo w kilku słowach ująć, ale w rzeczywistości, przy stole operacyjnym, wymaga dłuższego czasu, przytomności umysłu i nieznmiernie delikatnego czucia ręki operującej. Wszelki mniej uważnie wykonany rękoczyn powoduje bardzo silne krwawienie przez naderwanie się żył, które obficie zalewa pole operacyjne, nie spotykane w tym stopniu przy innych operacyach, lub uszkadza torebkę gruczołu, co także pociąga za sobą bardzo silny krwotok wobec niepodwiązanych jeszcze tętnic. Dlatego przy tym pierwszym akcie wycięcia wola należy koniecznie mieć w ręku miarę i spokój.

Po wydobyciu wola przystępuję dopiero do podwiązania naczyń krwionośnych. Zaznaczam to dlatego, że w niektórych podręcznikach chirurgii akt ten pominięto i na głównem miejscu postawiono podwiązanie naczyń krwionośnych, poczem dopiero opisano wyłuszczanie wola, gdy w rzeczywistości ze względu, że naczynia krwionośne wola wchodzą i wychodzą z tylnej powierzchni jego i są pokryte brzegiem guza, podwiązanie ich bez odchylenia ku wewnątrz brzegu guza jest niemożliwem. To wydobywanie wola ku górze i odchylanie ku środkowi grozi jeszcze obok krwotoku mo-

żliwością zagięcia się tchawicy pokrytej wolem i zrosłej z nim z następową nagłą dusznością, która może sprowadzić nagłe zejście śmiertelne, jeżeli się zbyt gwałtownie przy tym pierwszym akcie postępuje. Przy operowaniu w znieczuleniu miejscowem chory sam daje znać operatorowi silnem oddziaływaniem o grożącem niebezpieczeństwie, zanim ono dojdzie do znacznego stopnia; wtedy wystarczy opuścić wole i następnie ogledniej postępować. I to jest także znaczna korzyść operowania nie w uśpieniu. Przystępując do podwiązania naczyń, muszę dodać kilka słów o kolejności tego podwiązania, ponieważ przekonałem się, że dla samego zabiegu nie jest to rzeczą obojętną, w jakim porządku naczynia wola podwiązuje się. I tak: jeżeli będziemy podwiązywać naczynia wedle klasycznego opisu metody Kochera w podręczniku prof. Rydygiera, to jest naprzód tętnicę i żyłę tarczykową górną, potem po kolei wszystkie żyły górne, boczne i dolne, a następnie dopiero po odchyleniu i oddzieleniu całego guza tak, że on wisi jedynie na przesmyku, będziemy szukać tętnicy tarczykowej dolnej, ażeby ją na ostatku podwiązać, to wskutek zatamowanego odpływu krwi przy utrzymanym dopływie tętnicą tarczykową dolną, powstaje silne bardzo przekrwienie guza, które staje się powodem znacznych trudności. Spostrzeżemy już w miarę zmniejszania się dróg odpływowych coraz bardziej wzmagające się nastrzykanie wola; żyły torebkowe nabrzmiewają dochodzą do grubości palca i nieraz pękają przy najlżejszym ucisku operującej ręki, wskutek czego z rozlicznych miejsc guza powstają silne krwotoki, które zmuszają nas do zajmowania się nimi i przez to opóźniają ukończenie zabiegu. Operacya staje się żmudną i bardzo krwawą. Stan ten ustaje dopiero z chwilą podwiązania tętnicy tarczykowej dolnej. Po zrobieniu takiego doświadczenia, staram się obecnie odrazu, po podwiązaniu tętnicy i żyły tarczykowej górnej podwiązać tętnicę tarczykową dolną, a potem resztę wychodzących z wola żył. Przy należytej uwadze można i przy takim porządku podwiązywania naczyń krwionośnych ominąć zawsze niebezpieczeństwo obrażenia nerwu wstecznego, a samo wyszukanie i podwiązanie tętnicy przy odchyleniu przez asystenta dolno-zewnętrznych części wola daje się również ostatecznie wykonać.

Przy zakładaniu podwiązek na tętnice stosuję od czasu doświadczenia, nabytego przy operacyi przypadku, opisanego pod l. 1, podwójne podwiązanie części doprowadzającej, to znaczy, że zakładam dwie podwiązki na części dośrodkowej w odległości 4—5 mm. jedna od drugiej i w ten sposób zapewniam się przed możliwością zepchnięcia podwiązki przez parcie krwi, co zdarzyć się może łatwo pomimo najstaranniejszego założenia w zwykły sposób podwiązki, a to z powodu zmian anatomo-patologicznych ścian tętnic wola.

Naczynia krwionośne gruczołu tarczykowego ulegają pod wpływem bodźca, wywolującego rozrost gruczołu i przemianę jego w wól, pewnym widocznym już dla gołego oka zmianom. Zmiany te występują w rozmaitym stopniu, niekiedy w tak znacznym, że dały powód do wyodrębnienia takiej postaci wola pod nazwą wola naczyniastego *(struma vasculosa)*.

Najwybitniej występują te zmiany w wolach zastarzałych. Spotykamy wtedy tętnice tarczykowe znacznie wydłużone, pokręcone i daleko grubsze. Ściany takich tętnic są daleko mniej elastyczne, niepodatne i posiadają pewien stopień kruchości, przypominając z wejrzenia naczynia miażdżycowe.

W styczniu tego roku operowałem 13-letniego chłopca z wolem naczyniastym, wielkości mniej więcej pięści dorosłego człowieka. Rozpoznanie to uczynić niezbicie można było dopiero podczas operacyi, ponieważ tętnice nie były znacznie zmienione i szmerów przysłuchem stwierdzić nie było można, a wejrzenie nie zdradzało nic nadzwyczajnego. Tymczasem po dojściu do torebki gruczołu zastałem taki rozrost żył, że formalnie odniosłem wrażenie, jakbym miał jedynie do czynienia z jakimś splotem żylnym i jakby wcale nie było miąższu gruczołu. Żyły te były grubości palca; przy wyłuszczaniu wola co chwila przerywały się i powstawały nader obfite krwotoki; operacya, w miarę posuwania się naprzód stawała się coraz krwawszą coraz żmudniejszą i w końcu, po $2^1/_2$ godzinnem operowaniu, z uwagi na znaczną utratę krwi, widziałem się zmuszonym przerwać operacyę. Założyłem „peany“ *à demeure*, opatrunek i dopiero następnego dnia ukończyłem cały zabieg. Zamiast chwytać i podwiązywać nawijające się żyły, wyszukałem ostrożnie dolną tętnicę tarczykową, podwiązałem ją, poczem z łatwością mogłem dokończyć operacyi i to tem łatwiej, że już w niektórych pniach żylnych wytworzył się skrzep pod wpływem peanów, założonych *à demeure*. Pacyent po zagojeniu się rany przez rychłozrost, 10-go dnia opuścił szpital. Jakkolwiek w przypadku tym założenie peanów *à demeure* nie przyniosło choremu żadnej szkody, sposób ten musi być uważany przy strumektomiach jako *malum necessarium*, które przy najmniejszej usterce w aseptyce ciężkie może sprowadzić następstwa. Przypadek ten był o tyle pouczającym, że skłonił mnie do zmiany porządku w podwiązywaniu naczyń krwionośnych; jestem bowiem przekonany, że gdybym był odrazu przez chwycenie tętnic wstrzymał dopływ krwi do wola, byłbym uniknął tych wszystkich trudności.

Przy tak zmienionych naczyniach krwionośnych założenie podwiązek jest trudne i niepewne; nieraz pomimo najstaranniejszego podwiązania przychodzi do rozluźnienia podwiązki i do bardzo silnego krwotoku, najczęściej w pierwszych godzinach po operacyi. Sądzę, że założenie tuż poza pierwszą drugiej podwiązki jest w stanie uchronić od tego niebezpieczeństwa, nie pogarszając procesu gojenia się. Do podwiązania używam katgutu. Od kilku miesięcy używam przy wszystkich operacyach jedynie katgutu jodowego, przygotowanego wedle sposobu M. Claudiusa z kliniki prof. Blocha w Kopenhadze i stwierdziłem, że rzeczywiście katgut ten posiada wszystkie podane zalety i jest bardzo praktycznym, a jedynie ma tę ujemną stronę, że bardzo trudno ulega wessaniu. Po podwiązaniu naczyń dalsze wyłuszczenie wola nie przedstawia już zbytnich trudności i bez znaczniejszego krwawienia można guz na tępo oddzielić od tchawicy, bacząc jedynie na to, aby przy oddzielaniu nie używać zbytniej siły. Jeżeli zrosty z tchawicą są ściślejsze, odcinamy nożyczkami tuż obok lub przed tchawicą przyrośniętą część wola, omijając w ten sposób możliwość zranienia tchawicy przy oddzielaniu na tępo. Jeżeli nerw wsteczny, co dość się często spotyka, przebiega w torebce wola, odcinam ponad nim resztę wola, nie próbując nawet wydzielić go z torebki. Część wola, pozostawioną po wycięciu, jeżeli nie zawiera w sobie odgraniczonych guzów odosobnionych, spajam następnie kilku szwami katgutowymi. Jeżeli w części środkowej wola znajdują się także odgraniczone guzy, łączę ze strumektomią, wyłuszczenie t. j. wyłuszczam te guzy sposobem podanym przez Socina. Nieraz wyłuszczanie guzów takich połączone jest z silnem krwawieniem i dla tego trzeba je bardzo szybko wykonać. Po wyłuszczeniu takiego guza, tamponuję powstałą jamkę przez jakiś czas gazą wyjałowioną, poczem po wyjęciu gazy spajam głębokimi szwami katgutowymi ściany jamki, przez co ustaje nawet bardzo silne krwawienie. Baczę na to, aby wszystkie, nieraz małe tylko, twarde, odgraniczone guzy w sąsiedztwie tchawicy wyłuszczyć, ponieważ pozostawione, mogą być powodem dalszego trwania przypadłości, złączonych z wolem. Niekiedy spotykałem takie twarde odgraniczone guzy, leżące zupełnie oddzielnie i pozostające w związku z wolem jedynie zapomocą tkanki łącznej; te dają się bez wielkich trudności wyłuszczyć; zaliczałem je do tak zwanych dodatkowych gruczołów tarczykowych.

Po dokonanej operacyi zaszywam całą ranę aż do dolnego jej końca, którym wypuszczam setonik, prowadzący do zeszytego kikuta wola. Skórę szyję również katgutem. Na zeszytą ranę kładę gazę i watę wyjałowioną i opaską wywieram mierny ucisk. W ciągu całej operacyi nie uży-

wam żadnych płynów, ani antyseptycznych, ani nawet jałowego płynu fizyologicznego, tylko traktuję ranę na sucho gazą wyjałowioną. Trzeciego dnia po operacyi zmieniam opatrunek, wyjmuję setonik i daję lekki opatrunek aseptyczny. Czwartego dnia pozwalam choremu siadać w łóżku, a szóstego chodzić. Zazwyczaj do dni 10-ciu rana przez rychłozrost goi się i chory opuszcza szpital. Powikłań sprawy gojenia się nie miałem ani razu; w jednym jedynie przypadku, opisanym pod l. 1, gojenie trwało dłużej, bo 18 dni, z przyczyny podanej w opisie przypadku.

Pomimo tego gojenia się przez rychłozrost stwierdziłem w każdym przypadku operacyi wola miąższowego podane przez niektórych autorów podnoszenie się ciepłoty ciała po strumektomiach; podnoszenie się to zaczynało się pierwszej nocy po operacyi, bez dreszczów, powoli, gorączka dochodziła do 40° C., i z małemi bardzo wahaniami utrzymywała się przez 3 lub 4 dni.

Wobec braku innej przyczyny wypada przypisać ją oddziaływaniu ustroju na wessanie znaczniejszej ilości cząstek zmiażdżonego miąższu gruczołu. Przemawia za tem i ta okoliczność, że po wyłuszczeniu wielkich torbieli przy wolu torbielowatym, gdy z powodu zbliżenia się ściany torbiela do torebki gruczołu tarczykowego nie było między temi torebkami miąższu gruczołu i wskutek tego wyłuszczenie torbiela można było wykonać bez obrażenia miąższu gruczołu tarczykowego, nie spostrzegałem (w 3 takich przypadkach) najmniejszego podnoszenia się ciepłoty. Chorym operowanym przy wypuszczeniu ich ze szpitala polecam nie pijać wody nieprzegotowanej po poprzedniem pouczeniu ich, że wól powstaje z używania zwykłej wody w okolicach górskich.

Na zakończenie pozwolę sobie podać w krótkości historyę leczenia szpitalnego 2-ch przypadków wola

Przypadek I. Dnia 30 czerwca b. r. zgłosiła się do szpitala B. B., lat 16 licząca, stanu wolnego z Dominikowic, pow. gorlickiego i tamże zamieszkała. Podaje ona, że od 6-ciu lat cierpi na wól, że przedtem nie sprawiał on jej żadnych dolegliwości, a dopiero od pół roku doznaje duszności, która stale się zwiększa. Jakkolwiek wymiary szyi nie były znaczne i leczenie jodem chora mogła przeprowadzić w domu, przyjąłem ją do szpitala z uwagi na przedmiotowo dającą się wykazać duszność, świadczącą o zmianach, które każdej chwili wymagać mogą wkroczenia czynnego.

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu średniego, dobrej budowy kośćca, dobrze odżywiona, o wyrazie twarzy, charakterystycznym u chorych na wól lub na chorobę Basedowa. Gałki oczne nieco wysadzone; objawu Graefego brak. Na wargach ust lekki odcień sinicy. Szyja z przodu jednostajnie zgrubiała, chociaż niezbyt rażąco; wymiar szyi 33 ctm. Nad klatką piersiową wypuk wszędzie jawny, wdech i wydech w górnych częściach zaostrzony, przypominający nieco oddech duszniczy, szczególnie wybitnie nad szczytem prawym. Serce w granicach prawidłowych, tony serca czyste, akcya jego przyspieszona, w spokoju 84 uderzeń na minutę, przy ruchach 92. Drżenia mięśni brak (zaznaczam to z uwagi na możliwość rozpoznania choroby Basedowa). Badanie krtani źwierciadłem wykazuje lekkie osłabienie nerwu wstecznego prawego. Więzadło prawe przy fonacyi nie dochodzi do linii środkowej, a zamknięcie głośni wykonywa lewa struna głosowa przez przemieszczenie lewej chrząstki nalewkowej przed prawą. Przy akcie wdechu prawa struna głosowa wykonywa nieznaczny tylko ruch.

Rozpoznanie: *Struma parenchymatosa subseq. paresi nervi recurrentis dextri.*

Leczenie: Jodek potasowy wewnętrznie po 1·5 dziennie i wcieranie maści jodowej; leżenie w łóżku i wstrzymanie się od picia wody. Ponieważ po sześciotygodniowem leczeniu żadnej poprawy nie uzyskano, przystąpiłem do operacyi. W znieczuleniu miejscowem i w sposób wyżej opisany wyciąłem wól znacznych rozmiarów i wagi blizko pół funta, t. j. 245 gm., zostawiając po lewej stronie szyi piątą część guza. Uderzyć musi w opisie wielkość i dość znaczny ciężar wyciętego wola przy zestawieniu wyżej podanego opisu wejrzenia szyi i jej nieznacznych wymiarów. Przyczyna tego leżała w tem, że wól rósł głównie ku tyłowi do kręgosłupa; w bocznych swych częściach załamywał się kątowato i przed tchawicą leżała przednia mniejsza jego część, podczas gdy część znaczniejsza kryła się poza tchawicą między nią i kręgosłupem.

...u dołowi podstawa guza dochodziła pod prawy obojczyk i przy oddzielaniu wola musiałem wchodzić palcem dość głęboko poza obojczyk. To też pomimo zewnętrznie mało zmienionego kształtu szyi, przypadłości były cięższe, a po wydobyciu wola powstała w szyi jama, w której można było swobodnie zmieścić pięść. Przebieg operacyi był gładki; stosunkowo trwała ona krótko, bo tylko $1^1/_2$ godziny. Chora straciła bardzo małą ilość krwi i czuła się silną i zadowoloną, że duszność ustąpiła do tego stopnia, iż już przy opatrunku trzeba było zalecać jej zachowanie się spokojne. Przeniesiona na salę chorych, dała folgę swej radości i pomimo przestróg posługaczki zaczęła skakać po łóżku z uciechy, że już nie ma wola. To nieodpowiednie zachowanie się po operacyi, omal życiem nie przypłaciła. Nie upłynęło 5-ciu minut od opuszczenia przez chorą sali operacyjnej, jak przybiegła posługaczka blada z przerażenia z wiadomością, że operowana bardzo silnie krwawi. Po przybyciu do chorej przedstawił się nam widok wprost straszny; chora leżała prawie skrwawiona, śmiertelnie blada, a przez opatrunek buchała krew strumieniem. Jakkolwiek w pierwszej chwili zdawało mi się wobec stanu chorej i z uwagi, że krwotok powstać musiał przez rozluźnienie lub zesunięcie się podwiązki z tętnicy, iż chorej uratować nie będę w stanie i że zanim zdołam rozciąć opatrunek i zeszytą ranę, chora się skrwawi, przystąpiłem do ratowania jej i chwyciłem się sposobu takiego, który jedynie mógł w takim stanie rzeczy odnieść skutek. Podczas gdy ręką lewą dla uchronienia chorej od omdleń wyciągnąłem z pod jej głowy poduszki, prawą ręką uchwyciłem w środku szyi za opatrunek i całą siłą dłoni przydusiłem opatrunek; krwotok ustał. Wtedy poleciłem rozciąć z boków opatrunek i od dołu, wsuwając lewą rękę pod opatrunek, a zatem i pod prawą dłoń, zdołałem chwycić za ranę skórną i wywrzeć ucisk na szyję. Zrzuciłem naówczas opatrunek i podczas gdy ja obu rękami wzdłuż rany wywierałem ucisk, sekundaryusz porozcinał szwy skórne. Mając ranę otwartą puściłem dolny jej kąt i w tej chwili wsadziłem w ranę pęk gazy wyjałowionej, którym w jamie wywarłem ucisk. Ponieważ miałem zamiar wyszukać i podwiązać krwawiące naczynie, poleciłem chorą przenieść na salę operacyjną, podczas czego, idąc obok chorej, wywierałem stale ucisk. Wyszukanie tętnicy okazało się niemożliwem, gdyż przy najmniejszem odchyleniu gazy buchała krew w takiej ilości, że z jednej strony uniemożliwiało to oryentowanie się, a z drugiej groziło życiu chorej. Wobec tego po kilku próbach nieudałych wytamponowałem całą jamę pooperacyjną gazą, silnie ją ugniatając i obandażowawszy szyję, przystąpiłem do leczenia silnej, ostrej bezkrwistości zapomocą wlewań podskórnych rozczynu soli kuchennej i t. d. Stan chorej był tak ciężki, że w ciągu 5 godzin, spędzonych przy chorej, musieliśmy trzy razy zwalczać zapad wstrzykiwaniami środków pobudzających czynność serca. Następnego dnia chora miała się lepiej, skarżyła się jedynie na ból gardła; ciepłota ciała wynosiła 38·5.

Trzeciego dnia z wielką ostrożnością, wśród ciągłego zwilżenia gazy ciepłym rozczynem $^1/_2{}^0/_{00}$ sublimatu, wydobyłem całą gazę z rany; ponieważ nigdzie broczenia krwią nie spostrzegłem, założyłem luźnie seton i kilku szwami katgutowymi spoiłem ranę. Rana zagoiła się częścią przez rychłozrost, a częścią przez ropienie i chora w końcu sierpnia opuściła szpital. Obecnie od 2 tygodni pełni obowiązki posługaczki szpitalnej i cieszy się zupełnem zdrowiem.

Ponieważ w tym przypadku krew tryskała z dolnej połowy jamy, powstałej po wycięciu wola, nie ulega wątpliwości, że krwotok opisany pochodził z tętnicy tarczykowej dolnej. Za tętniczem pochodzeniem tego krwotoku przemawiała z jednej strony jasna barwa krwi, a z drugiej rytmiczny sposób wypływania jej. Tamponada okazała się jedynym sposobem wstrzymania krwotoku i jakkolwiek nie można uważać jej za zabieg prawidłowy, pozbawiony złych stron, sądzę, że w podobnym przypadku nie pozostaje chirurgowi nic innego, jak uciec się do niej.

Pomimo stwierdzonych przy operacyi znacznych zmian w ścianach tętnic, głównie nieodpowiedniemu zachowaniu się chorej po operacyi należy przypisać powstanie tego powikłania leczenia pooperacyjnego. Ponieważ krwotok w pierwszych 24 godzinach po operacyi zdarzał się i przy spokojnem zachowaniu się chorych wskutek zmian w ścianach tętnic, dla uchronienia się podwiązuję obecnie w 2 miejscach część dośrodkową przeciętej tętnicy.

Przypadek II. B. U., rodem ze Siedlisk pow. grybowskiego, tamże zamieszkała, została dnia 25 sierpnia przyjętą do szpitala z wolem znacznych rozmiarów, które wywoływało następową duszność i bezgłos. Chora podaje, że od dzieciństwa cierpi na wól.

Stan obecny: Kobieta wzrostu średniego, lat 33 licząca, o wyrazie twarzy wybitnie cierpiącym i cechującym chorych na wól, już zdaleka uderzała potwornością wejrzenia i słyszalnym na odległość szorstkim oddechem duszniczym. Wymiar szyi wynosił 46 i $^1/_2$ ctm. Guz znacznych rozmiarów, jak kołnierz obejmował szyję i zachodził dolnemi częściami na klatkę piersiową. Macaniem można było stwierdzić ciastowatą zbitość bocznych części wola, a więcej zbitą środkowego zrazu, leżącego tuż przed tchawicą.

Badanie wziernikiem krtaniowym stwierdziło zupełne porażenie prawego nerwu wstecznego, a niezupełne lewego. Badanie głębi tchawicy niemożliwe z powodu pochylenia nagłośni ku krtani. Ponad klatką piersiową wybitny szorstki szmer cieśni oddechowej, nad dolnymi płatami słychać liczne furczenia i świsty; wypuk wszędzie jawny. Czynność serca przyśpieszona, tony jego głuche, bez szmerów; granice stłumienia prawidłowe; ciepłota ciała niepodwyższona. Tętnica sprychowa prawidłowa, tętno 94 uderzeń na minutę.

Rozpoznanie: *Struma colloides subs. paresi nervi recurrentis utriusque, aphonia bronchitis.*

Leczenie: strumektomia.

Z powodu nieżytu oskrzelowego przystąpiłem do operacyi dopiero 10 września. W znieczuleniu miejscowem odsłoniłem cięciem Kochera wól, wyciąłem prawą połowę guza, poczem sposobem Socina wyłuszczyłem dwa odgraniczone guzy, leżące na krtani i górnej części tchawicy. Po operacyi obwód szyi zmniejszył się o 10 i $^1/_2$ ctm.; wycięte części wola ważyły $^3/_4$ funta. Pozostawiłem część wola po lewej stronie szyi w przekonaniu, że po operacyi sam ulegnie przez wessanie i proces wsteczny zmniejszeniu, opierając się na doświadczeniu że po wycięciu znacznej części wola, reszta samoistnie ulega zmniejszeniu. W celu przyśpieszenia tego procesu poleciłem chorej wielkie dawki jodu. Rana zagoiła się przez rychłozrost do siedmiu dni; chora pozostała w leczeniu do 4 października i przy wypuszczeniu chorej ze szpitala guz z lewej strony okazywał znacznie mniejsze wymiary. Badanie w dniu 4/X stwierdziło poprawę w ruchomości więzadeł; lewe wykonywało ruchy zupełnie prawidłowe, prawe było jeszcze porażone, ale już niezupełnie. Szmer cieśni znacznie słabszy; chora nie skarży się na duszność. Dalsze spostrzeganie wykaże, o ile przez operacyę można było usunąć następstwa długoletniego ucisku wola na tchawicę i nerwy wsteczne, objawiające się u chorej dusznością i bezgłosem. Wobec poprawy, dającej się wykazać po kilku tygodniach, należy przypuścić, że z czasem zmiany te wyrównają się i chora powróci do zupełnego zdrowia.

W zakończeniu poczuwam się do miłego obowiązku złożyć serdeczne podziękowanie sekundaryuszowi koledze Drowi J. Przesmyckiemu za wskazówki w opracowaniu materyału z przeszłych lat i za umiejętną pomoc przy operacyach.

IV. Wyciągi.

B. Galli-Valerio. **Nowe badania nad rolą pcheł szczurzych w szerzeniu moru.** (*Centralblatt für Bacteriologie*, Tom 33, Nr. 24, 1903). Autor zdaje sprawę z kilku nowszych prac, zajmujących się nierozstrzygniętem jeszcze dotychczas ostatecznie zagadnieniem, czy w przenoszeniu zarazka moru ze szczurów na ludzi rzeczywiście pośredniczą pchły, żyjące na szczurach, jak to twierdził Simond. Zapatrywanie Simonda z początku przyjęto prawie powszechnie, wnet jednak pojawił się zarzut, że na szczurach żyją inne gatunki pcheł, niż na ludziach, że więc pchły nie mogą przenosić moru ze szczurów na ludzi, chociaż mogą może szerzyć zarazę na inne szczury. By rozstrzygnąć tę sprawę, badał Tiraboschi, jakie gatunki pcheł żyją u szczurów i myszy, szczególnie u „mus decumanus“, „mus rattus“, i „mus musculus“. Stwierdził on, że te gatunki pcheł, które najczęściej spotyka się u ludzi, mianowicie: „pulex serraticeps“ i „pulex irritans“, tylko bardzo rzadko żyją na szczurach i myszach. Te zaś znów gatunki, które stale i w wielkiej ilości żyją na szczurach i myszach, nie kłują ludzi nawet wtedy, jeżeli przez dni kilka były głodzone. Przystawione w próbówce na skórę ludzką, nie tylko na niej nie siadają, ale nawet unikają tego, starając się wspiąć na ściany próbówki. Do wprost przeciwnych wyników doszli Gauthier i Rayband. Twierdzą oni, że puszczając na skórę ludzką głodzone egzemplarze tych gatunków pcheł, które stale żyją na szczurach, a których nie spotyka się u ludzi, 7 razy na 9 doświadczeń uzyskali wynik dodatni, t. j. pokłucie ludzi przez pchły. Utrzymują oni także, że pchły są pośredniczkami w szerzeniu się moru ze szczurów na szczury. Umieszczali oni w klatce przegrodzonej, z jednej strony przegrody szczury zadżumione i mające pchły, z drugiej zaś strony szczury zdrowe i z pcheł dokładnie oczyszczone; szczury zdrowe dostawały po niejakim czasie moru.

Galli-Valerio w swoich doświadczeniach nie mógł nigdy stwierdzić, by te gatunki pcheł, które żyją tylko na szczurach, kłuły ludzi. Doświadczeń Gauthiera i Raybauda nie można uważać za pewne, ponieważ autorowie ci nie zwracali wcale uwagi na to, jakim gatunkiem pcheł się posługują; wystarczało im, że pchły, które puszczali na skórę ludzką, pochodziły ze szczurów. A właśnie mogło się zdarzyć, że u szczurów, użytych do doświadczenia, znajdowały się wyjątkowo egzemplarze tych gatunków, które stale żyją u ludzi.

Twierdzeniu Gauthiera i Raybauda, że szczury od szczurów zarażają się morem za pośrednictwem pcheł, sprzeciwiają się wyniki badań Kollego, wykonanych w taki sposób, że nie można im nic zarzucić. Kolle bowiem przenosił pchły, wzięte ze szczurów zadżumionych, na szczury, znajdujące się w osobnem naczyniu; jedynie zaś w ten sposób można uniknąć przypadkowego zakażenia szczurów zdrowych nie przez pchły, jak to zamierzono, lecz inną drogą. Otóż w takich, zupełnie pewnych doświadczeniach, nie udało się nigdy Kollemu przenieść zakażenia zapomocą pcheł. Gauthier i Rayband zapomnieli widocznie o tem, jak łatwo mogą się szczury zakażać drogą oddechową, o co niezmiernie łatwo, gdy znajdują się w jednej klatce, przedzielonej tylko taką przegrodą, przez którą mogą się pchły przedostawać.

Wogóle więc sądzi Galli-Valerio, że pośrednictwo pcheł w szerzeniu się moru ze szczurów na szczury i ze szczurów na ludzi pozostaje i nadal tylko przypuszczeniem. *C.*

Prof. Dr. Tappeiner i Dr. Jesionek. **Doświadczenia terapeutyczne ze substancyami fluoryzującemi.** (*Muench. med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 47). Doświadczenia Tappeinera, Raaba i Jakobsona udowodniły, że ciała fluoryzujące, same przez się obojętne, działają bardzo silnie toksycznie wobec promieni słonecznych, a nawet rozprószonego światła dziennego. Działanie to sprawdzono na wymoczkach i na przybłonku migawkowym u żab. Nieco później stwierdzili Tappeiner i Jodlbauer, że owe substancye fluoryzujące działają wobec światła także na enzymy, niszcząc całkowicie lub silnie osłabiając ich działalność. Wszystkie enzymy zcukrzające i peptonizujące tracą swoje własności, jeżeli po dodaniu ciała fluoryzującego wystawimy je na działanie światła, zatrzymują jednak swą działalność w ciemności, lub jeżeli odetniemy promienie wywołujące fluorescencyę, pozostawiając resztę promieni świetlnych. Podobnie zachowują się toksyny np. rycyna traci swą własność aglutynowania ciałek krwi pod wpływem ciał fluoryzujących i światła, tudzież swoje własności toksyczne do tego stopnia, że zwierzęta znoszą bez szkody dla siebie jej dziesięciokrotną dawkę śmiertelną. Wobec światła na komórki działają prawie wszystkie ciała fluoryzujące mianowicie: akrydyna, eozyna, czerwień chinolinowa, harmalina, chinina; tylko eskulina nie działała wcale. Na toksyny działają silnie tylko: eozyna, fluoresceina i czerwień magdala; inne nie działają wcale lub słabo. Na papayotynę, dyastazę i inwertynę działają tylko: eozyna, czerwień chinolinowa i magdala. Doświadczenia terapeutyczne z działaniem ciał fluoryzujących wobec światła, dokonywane były przedewszystkiem w rozmaitych schorzeniach skóry, począwszy od chorób grzybkowych, jak łupież pstry, liszaj wyłysiający mięczak zaraźliwy (*mollusc. cont.*), łuszczyca, skończywszy na raku skóry i na wilku. Doświadczenia te stanowczo wykazały działalność wymienionych dwu czynników razem wziętych, chociaż działanie to nie sięgało w głąb, a wykonywane były przez częste smarowanie 5% roztworem eozyny i o ile możności jak najdłuższe działanie bezpośrednich promieni słonecznych. W niektórych przypadkach podawano także eozynę na wewnątrz. Autorowie obiecują w następnych rozprawach, opatrzonych rycinami, doświadczenia swoje w bardzie wyczerpujący sposób opisać. *Sieńkowski.*

Prof. Dr. M. Heidenhain. **Wolna zasada błękitu nilowego jako odczynnik na bezwodnik węglowy zawarty w powietrzu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 47, 1893). Wiadomo, że barwiki tak zw. smolowe, są w znacznej części barwnemi solami bezbarwnych lub słabo zabarwionych zasad z dowolnymi kwasami. Zasady niektórych barwików są tak silne, że łączą się już z bezwodnikiem węglowym, dając produkta zabarwione i to tak silnie, że nawet minimalne ślady bezwodnika węglowego, nie dające się już wykryć inną drogą, można jeszcze wykazać temi zasadami. Autor używał do swoich prób zieleni brylantowej (*Brilantgrün*) i błękitu nilowego (*Nilblau*), obydwa barwiki w postaci siarkanów, które rozpuszczał w 80% alkoholu i odbarwiał sproszkowanem wapnem palonem. Nadmiar wapna i siarkan wapniowy pozo-

stawały nierozpuszczonymi, zaś w roztworze alkoholowym pozostawała wolna zasada, dając płyn w pierwszym przypadku bezbarwny, w drugim ognisto czerwony. Reakcya tymi rozczynami na bezwodnik węgl. jest tak czułą, że wystarczy je przelać z naczynia do naczynia, aby już otrzymać zmianę barwy. Dowodzi ona niejako wszechobecności bezwodnika węglowego w powietrzu i wszystkich odczynnikach i nadaje się szczególnie do użytku jako eksperyment wykładowy, mniej natomiast jako sposób wykrycia bezwodnika węglowego, a to z powodu swej nadmiernej czułości.

(Spostrzeżenia autora nie są nowe i mają już oddawna pewne zastosowanie, np. użycie fenoloftaleiny do oznaczania bezwodnika węgl. w powietrzu, w tym przypadku w pojęciu odwrotnem, ponieważ podstawą barwika jest nie zasada, lecz kwas. — *Przyp. referenta*). *Seńkowski.*

Elsner (Berlin). **W sprawie krwotocznych nadżerek w żołądku.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 41, 1903). Po przepłókaniu żołądka na czczo można prawie stale stwierdzić w wypłoczynach drobne szarawe twory, które, jak to drobnowidowe badanie wykazuje, niczem innem nie są, jak zwitkami śluzu i przy błonka płaskiego ze ścian przełyku i żołądka, nie mającymi zresztą żadnego rozpoznawczego znaczenia. W niektórych jednak przypadkach można obok tego znaleźć drobne, krwawo zabarwione ziarenka wielkości główki od szpilki lub soczewicy o nieregularnych obrysach, okazujące budowę, podobną do powierzchownych warstw błony śluzowej żołądka, czyli że są częściami tej błony śluzowej. Tym właśnie tworom należy już przypisać większe kliniczne znaczenie, tembardziej, że Einhorn w ostatnich czasach określił na tej zasadzie nową postać chorobową, nadając jej miano „krwotoczne nadżerki żołądka“. Według więc dotychczasowych opisów znamionuje się rzeczone cierpienie mniejszymi lub większymi objawami nieżytu żołądkowego i nadżerkami, względnie złuszczeniami błony śluzowej żołądka, które znów klinicznie objawiają się w postaci tych, powyżej opisanych, czerwono zabarwionych tworów. Autor wprawdzie poddał dokładniejszemu badaniu 120 rozmaitych przypadków, w żadnym jednak prawidłowym żołądku nie znalazł tych krwawych cząstek błony śluzowej żołądka i dlatego sądzi, że miano „krwotocznych nadżerek“ dla tej przynajmniej postaci chorobowej tak długo niema racyi bytu, jak długo liczniejszemi badaniami pośmiertnemi nie zostanie udowodnionem, że te twory rzeczywiście są identyczne z tem, co zazwyczaj przy sekcyach spotykamy, jako krwotoczne nadżerki. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Hess (Marburg). **Zapalenie gardła Vincenta.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42, 1903). Cierpienie to zasługuje na uwagę z kilku względów: *a)* znamionuje się wypociną, usadowioną na migdałkach przy równoczesnem obrzmieniu gruczołów ślinnych i karkowych, utrudnionem połykaniem, podwyższoną ciepłotą ciała jest więc wielce podobnem do błonicy, przebiega jednak szybko i lekko; *b)* można je wziąść mylnie za zapalenie migdałków kiłowe, wreszcie *c)* rozpoznanie jest łatwe, gdyż na zasadzie badania drobnowidowego stwierdzić można symbiozę prątka wrzecionowatego z prątkiem krętym. Przebieg całego cierpienia jest mniej więcej następujący: na jednym migdałku tworzy się wiotki szary nalot, w następnym dniu widać pod nalotem lekkie owrzodzenie, w trzecim dniu jest nalot grubszy, ale miękki. W dalszym przebiegu choroby można odróżnić dwie postacie: pierwsza, rzadsza postać dławcowa odznacza się lekkim nalotem, szybko ustępującym, a pozostawiającym powierzchowne owrzodzenie; naloty zostają wykrztuszane, albo połykane. W następnym dniu jeszcze napotkać można wiotki nalot, który po kilku już dniach zupełnie znika. Z innych objawów zasługują na uwagę podwyższona ciepłota i obrzmienie gruczołów podszczękowych. Drobnowidowe badanie nalotów wykazuje wyłącznie prątka wrzecionowatego.

Częstszą jest druga postać chorobowa, błonicza, wrzodziejąca. Między drugim, a czwartym dniem choroby wytwarza się pod nalotem mniej lub więcej głębokie owrzodzenie. Wypocina jest żółtawo-szara z odcieniem zielonawym, owrzodzenie zaś, bardzo łatwo broczące, ma brzegi naciekłe i podminowane: błona śluzowa jest w sąsiedztwie ciemno-czerwono zabarwiona i obrzękła; języczek może być zajęty, a gruczoły są zawsze silnie obrzękłe. Obok tego połykanie jest bardzo utrudnione, ślinienie wzmożone i cuchnienie z ust. Ciepłota ciała dochodzi do 38°—39°. W ósmym lub dziewiątym dniu naloty odpadają, owrzodzenie się oczyszcza, objawy chorobowe szybko znikają i następuje poprawa stanu ogólnego, jakkolwiek są autorowie, którzy podają daleko dłuższy przebieg choroby. (Nicole, Graupner, Baron i t. d.).

Przy rozpoznaniu należy wykluczyć błonicę i zapalenie kiłowe migdałków; będzie więc rozpoznanie pewnem, jeśli *a)* drobnowid wykaże znaczną ilość prątka wrzecionowatego i prątka krętego; *b)* brak prątków błoniczych (Löfflera); *c)* brak kiły; *d)* jeśli w powierzchownych warstwach nalotów znachodzą się jedynie gronkowce i paciorkowce.

Leczenie polega na płókaniu gardła rozczynem chlorku potasowego, pędzlowaniu płynem Lugola, balsamem peruwiańskim, 5% azotanem srebrowym, błękitem metylenowym i t. d.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze).

König: **Uwagi nad przebiegiem i leczeniem ran postrzałowych płuc podczas pokoju.** (*Berl. klin. Wochsch.* 1903 32). W ciężkiem zranieniu płuc z krwotokiem do klatki piersiowej wyjątkowo tylko może być dopuszczalnem wkrótce po zranieniu wkroczyć operacyjnie, n. p. w razie podejrzewania krwotoku ściennego (tętnica sutkowa itd.). Jeżeli w 2-gim lub 3-cim dniu zwiększają się objawy chorobowe (duszność, tętno liczne, podwyższenie ciepłoty), wtedy musi się otworzyć jamę opłucnową przez nacięcie klatki piersiowej (torakotomię). Występujące podwyższenia ciepłoty z utrudnieniem oddychania wymagają także operacyi. Ma się tu też często do czynienia z zakażeniem pneumokokowem, wysiękiem z oskrzeli. K. uważa nacięcie klatki piersiowej również za wskazane, chociażby nawet nie zmuszał do tego brak ciężkich objawów, jeżeli się je przedsiębierze przy istniejącem wylaniu krwi drugiego lub trzeciego dnia po zranieniu, albo nawet później. Chroni ono chorego przed zakażeniem otoku ze strony płuc i przyspiesza gojenie. Jednakże musi operacya być robioną zupełnie aseptycznie, aby chory w zamian za otok krwawy nie dostał ropnego. Jeśli wessanie krwi trwa miesiące, to można wyzdrowienie przyspieszyć przez częste nakłucia (punkcye). *B. Żmigród.*

Prof. Borysow. **Znaczenie substancyi gorzkich dla trawienia.** (*Russkij Wracz* 1903, Nr. 32). B. (Odessa) badał na psach z przeciętym przełykiem i przetoką żołądkową wpływ substancyi gorzkich na wydzielinę soku żołądkowego. Doświadczenia były wykonywane w sposób następujący: po przepłókaniu żołądka zastosowywał B. pozorne karmienie psa mięsem w ciągu 1', w innych zaś doświadczeniach kładł poprzednio do jamy ustnej psa kawałek waty, napojonej nalewką goryczki. Okazało się, że wydzielina soku żołądkowego zwiększa się pod wpływem goryczy w znacznym stopniu, lecz tylko w tych razach, gdy gorycze były podane bezpośrednio przed karmieniem. Na ogólną kwasotę i zawartość kwasu solnego gorycze wpływu nie wywierały; wpływ na obfitość soku był nie długotrwały. Stosowanie goryczy na 15—30' przed karmieniem było zupełnie bezskutecznem. Na podstawie tych doświadczeń B. dochodzi do wniosków następujących: 1) stosowanie goryczy u chorych jest uzasadnione; 2) nie należy podawać goryczy w dawkach dużych, które mogą wywierać działanie ogólne; również nie należy ich stosować w pigułkach, gdyż tym sposobem tracą swój smak, wreszcie nie podawać na długo przed spożywaniem pokarmu ;3) najlepszy sposób polega na podawaniu 15—20 gorzkich kropli w kieliszku wody bezpośrednio przed spożyciem pokarmu.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Prof. J. Borelius. **Modyfikacya operacyi Maydla przy wrodzonem rozszczepieniu pęcherza.** (*Zentralblatt für Chir.* 1903, Nr. 29). Modyfikacya, wykonana przez B. na propozycyę Dra W. Berglunda, ma zapobiedz wstępującemu ropnemu zapaleniu nerek, jakie po operacyi Maydla niekiedy spostrzegano. W tym celu Borelius (względnie Berglund) zakłada enteroanastomozę boczną między obома ramionami zagięcia esowatego tuż u podstawy i dopiero w pętlę tak wykluczoną wszczepia trójkąt Lieutauda.

Herman.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stosowanie sozojodolu sodowego w płonicy. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 8, 1903). Dr. F. Blumenfeld donosi, iż w leczeniu płoniczych chorób gardła sozojodolan sodowy oddaje dobre usługi nawet w tych przypadkach, w których chłonne gruczoły karkowe uległy obrzmieniu i stały się bolesne. Autor stosując ten środek, stwierdził szybkie rozmiękanie i oddzielanie się pokładów w gardle w przeciągu pierwszych 2—3 dni; dalej zniknięcie oddechu cuchnącego, ustąpienie obrzęku migdałków i gruczołów chłonnych, przy równoczesnej poprawie stanu ogólnego. Lek ten podaje się albo wewnętrznie: *Natr. sozojodoi 2.50, Glycerini, Aq. destillatae aa 25.0. S.* Co 2 godz. łyżeczkę, lub w postaci rozpylań zgęszczonego rozczynu sozojodolu w glicerynie, z dodatkiem nieco mentolu, zapomocą osobnego rozpylacza do gardła. *Baschkopf.*

M. Porosz (Budapeszt). **Leczenie dymienic i ropni 2 do 5% kwasem azotowym.** (*Gyógyászat*, Nr. 27, 1903). Autor wstrzykiwał do dymienic i ropni 2—5%-owy rozczyn kwasu azoto-

wego. Zrobiwszy mały otwór, wkładał weń koniec strzykawki, używanej do leczenia rzeżączki i z siłą wstrzykiwał roztwór, skutkiem czego płyn wchodził do każdego, choćby najmniejszego zaułka. Następnie łagodnym uciskiem usuwał nadmiar płynu, wycierał otoczenie rany na sucho, ewentualnie pokrywał waseliną, by je chronić przed wypływającym roztworem i nakładał opatrunek. Nazajutrz po wstrzyknięciu wydobywa się po naciśnięciu wydzielina żółtawa, śluzowata, przeźroczysta. Należy zrobić powtórne wstrzyknięcie. Po 2 do 3-ch dniach wydobywa z rany ciecz przezroczysta, surowicza, a objętość jamy znacznie się zmniejsza. Po 4—5-ciu dniach wydzielina ogranicza się do 1—2-ch kropli. Najdłużej po 8-miu dniach tego leczenia ropień lub dymienica goją się, chociaż chory nie był zmuszony leżeć w łóżku. Dobre działanie kwasu azotowego tłómaczy P. wzmożeniem krążenia i krwi i limfy, będącem następstwem drażnienia przez kwas, niszczeniem czynników chorobotwórczych, przyśpieszeniem obumierania i oddzielania się patologicznych komórek i sklejania się świeżych ziarnin. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 lipca 1903 roku.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 29.

I. Kol. R. D. Rydygier zaprasza na Zjazd chirurgów polskich, mający się odbyć w Krakowie d. 13 lipca 1903 r.

II Kol. Eljasz Radzikowski przedstawia teczki wyrobu krajowego, służące do przechowywania preparatów mikroskopowych. Wyrób firmy Szczerbińskiego (Kraków, ul. Mikołajska l. 2.). Cena tych teczek umiarkowana, bo 28 ct. za sztukę. Tańsze są zatem od wyrobów wiedeńskich, a stanowczo lepsze.

III. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej.

1) Chorą 32 lat z objawami grzybicy (*mycosis fungoides*). U chorej spostrzedz się dają wszystkie okresy tej choroby, zaczynając od zmian wypryskowych, aż do guzów wielkości gołębiego jaja.

2) Chorego 57 lat z objawami pigmentacyi po przebyciu pęcherzycy (*pemphigus exfoliativus*). U chorego, który dwukrotnie pozostawał w leczeniu w klinice dermatologicznej w ciągu ostatnich pięciu miesięcy, zmiany chorobowe usadowiły się prócz charakterystycznych pęcherzy na skórze ciała, w znacznym stopniu na błonie śluzowej. Stosowaniem kąpieli dziegciowych, miejscowem leczeniem jamy ust i podawaniem chininy wewnętrznie usunięto wszystkie zmiany.

IV. Kol. Kučera w odczycie »Bakteryologiczne rozpoznawanie gruźlicy« na podstawie własnego doświadczenia i zebranego piśmiennictwa podaje przegląd sposobów, jakimi rozporządza bakteryologia dla rozpoznania gruźlicy. Wychodząc z założenia ogólnie przyjętego, że »gruźlica« dziś jest pojęciem etyologicznem, omawia sposoby: I. bezpośredniego wykrywania prątków tbc. w wytworach gruźliczych; II. swoistego odczynu ustroju na wytwory prątków tbc (tuberkulina); III. swoistego odczynu prątków na wytwory, zawarte w krwi u osób gruźliczych (odczyn aglutynacyjny).

Ad I. Wykazanie prątków gruźliczych dzieje się drogą mikroskopową, drogą hodowli lub wreszcie zapomocą doświadczenia na zwierzętach (specyalnie morskich świnkach). Co do drogi mikroskopowej omawia prelegent w krótkości wypróbowane metody barwienia, zwracając szczególną uwagę na drobnoustroje, barwiące się w podobny jak prątki gruźlicze sposób (*b. smegmatis, b. leprae* i szereg drobnoustrojów z grupy *bac. acidoresistens*, z których jeden rodzaj udało się prelegentowi znaleść w osadzie wody — zresztą czystej — i którego okaz barwiony metodą Ziehl-Neelsena demonstruje pod mikroskopem).

Z kolei omawia kol. Kučera zastosowanie metody mikroskopowej do rozmaitych wydzielin i wydalin (plwociny, mocz, kał, wypociny zapalne), i wspomina o najnowszem wzbogaceniu sposobów tych przez »inoskopię« Jousseta, która specyalnie w badaniu wypocin opłucnowych i otrzewnowych oddaje dobre wyniki, o czem prelegent miał sposobność się przekonać. Wykazywanie prątków gruźliczych zapomocą hodowli, jako metoda kliniczna, może mieć zastosowanie chyba tylko w modyfikacyach Hessego (hodowanie prątków w plwocinach na agarach z pożywką Heydena) lub Spenglera (poprzednie wykluczanie innych drobnoustrojów przez formalinę), w których to sposobach jednak prelegent niema doświadczenia.

Co do doświadczeń na zwierzętach, zawsze jeszcze najodpowiedniejszą jest morska świnka, tylko że nawet w niej nieraz trzeba dołączyć jeszcze badanie mikroskopowe zmian gruźliczych (ze względu na drobnoustroje pokrewne).

Ad II. Co do tuberkuliny, to referaty w czasopismach brzmią zachęcająco, specyalnie we »phthisis« rozpoczynającej się, a uchodzącej nieraz za »chlorosis«, o ile klinicysta korzysta z doświadczeń, uzyskanych w szeregu lat stara tuberkulina Kocha, małe dawki, dwutrzyrazowe powtórzenie, dokładne mierzenie ciepłoty).

Ad III. Odczyn aglutynacyjny jak dotąd, nie wystarcza na pewne rozpoznanie gruźlicy. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Wehr i Silberstein.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 października 1903 r.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 44

I. Kol. przewodniczący odczytuje przysłaną odezwę, zapraszającą do wzięcia udziału w Kongresie higienicznym w Norymberdze.

Kol. Łukasiewicz podaje do wiadomości odezwę lekarzy z Królestwa Polskiego w celu popierania wyrobów swojskich z zakresu medycyny i wyszczególnieniem fabryk zakordonowych, które poszczególne środki wyrabiają.

II. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorą 32 lat z objawami grzybicy (*mycosis fungoides*), znaną zebraniu z ostatniego posiedzenia. U chorej zastosowano 9-krotne naświetlania promieniami Roentgena w miejscu wyrośli prawej strony twarzy. Po lewej stronie twarzy wycięto guzy. W miejscu naświetlanem utworzyła się nieznaczna blizna bez śladów nawrotu choroby. W miejscu wycięcia w bliźnie samej i obok powstały nowe guzy U chorej, która okazuje znaczne zmiany na rękach i nogach, stosuje się w dalszym ciągu naświetlanie promieniami Roentgena. *b*) Chorą, 60 l. z objawami pęcherzycy (*pemphigus exfoliativus*). Chora od trzech miesięcy okazywała tylko zmiany na błonie śluzowej jamy ust. Od kilku dni wystąpiły rozsiane zmiany na całem ciele w postaci typowych pęcherzy.

Kol. Wehr demonstruje sposób przyrządzania katgutu jodowego, sposób wyjaławiania jego zapomocą jodu i jodku potasu (sposób podany z kliniki Blocha). Radzi rozpuścić wpierw 10 grm. jodku potasu w 100 - 200 grm. wody, a następnie dopiero dodać 10 grm. jodu. Katgut (5—6 nitek zwiniętych na szpulki Siberta) pozostaje w roztworze 8 dni. Przed użyciem wkłada się go do alkoholu, a później do wody karbolowej 1%, pozbawiającej go śliskości, jaką mu daje alkohol.

Badania wykazały jałowość katgutu w ten sposób przyrządzonego. Drażni on wprawdzie cokolwiek miejsca wkłucia, nie pociąga to jednak za sobą żadnych następstw. Prelegent używa katgutu Wisnera.

Kol Barącz, podnosząc własności tak wyjałowionego katgutu, jako nietylko aseptyczne, ale i antyseptyczne, zwraca uwagę, że wynalazcą tego sposobu wyjaławiania jest Claudius. Co do katgutu radzi używać katgutu z fabryki braci Weber z Genewy. Katgut ten jest dobry i znacznie tańszy.

Kol. R. D. Rydygier uważa za najstosowniejsze zawijanie pojedynczych nitek na zwitki gazy (sposobem Kozłowskiego). Unika się w ten sposób ocierania o brzeg naczynia i można niezużyty przy operacyi katgut wyrzucić bez znaczniejszych strat

W dyskusyi zabierają głos kol.: Skałkowski, Barącz, Wehr

Kol. Gluziński omawia przypadek schorzenia u mężczyzny 42 lat, który zgłosił się do kliniki lekarskiej 6/X z objawami bólów głowy i wymiotów. U chorego znaleziono silną miażdżycę tętnic i żył obwodowych (*phlebo- et arteriosclerosis*), przerost lewego serca i mierną rozedmę płuc Ciężar moczu wahał się między 1011—1015, białka 0·01. Rozpoznano mocznicę na tle zmian nerkowych miażdżycowych Chory zmarł 17/X wśród ostrych objawów mocznicy, trwających trzy dni, i równocześnie powstałego zapalenia płuc. Przy sekcyi (prelegent demonstruje preparaty anatomo patologiczne), znaleziono w jednej nerce puchlinę nerkową i zwapnienie tętnic (*hydronephrosis et arteriosclerosis*), w drugiej ostre zwyrodnienie miąższowe (Wywiady wskazują na przebytą kiłę). Prelegent zwraca uwagę, że przy przewlekłem zajęciu jednej nerki mały stosunkowo powód w tym przypadku częściowe zapalenie płuc) może sprowadzić w drugiej zdrowej nerce zmiany ostre, w wyniku swym doprowadzające do objawów ostrej mocznicy.

W dyskusyi zabierają głos kol.: Łukasiewicz, Ziembicki, Merunowicz, Gluziński, Moraczewski, Wehr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 2 grudnia 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof Nowak. Obecnych członków 38.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Dyskusya do odczytu kol. Prof. Kleckiego: „O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu“.

W dyskusyi zabrał głos najpierw kol. Bier i omówił stanowisko lekarzy wobec alkoholizmu; twierdził, że lekarze może za często zapisują alkohol jako lek, zwłaszcza u dzieci i przez to przyczyniają się do rozpowszechnienia alkoholizmu. Zupełna abstynencya u lekarzy mogłaby wywrzeć bardzo ważny wpływ w tej kwestyi.

Kol. Prof. Ciechanowski zapytuje prelegenta, jak liczne doświadczenia wykonano co do wpływu małych dawek wyskoku i czy przy doświadczeniach były wykluczone zupełnie wpływy uboczne, jak n. p. samopoddawanie?

W odpowiedzi zaznacza kol. Prof. Klecki, że kwestya antyalkoholizmu jest dzisiaj w tak rozmaitych kierunkach i z rozmaitego punktu widzenia omawianą, że potrzebaby całego szeregu prac i odczytów, by ją tak wyświetlić, aby Towarzystwo lekarskie mogło w tej sprawie wypowiedzieć jakieś zdanie i zaznaczyć w tym kierunku swe stanowisko.

Ujemne działanie małych dawek alkoholu w doświadczeniach, przytoczonych przez prelegenta, było dosyć wybitne, a jedynie przy małych dawkach nie stwierdzono zbiorowego działania. W doświadczeniach, których ilość była stosunkowo znaczna, można stanowczo wykluczyć wszelkie uboczne wpływy, a więc i samopoddawanie.

W dalszej dyskusyi zabierali głos kol. przewodniczący, kol Kwaśnicki i kol. prelegent, poczem uchwalono następujący wniosek:

„Towarzystwo wyraża życzenie, by przyszłoroczny zarząd Towarzystwa zajął się o ile możności sprawą antyalkoholizmu w porozumieniu z odpowiednią sekcyą przyszłorocznego Zjazdu we Lwowie“.

III. Kol. Wrzosek wygłosił zapowiedziany odczyt: »Uwagi nad patogenezą chorób zakaźnych«. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

W dyskusyi podnosi kol. Prof. Ciechanowski ważność wyników, otrzymanych w pracach kol. prelegenta i kol. Rogozińskiego, rzucających pod pewnym względem nowe światło na kwestyę wrót zakażenia. Nie sądzi jednak, by przewód pokarmowy był tą wyłączną drogą zakażenia, gdyż drogi oddechowe muszą także zajmować w tym kierunku poważne miejsce. W końcu nawiązuje do najnowszej teoryi Behringa o zakażeniu gruźliczem. Teorya ta nie jest zdaniem mowcy dostatecznie uzasadnioną.

Kol. Eisenberg zapytuje kol. prelegenta, czy znajdował w tkankach dużą ilość osobników mikrobów, czy też małą? Teoryi Behringa, zdaniem kol. Eisenberga *a priori* potępiać nie można, gdyż ogólnie wiadomo, że mikroby w ustroju mogą w rzeczywistości skrycie przebywać przez długi czas.

Kol. Ciechanowski podnosi, że nie sama ilość mikrobów stanowi o zakażeniu, lecz także ich jadowitość, a równorzędnie z nimi stopień odporności ustroju.

Kol. Prof. Klecki i Kol. Droba zaznaczają, że w danej pracy nie chodzi ani o ilość, ani o jakość mikrobów, tylko o drogi, któremi się one do tkanek dostają.

Kol. prelegent zaznacza, że i mała ilość mikrobów może wywołać schorzenie przy wrażliwości ustroju, w dalszym ciągu z naciskiem podnosi jeszcze raz, że głównem źródłem zakażenia ustroju jest przewód pokarmowy.

W dalszym ciągu dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy: Herman Hirsch, Eisenberg, Prof. Ciechanowski i kol. przewodniczący.

Dobrowolski sekretarz doroczny.

VII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Dokończenie).

Dzieje fundacyi tej pokazują, że członkowie *collegii maioris* ściśle pod tym względem przestrzegali aktu fundacyjnego i wybierali z pośród siebie nowego lekarza „pauperum studiosorum“, ilekroć tylko posada ta się z jakiegokolwiek powodu opróżniła. W jednym tylko kierunku nie trzymano się ściśle woli testatora i egzekutorów testamentu Piotra z Poznania. Podług aktów fundacyjnych miało zawsze dwóch lekarzy starać się o dobro ubogich chorych; w ten bowiem sposób chciano zapobiedz zbytniemu przeciążeniu jednego lekarza. Dzieje fundacyi wykazują jednak, że na ściśle przestrzeganie aktów fundacyjnych należało długo czekać, bo aż do roku 1754, kiedy lekarzem obrano Stanisława Wadowskiego, który tę funkcyę pełnił jakiś czas równocześnie z Janem Camelinem.

Pierwszym lekarzem biednych studentów był Marcin Hozyusz, obrany nim już w r. 1580. Po nim piastowali tę godność kolejno Szymon Syreniusz, Gabryel Joannicius, Walenty Fontanus, Wojeński, Gabryel Ochocki, Jan Jarczyński, Jacek Łopacki, Jan Dzidowski, Antoni Laskiewicz, Jan Camelin, a prawie równocześnie z nim Stanisław Wadowski, Andrzej Badurski i jako ostatni Jan Nepomucen Lucy[21].

Fundacya ta miała swego prowizora, wybieralnego wedle aktu fundacyjnego z pośród doktorów teologii, i to podobnie, jak lekarz, przez „communitatem collegii maioris“. Kiedy zaś w r. 1662 połączono z omawianą fundacyą i fundacyę Wojeńskiego, wybierano dla obydwóch połączonych fundacyi wspólnego prowizora. Obowiązkiem jego było utrzymywać w jak najlepszym stanie dom dla lekarza, czuwać nad dochodami fundacyi, układać do pewnego stopnia jej budżet, wypłacać rachunki i starać się, by była zawsze jakaś suma na leki zapewniona już z góry. On miał wraz z lekarzem układać się z aptekarzem, który miał dostarczać leków i być obecnym przy składaniu przysięgi przez lekarza ubogich studentów na początku jego urzędowania. Za te swoje czynności miał pobierać pewną stałą roczną kwotę. Wedle aktów fundacyjnych należało mu się rocznie 4 flp. Początkowo jednakowoż nie pobierał więcej nad 2 flp., a dopiero od r. 1584 po wejściu w życie fundacyi dla drugiego lekarza, przestrzegano pod tym względem ściśle woli testatorów. Ściśle natomiast trzymano się przepisu, wymagającego, by prowizor był doktorem teologii. Najczęściej wybierano ich z pośród księży przy kościele św. Floryana na Kleparzu. Na siedemnastu bowiem prowizorów, których nazwiska zdołaliśmy zebrać, znaleźliśmy aż jedenastu piastujących rozmaite wyższe godności przy wspomnianym kościele. Pierwszym prowizorem fundacyi był ksiądz Marcin z Pilzna, a po nim kolejno piastowali ten urząd, o ile stwierdzić mogliśmy, następujący: Jan Muscenius, Andrzej Schoneus, Jakób Turobojski, Daniel Sigonius, Albert Borowius, Jakób Piotrowski, Jakób z Ujścia, Jan Cynerski, Adam Młynkowicz, Stanisław Markiewicz, Józef Kolendowicz, Stanisław Filipowicz, Kazimierz Stępkowski, Paweł Polaczek i Józef Tomasz Szabel jako ostatni.

Leków dostarczał aptekarz, którego obierał prowizor po poprzedniem porozumieniu się z rektorem, z doktorami *collegii maioris* i lekarzem ubogich studentów. Aptekarza i wydawania leków miał obowiązek doglądać lekarz; należytość zaś za leki wypłacał co kwartał prowizor. Aby zaś pieniędzy na leki nie brakło, — gdyż w przeciwnym, razie byłaby instytucya lekarza i fundacya zupełnie złudną — („*Quoniam vero vix utile et expediens foret pauperibus aegrotis Medicum qui gratis ejsdem moderetur instituere nisi sumptus quoque pro pharmacis comparandis providerentur*...“) należało na początku każdego roku pozostawiać w ręku prowizora pewną sumę, przeznaczoną jedynie na leki. Obowiązkiem aptekarza było starać się, by leki były doborowe i by ich nie brakło nigdy. Gdyby zaś z jakiegokolwiek powodu nie odpowiedział swojemu zadaniu, przysługiwało prowizorowi prawo zerwania z nim każdej chwili układu, oraz

[21]) Niżej podana tablica wskaże lata, w których lekarze, prowizorowie i aptekarze pozostawali w stosunkach do fundacyi.

wyboru nowego aptekarza. W ten sposób dostarczali kolejno po sobie leków następujący aptekarze krakowscy: Florianus, Mikołaj Czebrowski, Krzysztof Brzozdowicz, Jan Neapolitan, Szymon Aptekarz, Piotr Gliwowicz, Chudziński, Soldadyni i Michał Szaster.

Obok zaopatrywania chorych studentów w lekarza, leki i pieniądze, pełniła nasza fundacya także funkcyę i... kasy pogrzebowej. W rachunkach ich bowiem znajdujemy wielokrotnie pomiędzy wydatkami pozycyę *„pro funere"*.

Z czasem upadły czynsze tych fundacyi. W r 1712 stanowiły jej dochody prawie wyłącznie czynsze ze wsi Łopaczycy opata tynieckiego i przyłączonej do nich *„fundationis Vitellianae et Woiensciana e"* i od sumy umieszczonej na wsiach Zarogów, Wronin i Wroninek. Od roku 1752, jak udowadnia Kołłątaj, upadły i czynsze od ostatnich dwóch wsi [22]). Kamienica zaś dla lekarza wymagała tak znacznych restauracyi, że lwia część dochodów na nie się obracać musiała, wskutek czego używano nieznacznych tylko sum na właściwy cel. Tak n. p. w r. 1739 wydatki z powodu restauracyi przewyższały znacznie dochody. Stan ten trwał z małemi przerwami prawie aż do r. 1775, w którym ówczesny prowizor Szabel z żalem stwierdza, że nie mógł pozyskać żadnych dla fundacyi dochodów, a więc i nic wydać (*quoniam in anno 1775 nihil vindicare potui, nihilque expendi...*") Nie uratowało sytuacyi nawet wydzierżawienie w r. 1747 domu dla lekarza za roczną sumę 200 złp., gdyż więcej wynosił wydatek na utrzymanie samego budynku [23]). Tak działo się aż do r. 1779, kiedy na konwokacyi wydziału lekarskiego dnia 10 września dziekan postawił wniosek, by dom przy ulicy Wiślnej sprzedano i w ten sposób uratowano przynajmniej tę drobną sumę, jakąby przy sprzedaży osiągnąć było można. Równocześnie z tą uchwałą powzięto i drugą, jeszcze ważniejszą, mianowicie, by za pośrednictwem wizytatora szkół, którym był Kołłątaj, uproszono Komisyę edukacyjną, by jednę z dwóch pojezuickich kamienic oddała na własność Wydziałowi lekarskiemu z przeznaczeniem *pro medico pauperum studiosorum.* Komisya edukacyjna zgodziła się na obydwa wnioski Wydziału. Dom przy ulicy Wiślnej, będący niegdyś własnością Piotra z Poznania, a oszacowany na sumę 4185 flp, przyniósł po dwumiesięcznem trwaniu licytacyi sumę 5600 flp. Z uzyskanej przez sprzedaż sumy użyto 500 flp na restauracyę domów uniwersyteckich, a resztę sumy, t. j. 5100 flp., umieszczono na 5 od sta na ogrodzie Maryanich. Drugą część wniosku wypełniła komisya edukacyjna w ten sposób, że stosownie do życzenia profesorów oddała w r. 1779 z dwóch domów pojezuickich ten dla lekarza ubogich studentów, który był położony przy placu św. Szczepana. Pierwszym lekarzem w tym nowym domu został w r. 1780 Dr. Jan Nepomucen Lucy. Niedługo jednak trwała ta świetność. W r. bowiem 1785 sprzedała Szkoła Główna i tę kamienicę Oesterreicherowi, a z sumy otrzymanej ze sprzedaży spłaciła częścią dawniejsze długi, część zaś obróciła na rzecz ogrodu botanicznego, a resztę pozostałą miała ulokować na nieobciążonych kamienicach krakowskich [24]) A cóż się stało z posadą lekarza studentów? Od tej chwili nie łączyło się z nią więcej posiadanie domu dla lekarza. Szkoła główna zaś, w uznaniu potrzeby tej instytucyi, uregulowała dochody Lucego w ten sposób, że wyznaczyła 1200 złp. z dochodów, a nadto jeszcze 300 złp. z dochodów bursy Śmieszkowskiej. W zamian za to nałożyła na Lucego obowiązek bezpłatnego leczenia ubogich uczniów *„ad vitae tempora* z wszelką pilnością" i zrzeczenia się wszelkich pretensyi do kamienicy, położonej przy placu św. Szczepana, w której poprzednio mieszkał. Lucy był więc ostatnim lekarzem studentów z fundacyi Piotra z Poznania, który mieszkał w domu przeznaczonym dla tegoż lekarza. Następcy jego musieli się zadowolnić jedynie skromnem wynagrodzeniem za swoje czynności, a pierwszym lekarzem podług tej nowej modły został w r. 1787 Czerwiakowski. Wynagrodzenie jego za te czynności wynosiło 430 złp, zaś na leki otrzymywał na przeciąg całego roku 100 złp. [25]).

[22]) Kod. nr. 298 arch. sen.
[23]) Kod. nr. 398 arch. sen.
[24]) Kod. nr. 4 arch. sen.

Tabela lekarzy, prowizorów i aptekarzy fundacyi Piotra z Poznania.

Rok *)	Lekarz	Prowizor	Aptekarz	Uwagi
1580	Martinus Foxius		Florianus	
1581	„	Martinus Glicius Pilsnensis. Theol. Dr. Can. Crac. et Vratisl	„	
1590	Simon Sirenius med. Dr.	„	„	
1591	„	„	Nicolaus Czebrowski in platea castrensi	
1592	„	Joannes Muscenius Curelouiensis S. Theolog. Dr. Praepos. S. Floriani. Can. Crac.	„	
1601	„	† Joannes Muscenius	„	
1602	„	Andreas Schoneus S. Theol. Dr. Custos S. Floriani. Parochus Payenensis.	„	
1607	„	„	Christophorus Brozdowic	Brozdowic, nazywany także w kod. nr. 141 Drozdowic i Drozdowski.
1611	Gabriel Joannicius	„	„	
1613	„	„	Joannes Neapolitanus	
1614	Valentinus Fontanus	„	„	
1615	„	Jacobus Turoboiski S. Th. Dr. S. Floriani Custos.	„	
1618	Mathias Woiiński med. Dr.	„	„	Woiiński, także Woieński.
1624	„	„	Simon Apothecarius	
1632	„	„	Petrus Gliwowicz	
1637	„	Daniel Sigonius. Th. Dr. Can. Crac.	„	
1638	„	Albertus Borovius S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani custos.	„	
1642	„	Jacobus Piotrowski Can. S. Floriani.	„	„post liberam resignationem Ad. Rdi. D. Alberti Borouij" (Kod. nr. 64, arch. sen.).
1648	† Mathias Woiiński.	Jacobus Usciensis S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani Cleparid. et S. Georgi. Cracov. custos.	„	Bezpośrednich następców Gliwowicza nie mogliśmy odszukać, gdyż brak rachunków za czas od 1648 aż do r. 1711.
1649	Gabriel Ochocki med. Dr., Prof. Consul Crac.	„		
1653	„	Joannes Cynerski Canon. crac.		

[25]) Kod. nr. 27 arch. sen.

*) Data obok nazwiska oznacza rok objęcia urzędowania lekarza, aptekarza lub prowizora, względnie koniec urzędowania poprzednika, o ile nie jest wyraźnie inaczej zaznaczone.

Rok	Lekarz	Prowizor	Aptekarz	Uwagi
1662	"	Adamus Mlynkowicz S. Th baccalaureus et prof. Decanus S. Annae. Procurator Universitatis. Parochus Zieloneccensis etc.		W tym roku połączono fundacyę Piotra z Poznania z fundacyą Wojeńskiego i od tego czasu wybierano już dla obydwóch wspólnego prowizora. (Kod. nr. 64. arch. sen).
1676	Joannes Jarczyński med. Dr.	† Adamus Młynkowicz.		
1681	Hiacinthus Łopacki. med. Dr. Consul Cracov.			Bezpośredniego następcy Młynkowicza w prowizoryi nie mogliśmy odszukać.
1702	† Hiacinthus Łopacki.			
1703	Joannes Dzidowski med. Dr. Consul. Crac.			
1711	"	Sigismundus Lisowicz S. Th. baccalaureus. Prof. S. Floriani. Cleparidis Can.		
1714	"	"	Soldadyni	
1723	"	Stanislaus Markiewicz. S. Theol. Dr. Prof. Provisor Petricianus.	Soldadyni a równocześnie i Chudziński	Kiedy obrano Markiewicza prowizorem. nie wiadomo. Faktem jest, że już w roku nastepnym zrezygnował.
1724	"	Mathaeus Kolendowicz. S. Th. Prof. S. Floriani Canon. Provisor Petricianus.	Soldadyni	
1728	Antonius Laskiewicz.	"	"	
1729	"	"	Michał Szaster.	
1741	"	Stanislaus Filipowicz. S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani Clep. Decanus.	"	
1753	Joannes Camelin, a równocześnie z nim	"	"	Kiedy Camelin został „ordinarius medicus pauperum stud.“ nie mogliśmy odszukać. Liber conclusionum wspomina o nim już w r 1753 jako o takim.
1754	Stanislaus Wadowski.	"	"	Księga konwokacyi (nr. 298 arch. sen.) wspomina o Wadowskim już w r. 1754, jako o lekarzu stud , podczas gdy rachunki fundacyi niniejszej o nim dopiero w r. 1765 jako o takim wspominają
1758	"	Casimirus Stepkowski. S. Th. Prof., S. Floriani Canon.		
1759	"	Paulus Polaczek S. Th. Prof. S. Floriani Canon.		
1774	† Joannes Camelin, a po nim Andreas Badurski Phil. et Med. Dr.	Josephus Thomas Szabel. S Th. Dr. Prof. ecclesiarum collegiatarum Neo-Sandecensium. S. Annae Cracoviae Archiadiaconus.		
1780	Joannes Nep. Lucy.	"		Liber conclusionum

IIV. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 grudnia

* D. 19 b. m. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Na wniosek prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwaliła Izba lekarska krakowska przystąpić z początkiem przyszłego roku do wydawania własnego organu sprawozdawczego. Ogół członków obu Izb niejednokrotnie wyrażał życzenie, dodajmy zupełnie uzasadnione, ażeby Izby więcej i wyraziściej ogłaszały o swej działalności, zwłaszcza, że jest to i w interesie samych Izb, których milczenie podczas rozstrzygania ważnych zagadnień stanu lekarskiego mogłoby dać powód do szkodliwych nieporozumień i bałamuceń. Nowy organ ma wychodzić co miesiąc przy „Przeglądzie lekarskim“, będzie on pod względem redakcyjnym zupełnie samodzielnym i niezależnym od naszego tygodnika, a związany z nim tylko w części techniczno-administracyjnej; treść tego miesięcznika Izb będzie poświęcona głównie sprawozdaniom z czynności Izb galicyjskich; wszyscy członkowie obu Izb otrzymywać go będą bezpłatnie. Tym sposobem stworzy się podstawa do wzajemnego porozumiewania się zarządów obu Izb galicyjskich, a w dalszem następstwie i do wspólnego kierunku.

* W N. 27—28 miesięcznika „Żurnał medicinskoj chimii i organoterapii“ znajdujemy ocenę pracy Doc. Dr. Lud. Korczyńskiego p. t. »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii«, drukowanej w „Przeglądzie lekarskim“ i w „Wiener Klinik“. Autor odzywa się z uznaniem o rozprawie Dr. L. Korczyńskiego, oświadcza, że zainteresowała ona tamtejszych lekarzy i że przygotowuje się jej przekład na język rosyjski

* W N. 12 »Liečničkiego Viestnika“ Dr. J. Karliński korzystnie ocenia wydawnictwo prof. dr. W. Jaworskiego p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych«.

W dalszym ciągu Dr. Karliński, biorąc asumpt z »Trzydziestego sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«, zaznajamia lekarzy kroackich z instytucyą szpitala św. Ludwika w Krakowie i Kolonii leczniczej w Rabce.

* Dr. Jan Siedlecki, dyrektor szpitala w N. Sączu, złożył 40 Koron na ręce Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, przyznaczając tę kwotę do funduszu zapomogowego dla wdów i sierot po członkach Izby.

* Pierwszy serbski Zjazd przyrodniczo-lekarski odbędzie się w połowie września 1904 r. Przewodniczącym Komitetu gospodarczego jest Dr. Danić. Członkiem może zostać każdy lekarz i przyrodnik szczepu słowiańskiego, którego interesuje rozwój nauk przyrodniczo-lekarskich. Językiem wykładowym Zjazdu może być każdy język słowiański.

* »Liečnički Viestnik«. organ lekarzy Kroacyi i Sławonii, obchodzi w styczniu 1904 r. dwudziestą piątą rocznicę swego założenia. N. 12 wyszedł w powiększonej objętości, zawiera 25-letnie dzieje tego czasopisma, oraz miniaturową podobiznę pierwszej strony pierwszego N. z r. 1877. Zasłużonemu i poważanemu miesięcznikowi, z którym od wielu lat łączy nas wymienny stosunek, życzymy szczerze dalszego pomyślnego rozwoju dla dobra nauki ojczystej.

* Włochy czynią wielki postęp w zakresie społecznej higieny. Urzędowa statystyka daje tego wspaniały dowód: w r. 1887 śmiertelność wynosiła 27‰, w r. zaś 1902 spadła do 22‰; osobliwie śmiertelność z chorób zakaźnych obniżyła się znacznie: na milion mieszkańców spadła śmiertelność z ospy z 549 na 73; z płonicy z 494 na 48; z duru brzusznego z 739 na 351; z błonicy z 952 na 139. Najmniejsze obniżenie przypada na gruźlicę: z 2161 na 1582.

* Kongres internistów niemieckich odbędzie się w Lipsku od 18 do 21 kwietnia 1904 r. pod przewodnictwem Dr. Merkela z Norymbergi.

* Kongres balneologów niemieckich odbędzie się pod przewodnictwem Dr. Liebreicha w Akwisgranie od 3 do 8 marca 1904 r.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymali: Dr. Kuttner (internista) — w Berlinie. Dr. Reichenbach — w Getyndze; Doc. fizyologii Schöndorff — w Bonn. Następcą Kraepelina w Heidelberdze został prof. psychiatryi w Królewcu, Dr. Bonhöffer. Następcą Ziehena w Utrechcie mian. został prof. Heilbronner.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Tadeusz Röhr, lat 41, — w Warsza-

wie. Dr. Władysław Kunicki, l. 67, — w Żytomierzu. Dr. Józef Kaszperowski, lat 67, — w Cudnowie na Wołyniu Dr. Antoni Tadeusz Skrzetuski, z Włocławka, lat 40 — w Warszawie.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Z. 10 i 11. Bychowski: Z współczesnych poglądów na etyologię i patogenezę wiądu rdzenia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Rydygier: Nowy pomysł leczenia *ectopiae vesicae urinariae*. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą swoistą. (c. d.). Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus. (dok.).

— *Medycyna* Nr. 50. Rydygier: Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca? Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach, powstających wskutek urazu głowy. (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej. (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtrière (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. Saks: Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za lata 1900, 1901 i 1902. (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Výmola: O zbytnění sliznice dolních lastur a jejím operativním odstranění. Barth: Novější náhledy o pathologii a therapii některých vad řeči. Heveroch: Glossy ku Haškovecově „Exofthalmus v nemoci Basedowově“.

— *La Presse médicale* Nr. 98. Béclère: Zastosowanie x-promieni w rozpoznawaniu akromegalii. Neukirch: W sprawie promienicy.

— Nr. 99. Debove: Aglicemia cukrzycy. Sicard i Infroit: Doświadczenia radiograficzne nad szybkością posuwania się ciał, wprowadzonych do przewodu pokarmowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Kiedy należy operować w zapaleniu ślepego jelita? Meyer: Doświadczenia z kąpielami falowemi Hoeglauera i źród anemi. Salus: Doświadczenia na zwierzętach, a gruźlica nerek; oraz przyczynek do nauki o moczu gruźliczych. Hauser: Cukromocz okresowy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Ernst: Budowa i znaczenie bakteryi. Jacobsohn: Tworzenie się niweczników po wstrzyknięciu zymazy. Hahn: Wpływ krwi i żółci na przebieg fermentacyi. Simnitzki: Uwagi w sprawie „komplementów“. Rehn: Wartość liczenia ciałek krwi w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Oberndorfer: W sprawie urazowego zapalenia nerek. Thoenes: Gruźlica otrzewnej. Chrysospathes: Skuteczne leczenie x-promieniami mięsaka, nienadającego się do operacyi. Volhard: Siła wiązania alkaliów i miareczkowanie soku żołądkowego. Smith i Hofmann: Uwagi nad pracą Moritza: »Oznaczanie granic serca podług Smitha za pomocą forendoskopu«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Kapsammer: Kateteryzowanie moczowodów i czynnościowa dyagnostyka nerek. Föderl: Plastyka ubytków w kościach i chrząstkach. Hoffmann: O powolnem zanikaniu guza w górnej okolicy brzucha. Ehler: Przypad k zapalenia trzustki, połączonego ze stwardnieniem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 51. Blumenthal: O zaczynie glikolitycznym. Goldschmidt: Surowica gruźlicza Marmorka. Oberwinter: O osutkach występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, w szczególności o osutce podobnej do płonicy. Volkmann: Przyczynek do znieczulenia morfinowo-skopolaminowego. Puppel: Przeszkody połogowe. Grünbaum: O »twardej urazowej opuchlinie« grzbietu ręki. Tavel: Uwagi doświadczalne i kliniczne nad różnorodnością surowicy przeciwpaciorkowcowej (dok.). Tjaden: Zabijanie zarodków chorobotwórczych w mleku, obfitującem w serwatkę, zapomocą ogrzania bez uszkodzenia mleka i jego produktów.

Redakcya otrzymała. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 50 (od 13/XII do 19/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dz. 18; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. —, kob. —; zamiejscowych: męż. 9, kob. 9.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	2	—
2	Gruźlica	7	6
3	Zapalenie płuc	5	—
4	Dławiec i błonica	—	1
5	Krztusiec	—	—
6	Ospa	—	—
7	Płonica	—	—
8	Odra	—	1
9	Dur osutkowy	—	—
10	Dur brzuszny	1	2
11	Czerwonka	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—
13	Cholera dzieci	1	1
14	Cholera swojska	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—
19	Krwotok mózgowy	1	1
20	Choroby narządu krążenia	1	2
21	Nowotwory	—	1
22	Inne przyczyny śmierci natur.	5	2
23	Śmierć przypadkowa	—	1
24	Śmierć gwałtowna	—	—
	Razem	23	18

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

FORMAN.

(Chlormethylmenthyleter C_{10} H_{19} O CH_2 Cl).

Przeciw katarowi! Przez wielu lekarzy klinicznie wypróbowany i używany jako swoisty, idealny lek w katarze. Polecany jako środek ochronny i kojący w grypie. Sposób zastosowania: Jako zapobiegawczy lub w lekkich postaciach nieżytowych formanowa wata. W cięższej postaci nieżytu formanowe pastylki do wziewań za pomocą formanowego naczynia do wziewań. Użyty stosownie nie zawodzi.

Próbki i literatura opłatnie.

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, DREZNO.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER, Bodenbach n. E. (Podmokle).



Administracya „Przeglądu lekarskiego“ uprasza P. T. prenumeratorów o odnowienie przedpłaty na rok 1904, która wynosi:

w Austryi rocznie . . . . 20 Koron
w Król. polskim i Ces. rosyjskim rocznie 7 Rubli
w Niemczech rocznie . . . . . . 16 Marek
we Francci „ . . . . . . 30 Fr.

P. P. prenumeratorów, którzy zalegają z przedpłatą za rok przeszły uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Wygodne środki do urządzenia
kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.



Mattoniego sól borowy (wyciąg suchy) **w skrzynkach po 1 kilogr.**

Mattoniego ług borowy (wyciąg płynny) **w flaszkach po 2 kilogr.**

Od wielu lat wypróbowane w Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI
Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl

KNOLL i Spółka Ludwigshafen nad Renem.

Purgatin

syntetyczny środek przeczyszczający.
Działa łagodnie i pewnie.
Nie wywołuje ubocznych objawów. Zupełnie bez smaku.
Daw.: 0,5—2 gr., wieczór zażyć.

Triferrin

połączenie żelazo-nukleinowe
z fosforem org. związ.
Zupełnie nieszkodliwy dla narządu trawienia.
Zwiększa odsetek hemoglobiny do 90%.
Daw.: 0,3 trzy razy dnia.
Literatura i próbki na żądanie.

Sanguinal

przetwór krwiotwórczy, w postaci pigułek odpowiadający nowoczesnym wymogom. Każda pigułka zawiera 5 gr. składników zawartych w krwi ludzkiej.

Następujące kombinacye sanguinalu w postaci pigułek zyskały uznanie (oryginalne zapakowanie).

Cum **Kreosot.** 0,05 gr. i 0,10 gr.
Cum **Guajacol. carbonic.** 0,05 i 0,10 gr.
Cum **Natr. cinnamylic.** 0,001 gr.
Wskaz: Phthisis incipiens, scrophulosis, infiltratio.
Cum **Jod. pur.** 0,004 gr.
Wskaz: Zołzy, vomitus gravidarum, blednica, niedokrewna postać otyłości, dyskrazye.
Cum **Acid. arsenic.** 0,0006 gr.
Wskaz: Neurastenia, neuralgia, chorea, migrena, psoriasis, diabetes, lymphoma malignum.
Cum **Extr. Rhei** 0,05 gr.
Wskaz: Atonia przewodu pokarmowego.
Cum **Chinino hydrochlorico** 0,05 gr.
Wskaz: Osłabienia po chorobach zakaźnych, wysiłkach i t. d.

Pigułki sanguinalu znakomicie działają w niedokrewności i blednicy.

Wiele prac o skuteczności tego przetworu.

Literatura na żądanie.

Krewel & Co.,
G. m. b. H.
Kolonia n. Renem,
ul. Eifla 33.

Dr. B. Landau

był ordynator sanatoryum Leysia, **lekarz polak** ordynuje jak lat poprzednich
w San-Remo Via Vittorro Emanuele 22 casa Rubin.

Słówko o nowym wynalazku

ważnym dla palących papierosy.

Zastosowanie wiedzy w życiu praktycznem wydało już niejednokrotnie zdumiewające rezultaty, przyniosło wiele pożytku Ogółowi.

Dziś hygiena święci prawie na każdym kroku tryumfy, zrozumiałem więc jest, że i fabrykacya **tutek cygaretowych** — czyni postępy w tym kierunku, lecz nie wszędzie i nie zawsze z dodatnim rezultatem.

Moje wieloletnie próby upodstawnione nauką i fachowem doświadczeniem, uwieńczone zostały ostatniemi czasy **zdumiewającym skutkiem.** Udało mi się bowiem dojść **drogą badań chemicznych** do preparatu **znanego** już dziś prawie wszędzie, — który nosi nazwę

„SALVESOL“

Jestto **wata chemiczna,** mająca tak wielce **pożądaną dla palących papierosy** własność, że aby mnie nie posądzono o czczą przechwałkę — biorę sobie za zaszczyt powołać się na następujące, otrzymane w ostatnich czasach

UZNANIE:

W. P. Mr. farm. W. Bełdowski — Kraków.

Z przyjemnością donoszę W. Panu, że od czasu jak używam Pańskiej waty „Salvesol“ nie doznaję przykrych objawów, które mi dokuczały skutkiem palenia tytoniu. — W obec tego upraszam o nadesłanie mi za pobraniem pocztowem kilo waty „Salvesol“.

Z w. p. ***prof. Dr. Antoni Mars.***

Lwów, dnia 2 Maja 1903 r.

Zwracając uwagę P. T. Ogółu na powyższe uznanie, jakiem za wynalazek mój ze strony tak wielce poważnej i kompetentnej zaszczycony zostałem, czynię to głównie i jedynie w interesie zdrowia P. T. palących papierosy i tytoń w ogóle.

Mr. farm. WŁ. BEŁDOWSKI.

Fabryka „Noris“ Wł. Bełdowskiego w Krakowie

poleca:

1.000 sztuk tutek »Noris« ze Salvesolem . . K. 2·80
1 pakiecik waty Salvesol . . . . . . » —·60

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla ozdrowieńców; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

PRZEGLĄD FILOZOFICZNY.

Pismo, rozporządzające współpracownictwem wszystkich wybitniejszych pracowników naszych na polu filozofii, stawia sobie za zadanie: **dawać wyraz oryginalnej polskiej myśli filozoficznej i odźwierciedlać ruch filozoficzny wogóle.**

Każdy numer zawiera:

1) Artykuły oryginalne,
2) Przegląd nauk poszczególnych,
3) Przegląd krytyczny,
4) Przegląd systemów współczesnych,
5) Autoreferaty,
6) Sprawozdania,
7) Przegląd czasopism,
8) Wiadomości bieżące i notatki,
9) Bibliografję.

Dla prenumeratów rocznych przeznacza się:

Premjum na rok 1904.

Cztery książki do wyboru z pośród następujących: 1) **E. Kant** »Marzenia Jasnowidzącego«. 2) **E. Mach** »Odczyty popularno-naukowe« 3) **H. von Hemholtz.** »Mierzenie i liczenie z punktu widzenia teorji poznania«. 4) **H. Höffding.** »Zasady etyki«. 5) **Z. Balicki.** »Hedonizm jako punkt wyjścia etyki« (odbitka z »Przeglądu Filozoficznego«). 6) **H. Gomperz.** »Krytyka Hedonizmu«, lub też **jeden z roczników „Przeglądu Filozoficznego“**, a mianowicie: II, III, IV i VI.

Prenumerata wynosi: w Warszawie rub. 4 rocznie; z przesyłką pocztową rub. 5 (13 koron). Prenumeratorzy z prowincji za przesłanie premjum pod postacią książek ponoszą koszta przesyłki w ilości kop. 60, za nadesłanie rocznika rub. 1. **Redaktor i wydawca Dr. Władysław Weryho.** Adres redakcyi: Warszawa, ul. Mokotowska 47.



Laboratoryum chem. farm. Eugenlusza Matuli, Radomyśl koło Tarnowa, poleca jako znakomity środek dyetetyczny:

„STOMACHIN“

który w zaburzeniach żołądkowych działa znakomicie. Ułatwia trawienie, wzmacnia, zwiększa apetyt, etc.

Wyrablam dwojaki a to: sam jako Stomachicum i zdodatkiem Acid. cynamilio. a to 0.35. na 200 gramów. Sposób użycia: 2—3 razy dnia mały kieliszek. — Cena malej flaszki 2 koron. Całej 4 koron. — Do nabycia w aptekach. — Próbki dla WWPP. Lekarzy gratis i franco.

Wyrób i główny skład u Karola Jahra, apt. w Krakowie.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!

Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr“

Przetwór leczniczy składający się z: Kali jod. 0·03, Ferratin 0·10, Duotal- Calc. glycer. phosph. aa 0·05 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.

Pastilli Jodo-Ferrati, comp. „Jahr“ polecane są z dobrym skutkiem przy blednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p.

Dawka dzienna: dla dzieci 2—4 sztuk.
„ „ dla dorosłych 6—9 „

Tylko w orygin. pudełkach zawierających **24 sztuk.**

Cena 2 koron 50 halerzy.

Profesora Dra Schiffa
Zakład dla radiografii i radioterapii

Wiedeń, I., Maximilianstrasse 13.

Fizykalne leczenie dermatoz (Niepraw. uwłosienia, choroby poch. z zakażenia skóry, wilk itd.) promieniami Röntgena, światłem ultrafioletowym, prądami o wysokiem napięciu, radium itd.

Zdjęcia röntgenowskie. Dla biednych bezpłatnie. Kursa dla lekarzy.

L. 109/221. **Konkurs.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym **w Jarosławiu.**

Kandydaci ubiegający się o tę posadę powinni najpóźniej do 10 stycznia 1904 r. wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód nieprzekroczonego 40-go roku życia;
b) Dowodu obywatelstwa austryackiego;
c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej i upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej przywiązaną jest płaca 1000 Koron rocznie.

We Lwowie, dnia 10 grudnia 1903.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.